

6^{es} Rencontres Francopsies

Dakar du 5 au 11 mars 2009

Psychiatrie et Féminité
au cœur de la Culture



Association Senegalaise des Psy
ALternative Fédérative des Associations de PSYchiatric
informations : www.alfapsy.org

Psychiatrie et Féminité au Cœur de la Culture

6^{es} Rencontres Francopsies

**Dakar, Sénégal
5 – 11 mars 2009**

**Organisées par
ALFAPSY & ASPSY**

SOMMAIRE

ARGUMENT des 6^{es} Rencontres Francopsies

Propos liminaire, Paul Lacaze

Discours de Bienvenue, Félicien Adotevi

Bienvenues aux 6es Rencontres Francopsies, Paul Lacaze

CHAPITRE I – DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

MARIE-JO BOURDIN : De l'excision à la clitoridoplastie

EMMANUEL HABIMANA : La femme comme outil de guerre durant le génocide des tutsi du Rwanda

PATRICK STOESSEL : Une phobie aux confins des cultures

CHAPITRE II – FEMMES ET ENFANTS

SY O., DIOUF M. L., THIAM M. H., SYLLA O., GUEYE M., FALL L. : Les femmes dans la prise en charge pédopsychiatrique des enfants à Kër Xaleyi

MONIQUE THIZON, PAUL MACHTO : Exils, femmes, parentalité et transmission

CAMARA NDEYE AWA CISSE : La maternité au cœur de la féminité

ELISABETH ROUCHON : « Un corps pour deux » : Mères-filles, une impossible séparation ?

FALL LAMINE, DIOUF MAMADOU LAMINE, SY OUSMANE, SYLLA AÏDA, THIAM MAMADOU HABIB, SYLLA OMAR, GUEYE MOMAR : Comment vivre sa sexualité en terre étrangère ?

ANNIE STAMMLER : Handicap mental profond et musique ou Annabelle et son balafon

OLIVIER DOUVILLE : L'enfant au lieu des ancêtres de sa mère, et son psychanalyste

CHAPITRE III – FEMMES ET SOCIÉTÉ

GENEVIEVE N'KOSSOU : Penser l'économie en Afrique, c'est penser la femme

TABARA SYLLA DIALLO : Femmes d'émigrés et conjugopathie au Sénégal :
Une souffrance banalisée

AMADOU MAKHTAR SECK : La voyance par les cauris

OMAR SYLLA

AMADOU MAKHTAR SECK : Ndeye et ses djinns ou un délire bien particulier

CHAPITRE IV – FÉMININ ET CRÉATIVITÉ

VÉRONIQUE NAHUM-GRAPPE : Féminin/féminité, quelle évolution au début
du XXI^e siècle

THIERRY DELCOURT : Processus créatif et clinique au féminin

MICHEL FRUITET : La langue maternelle et le dessin d'enfant

RENÉ COLLIGNON : Pour un éloge de la lecture dans la formation des jeunes
cliniciens en santé mentale en Afrique

CHAPITRE V – FÉMININ, CULTURE ET ALTÉRITÉ

FLORENCE FAUCHERRE : D'une culture à l'autre

ALICE CHERKI : Du même à l'autre : un difficile savoir faire

CHAPITRE VI – UNE PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE DU FÉMININ

JOSIANE VIDAL : Folies d'hier et d'aujourd'hui

WADAD KOCHEN-ZEBIB : Lorsque le tambour parle la parole danse

MICHEL BOTBOL: Le féminin à l'adolescence

JUAN E MEZZICH, MICHEL BOTBOL, ANTOINE BESSE ET IHSAN SALLOUM :
Le diagnostic en psychiatrie de la personne

ARGUMENT

« Psychiatrie et Féminité, au cœur de la Culture » se veut un hommage à Sembene Ousmane décédé à Dakar en 2007, en mémoire de l'écrivain et cinéaste sénégalais engagé à travers son art à montrer les pages sombres de l'histoire africaine, sa réalité sociale, culturelle et particulièrement la condition des femmes....

La psychiatrie au Sénégal se présente forte de son histoire avec le sillon tracé par Henri Collomb puis Babacar Diop, et jeune par son développement actuel dans tous les secteurs, public et privé.

Ses praticiens rassemblés en **ASPsy** organisent, avec **ALFAPSY**, les **6^{es} Rencontres Francopsies** où ils convient les psychiatres francophones à aborder sous des angles multiples l'un des thèmes qui, dans leur culture comme ailleurs, leur tient à cœur : l'évolution du statut de la femme africaine, femme et culture à l'épreuve des mutations.

À travers cette approche c'est toute la question de l'être femme et du féminin qui vaut d'être posée dans l'expérience des professionnels du champ de la psychiatrie. La femme, hier et aujourd'hui : quels changements, quel sens revêt pour le psychiatre le combat pour l'émancipation de la femme ici et là-bas ? Notre pratique nous livre un visage de la femme : quel est-il ? Quelle part prenons-nous au regard de notre propre « neutralité bienveillante » dans la lutte de la femme pour exister et être reconnue ? Existe-t-il un éternel féminin ? Existe-t-il une spécificité de la pathologie féminine ?

Les interrogations ainsi suscitées par la pratique au Sénégal rejoignent celles déjà partagées dans les précédentes Rencontres Francopsies. À savoir, mettre en tension par des abords multilatéraux, d'un côté l'expérience de l'exercice privé de la psychiatrie en ce qu'elle est singulièrement intersubjective au cours de la rencontre avec la demande de la personne souffrante, de l'autre le langage des cultures, des sociétés et des sciences, en ce qu'il voile ou bien dévoile de l'universalité de la clinique du sujet.

CONSEIL SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL

Vilane Ababacar (Sn), Laurence Borrás (CH), Zineb Bou-salah (Dz)
Fatiha Choukri-Zeggane (Dz/F), Thierry Delcourt (F), Saïda Douki (Tu)
Patrice Dubus (F), Olive Fonou (Cam), Momar Gueye (Sn), Essedik Jeddi (Tu)
Jean-Pierre Kamga Olen (Sn), Baba Koumare (Mali), Jacqueline Légaut (F)
Kane Oumou Ly (Sn), Charline Meyitang (Cam), Michel Patris (F)
Hakima Souki (Dz), Rajaa Stitou (Ma/F), Omar Sylla (Sn)
Zineb Tsouria-Belaïd (Dz)

PRÉSIDENTS DU CONGRÈS

DR FÉLICIEN ADOTEVI (SN) ASPSY & DR PAUL LACAZE (F) ALFAPSY

PROPOS LIMINAIRE

Les textes qui vous sont présentés ici, dans cette édition des Actes réalisés à la suite des 6es Rencontres Francopsies, sont tous issus des conférences et communications énoncées à Dakar en mars 2009 avec, pour la plupart, les ajustements apportés par leurs auteurs. Certains autres, par contre, restent malheureusement en souffrance pour diverses raisons d'ordre le plus souvent technique ou d'insuffisance de moyens matériels de transcription (comme par exemple des conférences orales spontanées non enregistrées ou sur diaporama, ou encore des présentations de films ou de séquences scéniques, etc.). Nous demandons à leurs auteurs, à commencer par Mr le Pr Momar Gueye, de manifester la plus extrême indulgence par égard à la somme de travail qu'ont réalisé les membres bénévoles du comité de rédaction pour parvenir à ce premier résultat. Nous espérons vivement pouvoir prochainement compléter l'ouvrage par la reconstitution des textes manquants.

Il ne s'agit donc pas, en l'état actuel, d'un recueil de textes à vocation de publications scientifiques mais seulement d'un aperçu de la qualité et de la richesse des interventions qui nous ont été offertes à Dakar. Plus précisément, cette édition se veut le témoignage d'un travail de recherche et de proposition des professionnels francophones du champ de la psychiatrie, notamment de la psychiatrie d'exercice privé, concernant la question du féminin sous ses différents aspects, de clinique psychopathologique, de mutation psychosociologique, de création culturelle et même de portée économique et politique.

Nous attirons l'attention du lecteur sur la particularité que revêtent notamment certains textes : celui du Professeur Omar Sylla qui ne se présente, pour l'instant, que sous sa forme initiale de résumé – pour des raisons de santé, l'auteur de cette communication n'a pas pu nous faire parvenir son texte que nous tâcherons de reconstituer à partir d'enregistrements partiels – ; ceux du Professeur Amadou Makhtar Seck dont la lecture peut surprendre hors du contexte où ils ont été prononcés – cette communication originale, qui ne manque pas d'intérêt, est un cri émis par l'auteur à propos d'une expérience toute particulière, voire personnelle. L'auteur reste ouvert à tout désir d'échanges à ce sujet –.

Parmi nos regrets signalons l'absence, inévitable pour raison de santé, de Madame Françoise Héritier qui nous avait pourtant fait l'honneur et la promesse de nous rejoindre à Dakar. Sa représentation en Afrique est immense, pas seulement auprès des femmes. Nous espérons d'elle un écho de ce qu'elle aura entendu au retour de nos Rencontres Francopsies et nous lui demanderons l'autorisation de le publier en préface de la future édition.

Nous tenons à remercier très chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué à réaliser bénévolement cette publication dans des conditions particulièrement difficiles. Nous les associons, dans nos compliments, à tous les auteurs qui se sont exprimés à Dakar, au cours des 6es Rencontres Francopsies, avec un enthousiasme et une sensibilité que nous espérons à présent, dans ces pages, faire éprouver et partager à nos lecteurs.

Docteur Félicien ADOTEVI
Président des 6^{es} Rencontres Francopsies

Docteur Paul Lacaze
Président ALFAPSY

DISCOURS DE BIENVENUE 6^{es} RENCONTRES FRANCOPSIES

*Félicien Anani ADOTEVI **

Monsieur le Directeur du Cabinet, représentant la Ministre de la Santé et de la Prévention,
Monsieur le représentant de l'Ambassadeur de France,
Monsieur le Directeur Général de la Société Générale de Banque du Sénégal,
Mesdames les Responsables des Associations Féminines de Défense de la Femme et de Lutte contre les violences faites aux femmes,
Monsieur le Président de ALFAPSY,
Monsieur le Professeur Momar Gueye, Chef du Service de Psychiatrie de l'hôpital de Fann,
Monsieur le Professeur Omar Sylla, Directeur de l'ENDSS,
Éminents Professeurs et Chercheurs en Psychiatrie,
Honorables invités,

« L'ordre humain ne se suffit pas à lui-même, il n'a de valeur que par la participation à des archétypes sacrés qui le fondent et le dépassent à la fois ». C'est par cette citation de Jean Cazeneuve, cette invitation à la méditation, que j'ai souhaité marquer l'introduction à ce congrès. Notre vie à ALFAPSY est certes marquée par des cycles presque immuables de Francopsies qui la rythment. Nous pourrions donc tout banalement constater qu'une fois de plus, une fois encore et toujours, nous nous retrouvons en grand rassemblement. Qu'y a-t-il de particulier à cela ? Rien a priori ne diront certains tout en partageant avec nous la joie simple, mais Ô combien importante, de la convivialité entre gens œuvrant dans le même champ, celui de la psychiatrie, partageant la même langue, le français, des gens d'horizons divers qui se découvrent et s'enrichissent mutuellement de leur diversité socioculturelle et économique.

« Psychiatrie et Féminité, au cœur de la culture » se veut tout d'abord l'expression de notre reconnaissance en même temps qu'un soutien à tous ceux, là, loin d'ici, se battent pour l'avènement d'un monde féminin. Ici, chez nous au Sénégal, en douceur, presque subrepticement, presque de façon imperceptible, en tout cas bien à notre manière sénégalaise sans tapage, ni paillettes mais avec la ferme et douce volonté de changer l'univers de leurs sœurs, des femmes, des intellectuelles de tout bord, chercheuses, responsables d'ONG, professeures d'Universités, Responsables de diverses Agences, dans la convergence aussi vers plus de concorde ... œuvrent inlassablement pour l'amélioration de la condition féminine, rejointes en cela par des frères d'arme dont certains ne sont plus de ce monde, au premier rang desquels feu Sembene Ousmane de vénérée mémoire, pour ne citer que lui.

* Médecin, psychiatre d'exercice privé, co-fondateur de l'Association Sénégalaise des Psy, Président du congrès, Dakar Fann, Sénégal

« Pourquoi féminité et femme et qu'est-ce que la femme vient faire dans vos affaires de psychiatrie ? » ai-je entendu ça et là. Oui, psychiatres, nous n'en sommes pas moins des êtres humains et, comme dit l'autre, rien de ce qui est humain ne m'est indifférent. Les psychiatres d'ALFAPSY, réunis aux 5^{es} Rencontres Francopsies à Neuchâtel en 2007, s'étaient assignés pour objectif de résolument rester en prise avec les réalités sociétales tout en ambitionnant de ne point sortir de la sphère qui leur est propre. Nous n'irons donc pas très loin pour trouver les arguments qui fondent le choix de notre thème.

Au Sénégal pays de liberté et de tolérance nous lisons, dans hebdo du quotidien « Week End » de la semaine du 20 au 26 février 2009, « Le cocon des destins violés...des femmes violées racontent l'horreur ». Pas très loin de chez nous, à 6 h de vol, dans l' « hexagone », pays de liberté et d'égalité, une jeune femme d'origine marocaine brûlée vive par un homme qu'elle a refusé d'épouser. Ce dernier a voulu laver une honte, réparer l'affront que le « non » de *Shéhérazade* lui a infligé. Bonne manière pour rétablir une virilité refroidie par l'audace d'une femme.

Que faire devant « toutes les femmes violemment déchirées par les guerres génocidaires de ce monde » et qui ont perdu tout espoir ? Par le monde, des hommes et des femmes cherchent, doutent et opposent des mots simples au désespoir. Au premier rang de ces hommes et de ces femmes nous voulons trouver les psychiatres. Ces derniers ne prétendent à rien d'autre qu'à participer à l'accouchement d'une société plus équilibrée. Ils pensent que ce devoir est impérieux. Ils s'exercent, ils tentent d'être et d'aider les autres à être.

Nous pouvons relever au passage la discordance forte entre les bonnes paroles des journaux et les actes concrets, réalistes. La lutte pour l'émancipation des femmes, clamée partout, est devenue écran de fumée, source de méfiance, langue de bois et, plus grave, « gaspillage de ressources ». Cette situation appelle de notre part réflexion, diagnostic et solutions. Alors les psychiatres, s'interrogeant sans cesse sur leur rôle de bons acteurs dans la vie galopante de notre monde, veulent aujourd'hui et pendant ces six jours à venir, prendre du temps pour se parler, pour écouter et s'écouter. Pour sentir, par exemple, ces moments fertiles en partages sincères, pour les hommes et pour les femmes qui veulent le vivre ainsi et qui viennent le cœur ouvert.

Les 6es Rencontres Francopsies c'est aussi une invitation à reconnaître qu'il nous reste véritablement tout à connaître de ce qui demeure encore aujourd'hui notre plus grand inconnu, c'est-à-dire nous-même et la femme. Suis-je un homme ou une femme, ou homme et femme ? C'est la question de notre identité que certains de nos actes et comportements nous renvoient.

Les 6es Rencontres Francopsies c'est enfin l'occasion, pour les personnes qui œuvrent inlassablement en faveur de la cause féminine, de s'interroger sur les objectifs et les résultats attendus de leur lutte.

La femme africaine en général, sénégalaise en particulier, se situe dans la visée d'une combinaison harmonieuse entre le complexe socioculturel traditionnel qui continue de structurer sa personnalité et les apports modernes pour aboutir à un nouveau mode de vie cohérent et acceptable. Dès lors, on peut poser un certain nombre de questions. D'abord, que signifie la lutte pour l'émancipation de la femme ? Sur un plan structural ? Ensuite quelle est l'attitude du sujet face aux problèmes générés par son nouveau statut ? Aujourd'hui, si nous analysions toutes les positions de la femme dans la société, tous ses rôles, on verrait qu'il y a de nombreux types de femmes. Nous pourrions décrire la femme traditionnelle, épouse et mère, la femme célibataire, la femme uniquement orientée vers le service de la sexualité masculine, puis la femme soi-disant soumise, neutralisée, la femme intellectuelle, la matrone, la religieuse (qui n'en est pas moins femme) ...

Est-ce le même combat pour toutes ces catégories de femmes, dans toutes ces situations, les femmes sont-elles véritablement des femmes authentiques. Quelle est aujourd'hui la manière d'être femme ? Y a-t-il de vraie ou de fausse manière d'être femme ? La femme traditionnelle, la femme d'autrefois, est-elle totalement démodée ? Sur toutes ces questions graves nos vaillantes femmes, que j'ai eu l'honneur d'approcher, n'ont pas l'intention de laisser libre le terrain sur lequel elles sont invitées. Compétentes, battantes, intimidantes, provocantes, dérangeantes, courageuses mais non téméraires, elles promettent d'occuper dans les débats la place qui leur revient et de marquer ainsi de leur empreinte les prochaines pages de la psychiatrie qui s'écrira à l'issue de ce congrès.

Honorables invités, après avoir partagé avec vous ces quelques réflexions trop rapides pour pouvoir prétendre à l'approfondissement auquel elles vous convient, je conclurai par ces quelques mots à l'endroit de mes collègues de l'Association Sénégalaise des Psys.

Avec les 6^e Rencontres Francopsies, Monsieur le Président de l'Association Sénégalaise des Psys et chers collègues, nous avons devant nous un rendez-vous avec l'histoire, avec notre histoire, l'histoire de la psychiatrie au Sénégal qui dépasse largement la dimension purement nationale. C'est donc une échéance importante qui offre l'occasion d'une démonstration, non pas de puissance par le nombre, mais de force par la qualité et l'exigence de l'engagement. Loin de moi l'idée de me poser en donneur de conseils mais, étant dans le même bateau que vous, je me dois de formuler quelques mots de réconfort et de courage à notre endroit. Gardons l'espoir serein que le temps, le travail, l'organisation et la sagesse feront leur œuvre pour parachever ce qui a été entrepris avec la plus sincère détermination voici un an : la création de notre association. Sachons nous armer, faire preuve de tolérance, mais veillons avec la vigilance de la sentinelle à ne pas nous laisser détourner de cette démarche consensuelle : rétablir le malade dans son être et dans la vie. C'est dans cette éthique que nous avons été forgés par nos pères et maîtres.

Le monde n'avance-t-il pas parce que les fils pensent, très souvent, qu'ils feront mieux encore que leurs pères et les confrères d'une génération mieux encore que la génération précédente ?

Dis-moi si tu transmets, je te dirai si tu vivras !

Je vous remercie de votre aimable attention

BIENVENUE AUX 6^{ES} RENCONTRES FRANCOPSIES

Paul LACAZE *

Mesdames, messieurs, chers collègues et amis.
Je me trouve aujourd'hui à Dakar, au Sénégal, face à vous avec une intention ambiguë au sens où, à la fois je vous dois la bienvenue aux 6es Rencontres Francopsies et où, dans le même temps, je dois remercier nos hôtes de la Teranga, au premier rang desquels le Docteur Félicien Adotevi co-Président de ce congrès, de nous avoir déjà offert la bienvenue ! Ambiguë au sens où ALFAPSY, fédération internationale francophone de psychiatrie qui regroupe les associations nationales de psychiatrie, est à l'origine des Rencontres Francopsies et par conséquent à l'origine de cet accueil. Voilà pourquoi c'est au nom de ALFAPSY que je me permets de vous souhaiter, à toutes et à tous, la bienvenue y compris à vous, chers amis sénégalais, chez vous au Sénégal.

Le Docteur Adotevi vient de nous préciser que l'idée de cette manifestation, Rencontres Francopsies 6^e du nom, a pris forme au cours des précédentes 5es Rencontres Francopsies, en 2007 en Suisse, à Neuchâtel. L'idée de la célébration du féminin en psychiatrie est alors venue comme une évidence à nos esprits dès l'instant que le choix de Dakar et du Sénégal avait été arrêté. En effet, si le Sénégal, Dakar en particulier, constitue le phare de la pensée en psychiatrie et de la pensée en général sur le continent africain – et je ne me peux ici que me référer à la pensée senghorienne –, il apparaît qu'en ce lieu la question du féminin vient à point nommé pour autant que l'Afrique, d'une manière générale, donne à ses femmes aujourd'hui l'occasion d'une aventure extraordinaire, peut-être la première du genre, celle de l'émancipation. Quand je dis émancipation je pense tout particulièrement à ce nouveau rapport de la femme face à un monde en pleine mutation, un monde où la globalisation confronte les populations à de nouveaux enjeux, en particulier le monde féminin.

En Afrique plus visiblement qu'ailleurs, pour des raisons de tradition ancestrale ou pour des raisons matérielles et économiques, les femmes aujourd'hui sont mises dans une situation de bouleversement tel que nous, professionnels du champ de la psychiatrie, sommes confrontés dans nos pratiques cliniques à tout ce qu'elles doivent endurer face à ces nouvelles mutations. L'idée de faire ce congrès à Dakar ne pouvait donc que nous inciter à aborder la question du féminin, d'une manière logique, dans un contexte où, qui plus est, le milieu professionnel en psychiatrie est particulièrement relevé comme vient d'en témoigner le Professeur Momar Gueye en évoquant le rôle de l'hôpital de Fann dont l'histoire n'est plus à faire.

* Neuropsychiatre, Psychanalyste, Président de ALFAPSY, Montpellier, France.

Le féminin, après ces quelques mots de repérage sociologique, nous entraîne, nous psychiatres qui y sommes confrontés, à une autre forme de réflexion qui non seulement justifie l'organisation de cette manifestation mais qui devrait lui donner un caractère encore plus important et singulier. L'approche du féminin ne peut se faire que si l'on entend bien ce qu'il y a là de spécifique dans la différence avec le masculin. Dès lors on perçoit que de cette différence s'opère pour nous une mise au travail fondamentale, non seulement en termes de psychopathologie où il faut absolument repenser les choses si l'on veut que la psychiatrie sorte de sa sclérose par son approche majoritairement réalisée sur un versant masculin mais encore, parallèlement, que de cette différence puisse naître ou se mettre au travail un aspect tout aussi important de la relation humaine, celui de l'altérité.

En effet, aborder la question du féminin, plus spécifiquement que le masculin représenté par cette faille, ce manque, qui constitue l'être humain dans sa dimension de fragilité et de créativité, nous entraîne inévitablement à repenser les choses de la relation en terme d'altérité, c'est-à-dire l'approche de l'autre et sa reconnaissance dans sa différence et dans ce qu'il n'est pas ce que je suis, et inversement ; ce qui nous conduira inévitablement à nous représenter tous les effets de l'étrangeté chez l'autre.

Ainsi notre programme de travail, partant de ce qui touche au plus proche de la femme et du féminin dans ce qu'elle vit de manière quotidienne à travers le bouleversement sociologique actuel, nous fera examiner sur son versant négatif les aspects psychopathologiques de sa condition puis nous entraînera, sur son versant positif, du côté de la création culturelle dans ses multiples dimensions, de la langue à l'art, des traditions à la spiritualité. Suivant cette logique d'étude notre congrès devrait pouvoir se terminer sur le constat de l'importance que revêt la psychiatrie interculturelle fondée sur la notion d'altérité que je viens d'évoquer.

Apprêtons-nous donc à réaliser un congrès qui va débiter sur des bases d'études cliniques pour s'élargir à un horizon sociologique voire politique, reflet de la condition de la femme. Les 6es Rencontres Francopsies devraient donc se déployer comme un scénario d'une richesse assez peu égalée, j'allais dire... sénégalais... pardon, j'arrête. D'autant plus que nous sommes 4 hommes ici devant vous alors que nous voulons offrir cette tribune aux femmes jusqu'à la fin !

Mesdames, nous avons pris la tribune un instant, pour vous l'offrir à présent.

Chapitre I

DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

DE L'EXCISION À LA CLITORIDOPLASTIE

Accompagnement psychologique vers la chirurgie réparatrice : Le cas d'Aminata

Marie-Jo BOURDIN*

Pour ce symposium sur « les violences faites aux femmes¹ », le choix de la situation est extrême au niveau du choc des cultures, c'est même ce que j'ai l'habitude de nommer le choc de cultures par excellence. Il s'agit de l'excision qui est une pratique *ante* islamique qui perdure sous ses trois formes principales (de la sunna, à la plus drastique, l'infibulation ou circoncision pharaonique)² dans certaines ethnies d'une trentaine de pays africains, avec des localisations extra africaines et jusque dans le cadre de l'immigration. Aucun des grands pays musulmans (Maghreb, Iran, Turquie...) ne la pratique. Depuis 1983 et

*Attachée de Direction, Responsable du pôle Formation, Assistante sociale et du MEDIACOR, co-rédactrice en chef de la revue *TransSfaire et Cultures*, courriel : bourdin@minkowska.com, (Centre médico-psycho-social Françoise Minkowska, 12 rue Jacquemont, 75 017 Paris, Tél. : 01 53 06 84 84 Fax : 01 53 06 84 85. www.minkowska.com). Fondé en 1962 par l'Association Françoise et Eugène Minkowski pour promouvoir la santé mentale des migrants et des réfugiés, Le Centre Françoise Minkowska reçoit des migrants et réfugiés de toute l'Ile-de-France. Sa configuration actuelle est multipolaire :

— *clinique* ; Une équipe pluridisciplinaire et plurilingue reçoit des patients adultes et enfants : dans le cadre du droit commun, selon une approche de santé publique et l'éclairage de l'anthropologie médicale clinique (prise en compte des aspects linguistiques et des représentations culturelles et de la maladie mentale). ME.DIA.COR dispositif de médiation d'accueil et d'orientation des nouveaux patients.

– *formation* : propose des formations en “inter” et en “intra” sur le plan national et européen, avec pour objectifs le transfert des compétences à un public de professionnels du champ médico-psycho-social, scolaire et de la justice l'accompagnement des professionnels dans leurs pratiques quotidiennes (supervisions, analyse des pratiques, etc.)

– *Études Enseignement et Recherche* : Parmi les différentes activités de ce pôle : l'organisation de séminaires (“Philosophie et cultures”, “Résilience et cultures”, “Atelier de psychanalyse autour de la clinique des migrants et des réfugiés”), la supervision clinique de thérapeutes en formation, la co-organisation avec l'Université René Descartes (Paris V) et l'Hôpital Européen Georges Pompidou d'un diplôme universitaire « Santé, Maladie, Soins et Cultures ».

– *Documentation et Communication* : Il assure la communication institutionnelle tant sur le plan interne qu'externe, gère le portail Internet « Santé mentale et Cultures », et développe des outils multimédias.

¹ Ce texte, version remaniée de la communication orale a fait l'objet d'une publication sous le même titre dans *Psychopathologie africaine*, 2009-2010, XXXV, 1 :

²Les quatre types d'excision : (classification de l'OMS 2000). Type I : excision à minima ou *sunna* : ablation partielle ou totale du clitoris. Type II : excision complète avec l'ablation du clitoris et de ses annexes (petites lèvres et parfois une partie des grandes lèvres). Type III : circoncision pharaonique ou *infibulation*, excision complète suivie de l'obstruction de l'orifice vulvaire laissant passer les urines et le sang menstruel. Type IV : toute autre intervention sur les organes génitaux féminins tels que : piqûres, perforations ou incision sur le clitoris ou/et les petites lèvres, cautérisation par brûlure du clitoris, introduction dans le vagin de substances corrosives ou de plantes pour provoquer des saignements ou rétrécir le vagin. Quel que soit le type d'excision des complications médicales immédiates ou à plus long terme peuvent survenir, ainsi que des complications obstétricales.

après bien des tâtonnements législatifs, la France a fait le choix de la criminalisation après une jurisprudence où une femme française, bretonne, ait dans un accès délirant excisé sa propre fille. Dans ce conflit de cultures, nous sommes dans la confrontation des représentations culturelles du droit pénal au droit coutumier qui a souvent force de loi. Du point de vue de l'anthropologie, nous sommes dans la confrontation des représentations culturelles du corps, de l'intégrité corporelle, de la sexualité, du statut de la femme, du mariage... confrontation des valeurs sociétales et des rituels de passage.

Celle que nous appellerons Aminata pour cette présentation, est une jeune fille française d'origine ouest-africaine. Née en France en 1983, Aminata est la troisième d'une fratrie de quatre, et a trois frères aînés. Ses parents sont divorcés. Actuellement elle vit avec sa mère et son frère cadet. Les deux autres ont pris leur autonomie. Le père lui, vit au pays d'origine. Elle vient de terminer ses études de gestion dans l'humanitaire, et d'obtenir une bourse européenne pour un stage de neuf mois dans un pays d'Amérique latine.

C'est à l'âge de dix ans, dans un contexte de violence intra familiale, qu'elle part pour la première fois, en famille, au pays d'origine des parents. Elle y restera trois ans et vivra dans un petit village, dans sa famille paternelle à laquelle elle a été confiée par son père ainsi que ses frères à un oncle paternel. La mère elle, a été renvoyée à la capitale sans possibilité de rentrer en France, ses papiers lui ayant été subtilisés par les frères de son mari dès son arrivée à l'aéroport.

À cette époque Aminata ne parle pas la langue de ses parents.

C'est pendant ce premier séjour, dans le pays dont ses parents sont originaires, qu'elle subira son excision à l'âge de onze ans et demi.

Elle est adressée au Centre Françoise Minkowska en décembre 2007, sur les conseils de l'amie d'une psychologue qui a fait un stage au Centre et qui connaît mon travail sur cette question, pour ses grandes difficultés à évoquer et parler de cette coutume dont elle a été victime et surtout son ambivalence à envisager une chirurgie réparatrice (clitoridoplastie).

Je la recevais seule pour le premier entretien, puis, avec son accord, avec une thérapeute en formation pendant la durée de son stage (six mois) qui préparait un mémoire sur le traumatisme.

Dès la première rencontre, c'est en pleurant qu'elle évoque cette coutume dont elle a été victime, raconte qu'alors qu'elle était malade, une cousine découvre en lui faisant sa toilette qu'elle n'est pas excisée. Elle en parle immédiatement à sa mère, qui décidera avec les autres tantes paternelles de la faire exciser. Sans autres détails, elle parle des complications immédiates qui ont nécessité que l'exciseuse revienne. Cette dernière, pour accélérer la cicatrisation lui a « badigeonné le sexe avec une sorte de pommade et lui a maintenu les jambes serrées ». Il en résulte une coalescence des lèvres qui empêche tout rapport sexuel et qui lui fait penser qu'elle est infibulée ! On lui a parlé de « l'opération³ », mais elle ne se sent pas prête. Je lui propose de la voir régulièrement, que nous irions à son rythme, qu'elle seule pouvait décider de cette intervention, personne ne pouvait le faire à sa place. À la fin de l'entretien elle me dit être « soulagée » d'avoir commencé à en parler : « Cela fait des années que je voulais le faire et n'y arrivais pas ! Mais avec vous, c'est pas pareil, vous êtes une spécialiste, on m'a dit que vous aviez écrit un livre ? » Elle est aussi rassurée car je connais son pays et le village (dont il y a une photo dans mon bureau).

Lors du deuxième entretien, Aminata explique qu'à son retour en France, après ces trois années au village, elle a ressenti « un sentiment de honte » (à la piscine elle gardait toujours une serviette autour de la taille de peur que « ça se voit »).

Puis elle me demande : « Voulez-vous que je vous raconte mon excision, comment ça s'est passé ? » Je lui précise que c'est elle qui doit décider, qu'elle peut le faire si elle juge que c'est important pour elle. Ma phrase à peine terminée, elle s'est lancée dans la description de

³ Il s'agit de la chirurgie réparatrice ou reconstruction chirurgicale, plus communément appelée « réparation » clitoridienne.

tout ce qu'elle a vécu dès que ses quatre tantes paternelles sont venues la surprendre alors qu'elle était occupée à balayer la cour, la prenant chacune par un bras ou une jambe. Je vous épargnerai les détails de la violence avec laquelle elles l'ont amenée, en l'écartelant, auprès de l'exciseuse et ce qui a suivi. Elle a cherché en vain à se débattre se demandant ce qu'on allait lui faire. Elle dira : « Je me suis vue morte. Je n'ai pas pleuré, ce qui m'a valu les compliments de mes tantes ! »

Sans transition, Aminata me parlera de son retour "au pays" onze ans plus tard, dans ce village et dans la même maison, « là mon corps a parlé. J'ai eu des pertes qui ressemblaient à des boules de coton... Depuis, je n'ai plus jamais eu ça, même quand je retourne "au pays". »

Après, nous avoir fait partager le récit de cette violence, au cours des entretiens suivants, Aminata aura un discours chronologique sur son enfance en France. Elle évoquera les violences intra familiales, notamment une scène dont elle se sent responsable. Elle se souvient que sa mère n'était pas d'accord avec ce projet de voyage au pays pour sa fille : « Elle sentait un coup foireux ». Ensuite Aminata nous confie avoir oublié certaines scènes : « Peut-être parce qu'elles sont douloureuses, j'ai préféré les oublier ». Plus tard elle dit avoir pensé au suicide.

Au village, elle se souvient des humiliations subies, quand son père l'a confiée avec ses frères à leur oncle : « Pour toi la France c'est fini, tu n'y remettras plus jamais les pieds ! » Elle enchaîne en nous racontant la venue de la gendarmerie, puis celle d'une assistante sociale de l'ambassade de France à la capitale (suite à la plainte déposée par sa mère auprès des autorités françaises pour confiscation de passeport et non présentation d'enfants) et de son oncle qui arborait à chaque visite de représentants officiels, le document indiquant qu'il était le tuteur de ses neveux. La procédure juridique a permis le retour d'Aminata en France, mais « il a fallu quitter le village en cachette pour rejoindre la capitale et s'envoler pour la France ». Son père ? Il a été poursuivi, il était incarcéré au moment de son retour et elle ne l'a revu que très récemment avant qu'il ne rentre définitivement s'installer au pays. Spontanément Aminata nous parle de sa relation avec lui : « J'étais très proche de lui avant ce voyage. »

Elle commence le neuvième entretien en précisant : « Aujourd'hui, c'est une date anniversaire. Nous sommes le 11 février », date à laquelle elle a été excisée. Elle précise : « J'y pense tous les ans et bizarrement je pense plus à la violence avec laquelle mes tantes m'ont immobilisée, qu'à mon excision ». Puis, comme à chaque rencontre, Aminata dit qu'elle n'a pas pris contact avec le chirurgien et son équipe, qu'elle doit me « demander le téléphone » – ce qu'elle ne fera pas. Et, souriante ajoute : « Ça doit me convenir d'être comme ça, je dois me sentir bien, ça me protège des relations avec les hommes. » J'apprendrai plus tard qu'elle a eu son premier petit copain à l'âge de vingt ans : « Il était Antillais... J'ai rompu quand j'ai vu que ça devenait trop sérieux. » Le deuxième, elle lui a dit qu'elle était excisée et « je ne l'ai jamais revu ».

Elle s'interroge sur son ambivalence quant à l'intervention chirurgicale, sur sa peur de changer : « Alors je privilégie les études et je mets le reste de côté ». Elle revient sur sa relation avec son père : « J'avais une relation fusionnelle avec mon père ». Elle ajoute en éclatant de rire : « J'ai fait, comme on dit, mon complexe d'Œdipe ! » et m'interrogeant : « C'est ça, non, Madame l'Œdipe ? »

Pour conclure, revenons sur certains moments forts de ce suivi.

Au deuxième entretien, lorsqu'elle décrit la scène de son excision, elle la revit mentalement. Il était important pour elle de partager l'horreur de ce qu'elle a vécu, déposer ce souvenir horrible, l'irreprésentable, pour pouvoir s'installer dans une relation de confiance. Ce sujet, tabou dans sa famille, elle n'avait jamais pu en parler librement, ni même avec ses copines.

Le soulagement d'avoir pu déposer ce souvenir s'inscrit dans une certaine culpabilité d'être la représentation de cette torture : « Je suis un monstre ». On peut faire l'hypothèse d'un sentiment de honte, honte de ce corps meurtri, honte d'être différente des autres femmes.

La question de l'intervention chirurgicale est de plus en plus évoquée au cours des séances.

Elle mûrit peu à peu la possibilité d'envisager cette opération avec toutes les difficultés que cela entraîne (elle souhaiterait avoir l'accord de sa mère, elle appréhende l'anesthésie, l'opération qui pourrait lui rappeler son excision...). Elle dira à plusieurs reprises qu'elle ne veut pas se « faire opérer sans que sa mère le sache », se rappelant qu'elle a été excisée sans que sa mère soit mise au courant par la famille paternelle. Elle sait que sa mère est contre cette pratique mais n'ose pas aborder ce sujet avec elle-même si, un jour, l'occasion lui a été offerte en regardant ensemble une émission à la télévision sur le sujet sans en dire un mot ni l'une, ni l'autre.

C'est alors toute la remémoration de l'excision qui refait surface, véritable reviviscence traumatique.

Plusieurs fois au début des différents entretiens, elle demandera les coordonnées du chirurgien et repartira sans les prendre. Lorsqu'elle les notera, elle n'arrivera pas à téléphoner pour prendre rendez-vous ou lorsqu'elle tente pour X raisons elle n'arrive pas à joindre la secrétaire : « C'est toujours occupé, ou ça ne répond pas. » Un jour elle prend rendez-vous avec le Dr Pierre Foldès (l'urologue qui a mis au point la technique chirurgicale) mais annulera sous le prétexte qu'elle n'a pas encore la Couverture Maladie Universelle.

Une véritable relation transféro-contre-transférentielle s'est établie. Aminata investit chaque séance avec beaucoup de sérieux : elle « veut » se débarrasser de ses mauvais souvenirs.

Elle fait preuve d'introspection et d'une finesse d'analyse de sa problématique. Pendant longtemps elle avait voulu nier (dénier) et lutter pour oublier et, « c'est revenu puissance dix ! ». Elle évoque cette résistance au changement : « Ça doit m'arranger d'être comme ça ! ». Elle dit se sentir protégée des relations sexuelles : « Je suis tranquille », sous-entendu « du désir des hommes ». Ce qui permet d'aborder la question du lien entre la chirurgie réparatrice et les relations sexuelles. « Mais si je rencontre quelqu'un, là je me déciderai sans doute ». Aminata a eu un petit copain Antillais mais a cessé très vite la relation quand elle a vu que cela devenait sérieux.

C'est lors de notre neuvième entretien, qu'elle m'expliquera que ce qu'elle a vécu est un traumatisme pour elle (terme qu'elle reprend, nous l'avions déjà évoqué ensemble lors de précédents entretiens). Mais disait-elle, « je ne sais pas ce que ce mot signifie vraiment. Il faudra que j'aie vu dans le dictionnaire ». Et chaque fois soit elle oubliait, soit quand elle y pensait, elle n'avait pas de dictionnaire auprès d'elle. Ce jour-là je lui fais remarquer qu'elle n'a peut-être pas besoin de dictionnaire, ce qu'elle a vécu au plus profond d'elle-même doit lui permettre d'avoir sa propre définition du mot. Et là, à notre plus grand étonnement, elle se lance, et comme si elle avait lu un traité de psychologie, donne une définition du traumatisme :

- le choc « quand on m'a attrapée » (sentiment d'effroi).
- la peur « je me suis posée beaucoup de questions, surtout quand j'ai vu l'exciseuse sortir la lame de rasoir ».
- la douleur.
- l'état de choc (sidération) : elle n'a pas pleuré, ce qui lui a valu les félicitations de ses tantes paternelles.
- la tristesse.
- la dépression (beaucoup plus tard avec des idées suicidaires).

Aminata termine avec un grand sourire en expliquant qu'aujourd'hui avec le travail qu'elle fait ici : elle « sent qu'elle se relève, ça se fait par étapes ».

Ceci nous permet d'introduire la notion de résilience et d'en faire l'hypothèse concernant Aminata.

Ce n'est qu'en décembre dernier, un an et deux semaines après notre première rencontre, qu'elle me dira avec un grand sourire : « J'ai une grande nouvelle pour vous ! » Elle a pu enfin prendre rendez-vous avec une autre équipe que celle du Dr Foldès (actuellement treize

équipes ont été formées en France), tout en sachant que si elle obtient sa bourse – ce qui a été le cas –, elle partira neuf mois en Amérique latine.

En ce début 2009 elle vient donc de rencontrer le chirurgien, elle a eu un entretien avec la psychologue de l'équipe et rendez-vous est pris avec le sexologue. Lors de cet entretien, me montrant les deux pages de questions qu'elles avaient préparées pour le chirurgien, elle m'expliquera fièrement que ce dernier lui avait dit – ce que je supposais –, qu'elle n'était pas infibulée (elle n'appartient pas à une ethnie où l'infibulation est pratiquée) mais qu'elle avait subi une excision de type II avec coalescence des lèvres. « Le médecin m'a dit les mêmes choses que vous, je ne suis pas infibulée. Mais c'est une pseudo infibulation. » L'intervention devra donc se faire en deux temps : celui de l'ouverture du vagin et la reconstruction en elle-même (elle aura le choix de le faire en une seule ou deux interventions, avec anesthésie locale ou générale). Il est à noter que l'initiateur de ce type d'opération de chirurgie reconstructive ne la pratique que sous anesthésie générale pour ne pas prendre le risque d'exposer la patiente à une expérience d'un revécu équivalent à l'excision subie initialement.

Compte tenu des suites opératoires et d'un suivi postopératoire régulier pendant une période de six mois, Aminata décide au dernier entretien de l'envisager à son retour d'Amérique du Sud, ce séjour se précise : elle devrait partir en mars.

Les deux entretiens précédant mon départ à Dakar, elle m'annonce ravie, qu'elle a eu son master 2 avec un 14 et qu'elle part début mars. Elle avait vu la psychologue de l'hôpital (« Je lui ai rapidement raconté mon histoire et dit que j'étais suivie ici – elle a plus axé notre entretien sur ma famille ») et devait voir le sexologue avant son départ pour l'Amérique du Sud. De son côté, sa mère part pour le pays, elles ne vont donc pas se voir pendant un an. Sa mère lui a fait part de son désaccord pour ce séjour de stage car une voisine lui a dit que c'était un pays dangereux ; un de ses frères tient les mêmes propos, « Lui aussi il s'en mêle ! » Aminata revient alors sur sa famille, sa mère d'abord et cette période à son retour où elle est restée trois ans sans lui parler : « En fait c'était quand j'avais sept/huit ans, je revenais du pays après une dispute avec ma mère dans la cuisine autour de quelque chose que je ne faisais pas bien. »

Je lui fais remarquer que sa mère était contre le voyage au pays, qu'elle est contre l'excision, qu'elle n'avait pas pu la protéger ni du voyage ni de l'excision, ce qui représente une rupture entre elles.

À propos de son père, elle dit avoir deux versions différentes : celles des oncles qui assurent avoir informé leur frère, et son père qui lui affirme le contraire. Elle ajoute : « Je ne pense pas que mon père aurait menti au moment où j'étais en train d'agoniser ». Ces derniers temps, elle est restée longtemps sans lui donner de nouvelles, mais elle lui a téléphoné pour lui annoncer son départ en Amérique du Sud et à son grand étonnement il l'a « encouragée et lui a donné sa bénédiction », ce qui semble très important pour elle : « Je suis étonnée et contente ».

Par rapport à ce voyage, elle trouve ses frères très protecteurs depuis qu'ils sont au courant de son départ proche : « Ils ont même ouvert une messagerie pour pouvoir correspondre avec moi par mail ».

Lors de notre dernier entretien, elle me fait part de sa rencontre avec le sexologue, et la décision collégiale pour décider de son intervention qui a été prise cette semaine. Elle n'a pu y assister car elle était dans le Jura pour un séminaire de préparation pour son séjour en Amérique du Sud. Avec un grand sourire, elle dit : « Mais, je pense que la réponse est positive ».

Pour conclure, nous pouvons dire que la richesse de ce cas en fait un véritable référentiel. Il montre la nécessité de proposer un accompagnement psychologique avant d'envisager une chirurgie réparatrice. Rappelons qu'il aura fallu plus d'une année à Aminata pour prendre rendez-vous avec le chirurgien. Cet accompagnement doit se prolonger après l'intervention.

La « réparation » psychique est un véritable préalable à la « réparation » physique.

Bibliographie

- ANONYME « Excision et répression sur le territoire français : création d'un groupe de réflexion (octobre 1989) » *Droit et Cultures*, 20 : 146, 1990 a.
- (1990 b) « Bibliographie sélective » *Droit et Cultures*, 20 : 213-215.
- BELLAS CABANE Christine *La Coupure : L'excision ou les identités douloureuses*. Paris, Editions La Dispute, 2008.
- BELLAS CABANE Christine & BOURDIN Marie-Jo « Un regard anthropologique sur l'excision et sa prévention », *La revue du soignant en santé publique*, 34, nov.-déc. : 21-25. Editions Elsevier-Masson, 2009.
- BOURDIN Marie-Jo *L'excision : Une coutume à l'épreuve de la loi*. Ivry-sur-Seine, Editions A3, 2005.
- « L'excision : entre l'argument culturel et le crime, quel compromis ? » *Revue internationale d'Études transculturelles et d'Ethnopsychanalyse clinique*, 2 : 71-82, 1998.
- « Les blancs ont dit c'est pas bon pour les filles », *Accueillir*, 195, 1994.
- [COMMARET] « Réquisitoire de Mme Commaret » *Droit et Cultures*, 20 : 193-201, 1990.
- COUCHARD Françoise *L'excision*, Paris, PUF, 128 p. (« Que sais-je ? »). 2003.
- DEVEREUX Georges *Baubo la vulve mythique*. Paris, Editions Jean-Cyrille Godefroy, 1983.
- Droit et Cultures* (Revue semestrielle d'anthropologie et d'histoire, publiée avec le concours de l'ACCT et du CNRS) n° 20, "Atelier des Droits des Peuples et Droits de l'Homme : Mutilations sexuelles : l'excision" : 146-215 et n° 21 : "le procès de l'excision" : 183-201, 1990.
- ERLICH Michel *La mutilation*. Paris, PUF. 1990 a.
- « Notion de mutilation et criminalisation de l'excision en France » *Droit et Cultures*, 20 : 151-162, 1990 b.
- La femme blessée*. Paris, L'Harmattan, 1986.
- FAINZANG Sylvie « Excision et ordre social » *Droit et Cultures*, 20 : 177-182, 1990.
- GERPHAGNON Henri « La loi anglaise sur l'excision du 16 juillet 1985 » *Droit et Cultures*, 21 : 188-192, 1990.
- GIUDICELLI-DELAGE Geneviève « Excision et droit pénal » *Droit et Cultures*, 20 : 201-211, 1990.
- Khady & CUNY Marie-Thérèse *Mutilée*, Paris, Editions Oh ! 2005.
- LEFEUVRE-DEOTTE Martine *L'excision en procès : un différend culturel ?* Paris, L'Harmattan, 1997.
- MAERTENS Jean-Thierry *Ritologiques 2 : Le corps sexionné*. Paris, Éditions Aubier, 1977.
- « Les mutilations sexuelles, en corps et toujours » *Droit et Cultures*, 20 : 163-176, 1990.
- Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* n° 18, "Marques sexuelles", Grenoble, Éditions La Pensée Sauvage, 1991.
- PROLONGEAU Hubert *Victoire sur l'excision : Pierre Foldès, le chirurgien qui redonne l'espoir aux femmes mutilées*. Paris, Editions Albin Michel, 2006.
- QUIMINAL « Les Soninké en France et au Mali : le débat sur les mutilations sexuelles » *Droit et Cultures*, 20 : 183-192. Catherine. 1990.
- VERDIER Raymond « Chercher remède à l'excision : une nécessaire concertation » *Droit et Cultures*, 20 : 147-150, 1990 a.
- « Une exciseuse en Cours d'Assises. Le procès de Soko Aramata Keita » *Droit et Cultures*, 21 : 184-187, 1990 b.
- VERNIER Dominique « Le traitement pénal de l'excision en France : historique » *Droit et Cultures*, 20 : 193-199, 1990.

Filmographie

- DEBAISIEUX Lorrène, *Douleurs noires*, Artine films. (2007)
- SEMBÈNE Ousmane *Moolaadé*, Films Paradoxe. (2004)

LA FEMME COMME OUTIL DE GUERRE DURANT LE GÉNOCIDE DES TUTSI DU RWANDA

*Emmanuel HABIMANA**

Selon plusieurs sources, le génocide contre les Tutsi du Rwanda en 1994 a occasionné plus d'un million de morts. Cette tragédie qui a duré 100 jours, se caractérise par la proximité physique et sociale très étroite entre les victimes et les bourreaux et le recours aux armes blanches pour faire souffrir de façon sadique les victimes tout en terrorisant les Tutsi ainsi que leurs alliés réels ou potentiels, à tel point que dans beaucoup de cas, des victimes durent implorer, voire soudoyer les bourreaux au moyens d'importantes sommes d'argent pour être achevées au fusil plutôt qu'être déchiquetées à la machette. Dans ce contexte de génocide, ont resurgi les propos classiques observés dans d'autres génocides à savoir la banalisation des crimes et la déshumanisation des victimes. Mais surtout, le génocide des Tutsis du Rwanda se démarque des autres génocides par l'ampleur des viols. Il est aussi surprenant de constater qu'au moment où se commettaient ces crimes, la population Hutu continua ses activités routinières (travaux aux champs, réunions hebdomadaires relatives aux activités religieuses, sociales et communautaires, baptêmes, cérémonies de deuil, fiançailles, mariages etc.). Bien que cela puisse sembler difficile à comprendre, la banalité de l'explication est ahurissante et choquante. En effet, depuis les années soixante, tuer le Tutsi était déjà qualifié comme « faire le travail », et au début des années quatre-vingt-dix un autre terme, à savoir « libérer » fut le mot de passe pour inviter les partisans du régime à s'approprier des biens des Tutsi et surtout à violer leurs femmes.

Ce détournement du sens des mots, cette perversion du discours, a été soigneusement orchestré pendant plus de 30 ans par les pouvoirs politiques et petit à petit intériorisé par les Hutus extrémistes.

La femme Tutsi fut le symbole par excellence des inégalités sociales au Rwanda. Sa beauté, sa grâce, sa ruse et son intelligence furent perçus comme l'arme secrète ayant permis aux Tutsis de dominer les Hutus (Chrétien 1995) durant des siècles. Il fallait détruire cette arme ou voir les Hutus retomber dans la servitude.

« Tout Hutu doit savoir qu'une femme Tutsi, où qu'elle soit, travaille à la solde de son ethnie tutsi. Par conséquent est traître tout Hutu qui épouse une femme Tutsi, qui fait d'elle sa concubine, sa secrétaire ou sa protégée » (Kangura 1990).

Ceci est le premier des dix commandements des Hutu. Il cible directement l'alliance entre l'homme Hutu et la femme Tutsi ! La lecture de ces dix commandements fait penser à un délire de persécution. On prendrait ce brulot comme la production de quelqu'un qui souffre d'une schizophrénie paranoïde ou d'un trouble délirant. Toutefois, au moment où les extrémistes Hutu commencèrent à dresser les listes des ennemis à abattre, et qu'ils passèrent à

* Professeur, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada.

Emmanuel Habimana,

Département de psychologie,

Université du Québec à Trois-Rivières,

C.P. 500 Trois-Rivières, Qc, Canada, G9A 5H7

Courriel : Emmanuel.Habilmana@uqtr.ca

l'acte dans les minutes mêmes qui ont suivi l'écrasement de l'avion présidentiel, on peut imaginer la terreur qui secoua les milliers de Hutu qui avaient des liens étroits avec les Tutsi, liens connus de tout le monde dans ce pays densément peuplé où toutes les personnes de la colline ou du quartier se connaissent entre elles. L'attaque fut rapide, brutale, systématique, comme si l'écrasement de cet avion était le signal choisi par les génocidaires.

On ignore toujours qui est l'auteur de l'attentat de l'avion présidentiel, attentat qui coûta la vie, non seulement au président Habyarimana, mais aussi au président du Burundi Cyprien Ntaryamira. Une chose est qu'il est invraisemblable d'expliquer le déclenchement du génocide par cet attentat car l'histoire moderne est remplie d'attentats contre les chefs d'États sans que cela donne lieu à des représailles d'une telle ampleur. L'Afrique bat le record des chefs d'États assassinés en plein exercice. Rien qu'au cours des vingt dernières années, on peut citer : Thomas Sankara en 1987, Melchior Ndadaye en 1993, puis son remplaçant en 1994, Laurent Désiré Kabila en 2001 et tout récemment en mars 2009 Joao Bernardo Vieira de la Guinée-Bissau.

Parmi les centaines des Hutu modérés exécutés dans les heures et les jours qui suivirent, nombre d'entre eux avaient épousé des femmes Tutsi. La question que l'on se pose souvent est : « comment se fait-il que tant de Hutu c'est-à-dire des dizaines, voire des centaines de milliers, toutes classes sociales confondues, ont massacré de sang-froid leurs amis Tutsi, leurs voisins Tutsi et parents Tutsi par alliance ? » Est-ce la peur de représailles qui a poussé tant de monde à une collaboration aussi aveugle ? Ou est-ce dû à la perversité de la nature humaine (Zimbardo 2007) ?

Quatrième commandement : « ... *est traître tout Hutu qui fait alliance avec les Tutsis dans les affaires, qui investit son argent dans une entreprise d'un Tutsi, qui accorde aux Tutsis des faveurs dans les affaires (licence d'importation, prêts bancaires, parcelles de construction etc. »*

Au déclenchement du génocide, des milliers de Hutu traîtres à la cause hutu étaient automatiquement désignés, car ils étaient peu nombreux à brasser des affaires avec les Tutsis. Mais si la peur de représailles peut expliquer en partie le nombre excessivement important de collaborateurs, elle ne peut expliquer la violence, la barbarie voire le sadisme des génocidaires à l'encontre de leurs victimes, une violence dont le paroxysme est le viol des femmes Tutsi.

Selon plusieurs sources (African Rights 1995, Human Rights Watch 1996, Landesman 2002, Nduwimana 2004) entre 300 000 et 500 000 femmes tutsi auraient été violées durant le génocide. D'autres chercheurs estiment que 70 % des femmes rescapées (que ce soit des jeunes de moins de dix ans ou des femmes de plus de soixante ans) auraient été violées. On relate aussi le viol d'hommes et de jeunes garçons mais leur estimation est incertaine. En réalité, l'ampleur des viols durant le génocide restera sans doute inconnue parce que pour plusieurs raisons, les victimes ne veulent pas en parler.

Tout d'abord, la mentalité selon laquelle une femme violée est impure perdue, même si tout le monde reconnaît qu'elle est victime d'une agression. Cette stigmatisation pousse les victimes à taire leur drame et la honte ressentie les amène à se percevoir comme des damnées (African Watch 1995), comme si une malédiction s'était abattue sur elles. Dans les coutumes rwandaises, on pouvait conjurer une malédiction au moyen de rituels appropriés afin d'éloigner les forces du mal et la menace qui pèse sur un individu.

Un breuvage appelé *Isuho* (en kinyarwanda⁵) était concocté par un guérisseur et devait être donné non seulement à la victime mais aussi à toute sa famille à des fins de purification. Mais les sages qui recouraient à ces pratiques ne sont plus, soit parce qu'ils sont morts, emportés par le génocide, soit parce qu'eux aussi se sont rendus coupables de crimes atroces, soit plus

⁵ Langue bantoue, langue nationale du Rwanda, commune aux Hutus et aux Tutsis.

généralement parce qu'on n'a plus confiance en personne. L'une des conséquences du génocide a été l'éclatement total des fondements moraux de la société rwandaise car même des gens de confiance comme les devins, les religieuses ou les prêtres se sont rendus coupables de complicité, soit de participation active dans le génocide.

Le viol : un acte entouré de silence !

L'ampleur du viol des femmes Tutsi n'est pas seulement ahurissant par le nombre de victimes, il l'est aussi par les procédés auxquels eurent recours les tortionnaires. Parmi les scènes d'horreur, des actes de sadisme dépassant l'imagination ont été perpétrés contre les femmes, tous âges confondus. Il y eut des viols collectifs, des femmes furent forcées de marcher nues en plein jour, on accoupla les femmes à des personnes atteintes de sida pour les contaminer, on força les garçons à violer leurs mères et leurs sœurs, avant de les achever, et pour les humilier encore davantage, on les fit violer par les Batwa (African Watch 1995, Nduwimana 2004), le troisième groupe ethnique rwandais objet de rejet social et de discrimination. Quiconque étranger à la culture rwandaise aurait des difficultés à saisir l'importance de ce détail et la profondeur de l'humiliation qui est cachée derrière. Mais pour une femme rwandaise, avoir des rapports sexuels avec un homme de l'ethnie Twa est la déchéance totale. En effet, l'ethnie Twa était objet de discrimination des deux groupes majoritaires et toute proximité physique était exclue, fut-ce les salutations par le toucher !

Mais bien plus grave, avant de les achever après les avoir violées, certains tortionnaires introduisaient divers objets dans les organes génitaux de leurs victimes, certaines femmes, enceintes notamment, furent éviscérées et les fœtus furent donnés aux chiens.

De tous les crimes commis à l'encontre des Tutsis durant le génocide, le viol est le moins documenté. Pourquoi ? Parce qu'il y a un silence entourant ce crime, tant de la part des victimes que de la part des bourreaux.

D'abord les génocidaires, qu'ils soient repentis ou négationnistes, ne peuvent donner des détails sur des crimes aussi horribles. S'y prêteraient-ils que peu d'interlocuteurs seraient disposés à entendre tant de détails atroces et sadiques. Par conséquent, certes quelques-uns avouent les viols commis, mais c'est la nature du viol et les mises en scène qui sont tues. Par ailleurs, il est connu que ce crime se fait souvent dans l'intimité et que la victime est excessivement vulnérable quand vient le temps de confronter son agresseur. En particulier, l'épineuse question du témoignage risque de mettre uniquement la victime en présence du violeur ou de ses persécuteurs : sa parole contre la leur !

De la part des victimes, il y a par conséquent plusieurs raisons pour taire le viol. D'abord, parce que le dévoiler revient à exposer sa pudeur. Comment nommer une telle agression ? Quels termes utiliser ? Comment dénoncer un tel crime tout en préservant ce qui reste du peu d'intimité lorsque le viol a été accompagné par des actes violents et sadiques ? Quelles images, pris dans de nombreux douloureux souvenirs la femme peut-elle livrer au grand public, en particulier si elle est face à son bourreau, qui par sa présence, rappelle et reproduit le crime ? Par ailleurs, comment se sentir épaulé face aux juges et aux avocats qui mènent l'instruction enfermés dans la neutralité exigée par leurs fonctions ! Dans les différents rapports sur ce drame des femmes violées, celles-ci soulignent qu'elles ont peur de s'exposer au mépris, aux jugements, à la condescendance voire à la crainte de ne pas trouver de conjoint.

C'est donc un secret lourd à porter, un secret que l'on a même peur de partager avec le meilleur des confidents. Certaines femmes violées ne veulent pas retourner dans leur village parce que tout le monde sait qu'elles y ont été violées et elles ne veulent pas croiser le regard des anciens voisins.

De là, le dilemme de témoigner, car le faire équivaut à se livrer, à dévoiler le secret tant gardé à un conjoint à qui on l'a caché et ce devant tout le monde. Il faut ajouter que ceux qui font l'instruction sur ces crimes posent des questions et veulent des détails précis. Or l'éducation et les coutumes ne permettent pas de nommer certains de ces détails, tel que les organes génitaux et encore moins les objets qu'on y aurait introduits. Demander à une femme violée de donner des précisions sur son drame est honteux, traumatisant et équivaut à un autre viol, viol de son intimité, de sa pudeur.

Certes la société rwandaise clame l'importance d'aider les victimes, de les écouter, de les soutenir. Mais est-ce que les hommes sont préparés, sensibilisés à tendre les bras à leurs sœurs violées et à les accepter comme épouses ? Dans la tradition rwandaise, pour les hommes mariés, c'est une situation excessivement humiliante que de vivre avec une conjointe violée car les hommes ont notamment peur que les autres se moquent d'eux. De même, les enfants dont les mères ont été aussi violées cachent ce drame par peur d'être objet de taquineries, voire de moqueries de la part d'autres enfants. Toute la famille est donc condamnée à taire cet avilissement.

Dans le cas d'une jeune femme, taire le viol lui donne l'espoir d'avoir des prétendants, lesquels risquent d'être tenus dans l'ignorance de cette tragédie, non par désir délibéré de dissimuler un fait aussi important, mais par peur de blesser l'être aimé. Mais combien d'autres femmes se sentent incapables de nouer une moindre relation d'intimité à caractère sexuel ? Un nombre important de ces femmes éprouvent des dysfonctions sexuelles, de la culpabilité, voire le risque de se percevoir comme objet de malédiction !

La femme Tutsi, un objet de convoitise et une obsession pour les Hutus durant le génocide

Dans la société rwandaise traditionnelle, les filles étaient étroitement surveillées par leurs parents parce qu'on attendait d'elles qu'elles soient de bonnes futures épouses. Ceci était particulièrement le cas pour les filles Tutsi que l'on espérait marier à de bonnes familles. Depuis l'indépendance du pays au début des années soixante, les Hutus instruits, de l'enseignant du primaire jusqu'au haut fonctionnaire, allèrent de façon continue chercher des épouses dans les familles tutsi, au point que quarante ans plus tard, il fut quasiment impossible de trouver une famille tutsi n'ayant pas donné en mariage au moins une de ses filles à une famille hutu. Mariages d'amour ou simple convoitise de posséder des femmes réputées plus belles que les filles hutu, les deux hypothèses sont plausibles. Mais un fait est que ce n'était pas toujours des mariages harmonieux car d'un part, les belles-familles hutu acceptaient rarement ces femmes tutsi perçues comme arrogantes, et d'un autre côté quelques représentants de la parenté tutsi exprimaient un certain mépris à l'endroit de ces filles qui étaient parties épouser des Hutu. Parallèlement, il y eut également des hommes tutsi qui contractèrent des alliances matrimoniales avec des familles hutu, ce qui était souvent bien vu par les Hutu et qui pouvait rassurer ces derniers sur le fait qu'ils pouvaient aussi avoir des filles désirables. Si on revient par conséquent à ce premier commandement des Hutu, la liste de traîtres ayant contracté des alliances avec des Tutsi est excessivement longue !

La majeure partie des stéréotypes ethniques a été intériorisée du temps de l'époque coloniale et largement diffusée par les missionnaires et les fonctionnaires coloniaux dans les manuels d'enseignement et dans les écrits anthropologiques. Mais les Hutu se sont débarrassés facilement de certains préjugés comme celui relatif à la supériorité intellectuelle ou morale des Tutsi sur les Hutu. Lorsqu'on regarde comment le génocide a été perpétré contre les Tutsi, on peut constater que le préjugé sur la beauté des Tutsi a été celui qui a le plus caractérisé l'infériorité des Hutu. En effet, durant le génocide, tout a été mis en œuvre pour réparer cette injustice de la nature. Il fallait détruire totalement tout ce qui pouvait symboliser cette supériorité basée sur la beauté, notamment mutiler le nez parce que les Tutsi sont censé avoir

un plus beau nez que les Hutu, mutiler la bouche parce que les lèvres des Tutsi sont plus minces que celles des Hutu, couper à la machette les jambes des Tutsi afin de les réduire à la taille des courtes jambes des Hutu, couper les mains parce que les doigts des Tutsi sont plus longs, plus minces et plus beaux, et enfin en guise de destruction totale de cette beauté qui a tant humilié les Hutu : violer les femmes Tutsi et jeter leurs corps très souvent encore vivants dans les latrines.

Préludes au génocide

Le génocide contre les Tutsi rwandais a été préparé par étapes. Mais il n'est pas certain que les acteurs aient eu une vision bien planifiée et bien structurée. Tout semble avoir été une succession de ballons d'essai souvent de la part des acteurs inconnus ou sans grande influence tel le fameux discours raciste d'un Léon Mugesera ou les dix commandements des Hutus de Hassan Ngeze. Mais les premiers tests de ce génocide remontent aux débuts des années soixante. On brûla les maisons des Tutsi à la l'échelle de tout le pays, on en massacra quelques dizaines de milliers, on les chassa de leurs terres, on les força à s'exiler à l'étranger et des dizaines d'autres milliers furent poussés dans des régions jusque-là inhospitalières où sévissait la malaria. Les Hutu récupèrent les terres ainsi libérées et massacrèrent leurs vaches, signe de la prospérité tutsi. Le moment crucial de cette période fut la récupération et le détournement d'un terme anodin "*gukora*" (litt. "travailler" en kinyarwanda) pour donner des consignes de destruction dans l'impunité totale. Les gens étaient appelés à "travailler" avec entrain, avec enthousiasme, avec énergie, sans relâche. Dans *Une saison de machettes*, Jean Hatzfeld (2003) donne la parole aux bourreaux. Ces derniers décrivent leur travail en termes neutres, de quoi dérouter le profane : apprentissage du travail, exercice sur de jeunes enfants, conseils aux timides et aux maladroits, encadrements de ces derniers où réprimandes, moqueries, brimades alternent avec compliments et récompenses. Tuer était tellement associé au travail que certains "ouvriers" respectaient scrupuleusement les heures de travail et de repos et avaient hâte de rentrer chez eux savourer le repas préparé par leurs épouses et bénéficier d'un repos mérité (Hatzfeld 2000). *Gukora* : depuis les années soixante et tout au cours des années soixante-dix et quatre-vingt, ce terme banal pouvait être utilisé à la radio et dans les journaux sans que les étrangers puissent deviner ce qu'il recouvre et cache ; qui dans de telles conditions était à même d'accuser les autorités rwandaises d'incitation à la haine et à la violence ? Brûler les maisons, tuer les Tutsi, les noyer, manger leurs vaches et commettre d'autres crimes devint par un procédé d'euphémisation : "travailler". Toute critique, tout désaveu fut ainsi évité. Même l'Église s'abstint de faire trop de déclarations avec ses lettres pastorales, la consigne étant d'apaiser, de pacifier le pays, c'est-à-dire : éviter de dénoncer quoi ce soit. Même consigne dans les écoles où il aurait été considéré comme une incitation à la perturbation de l'ordre public d'amener les jeunes à réfléchir sur les conséquences des conflits ethniques et politiques. Des enfants Hutu et Tutsi se mirent de nouveau à jouer ensemble, à se taquiner, même à se chamailler, mais jamais à transgresser cette consigne de silence.

Durant cette période, d'autres termes d'une neutralité désarmante mais d'une violence à peine voilée virent le jour. L'un de ces termes est "démocratie". Depuis le début des années soixante, le sens figuré de démocratie est l'appropriation et l'usurpation des terres des Tutsi notamment à des fins communautaires. Ainsi les parcelles de la démocratie sont des endroits qui peuvent être utilisés à des fins collectives comme la construction des écoles, des dispensaires et les champs d'expérimentation de nouveaux produits vivriers. En 1963, à la suite des tentatives de quelques réfugiés Tutsi qui voulurent revenir au Rwanda, la force, la répression et les représailles furent appuyées par l'invention d'un nouveau terme, cette fois ci non seulement péjoratif mais délibérément déshumanisant : les Cancellats, ou les Cafards (*Inyenzi* en kinyarwanda). Le terme *Inyenzi* devint dès lors le terme pour désigner les Tutsi,

d'abord les insurgés puis ensuite tous les Tutsi, qu'ils soient de l'intérieur ou de l'extérieur. L'usage du terme *Inyenzi* fut le tournant, le moment décisif dans les rapports Hutu-Tutsi. Pour les extrémistes, la déshumanisation des Tutsi allait leur faciliter la tâche dans leur projet final d'éliminer les Tutsi.

La "libération des femmes Tutsi"

Comme la recette du double langage avait porté ses fruits, un nouveau terme de guerre *kubohoza* (litt. "libération") fut introduit en 1990, peu après l'invasion de l'armée des anciens réfugiés tutsi qui cette fois-ci, bien entraînés, fortement armés et fort disciplinés entrèrent en force au Rwanda. Cette astuce langagière consiste à détourner le sens d'un terme et lui donner un sens nouveau inhabituel, de sorte que seuls les initiés en comprennent le sens. Tout comme "travailler" désignait piller et tuer, "libérer" désigna violer. De nouveau ce terme pouvait être ouvertement utilisé devant les étrangers sans que ceux-ci puissent y déceler une quelconque perversion. La "libération des femmes Tutsi" devint le mot d'ordre ou plutôt la récompense. Cette femme décrite comme arrogante, hautaine, cette femme qui était la fierté des Tutsi, il fallait cette fois-ci lui donner une leçon. En effet, s'il y a eu des cas de viols lors de conflits antérieurs, cela resta fort limité tout comme on a pu observer que les Tutsi qui se réfugièrent dans les églises dans les années antérieures furent laissés en paix. Ce fut d'ailleurs la plus grande méprise des Tutsi en 1994, car dès que les miliciens Hutu se mirent au "travail", les Tutsi se réfugièrent par milliers dans les églises, croyant qu'on allait respecter les lieux de culte comme en 1960.

En ce qui a trait aux viols des femmes Tutsi, un autre facteur semble avoir joué : l'intériorisation d'un lourd complexe de laideur et une forte envie de la beauté des Tutsi.

Dans son essai sur *Envie et Gratitude*, Melanie Klein (1957), ou encore Nicole Jeammet (1998) dans *Le plaisir et le péché*, expliquent que la personne envieuse désire s'approprier l'objet d'envie, mais que si elle ne peut pas l'avoir, elle préfère alors détruire cet objet. Ayant intériorisé ce complexe de laideur, le Hutu ordinaire était condamné à regarder avec une distance respectueuse cette femme tutsi belle, mince, élégante, hautaine et maniérée. Si quelques Hutu instruits pouvaient se permettre de la posséder, le Hutu moyen ne pouvait que se contenter de ses fantasmes sexuels sans aucune possibilité de les réaliser. Durant le génocide, les autorités Hutu allaient exploiter ce fantasme populaire en incitant les extrémistes Hutu à posséder cette femme tant convoitée, objet de désirs inassouvis, responsable de frustrations sexuelles refoulées, à l'humilier, à la violer et la détruire. Beaucoup de femmes Hutu, notamment la célèbre ministre de la famille et des affaires sociales Pauline Nyiramasuhuko encouragèrent les miliciens à violer puis à tuer les femmes Tutsi. Peter Landsman (2002) rapporte que de passage à Butare, au sud du pays, cette ministre donna ordre aux miliciens de violer les femmes Tutsi avant de les tuer. Mais certains miliciens déclarèrent plus tard qu'ils avaient tellement tué toute la journée qu'ils n'avaient plus l'énergie pour violer ces femmes et qu'ils se sont contentés de les brûler avec de l'essence fournie par la même ministre. Certaines femmes Hutu y compris Pauline Nyiramasuhuko incitèrent même leurs propres enfants à violer. Par ces viols elles pouvaient avoir enfin l'impression d'être supérieure à ces femmes Tutsi et pouvaient aussi se consoler par ce 2^e commandement du hutu qui stipule que :

« Tout Hutu doit savoir que nos filles Hutu sont plus dignes et plus consciencieuses dans leur rôle de femme, d'épouse et de mère de famille. Ne sont-elles pas jolies, bonnes secrétaires et plus honnêtes ? »

Chaque fois qu'un Hutu épousait une femme Tutsi, c'était une gifle pour les femmes Hutu. Surtout quand ce Hutu était éduqué et donc promis à un bel avenir. On peut comprendre le cri de désespoir de ce troisième commandement du Hutu :

« Femmes Hutu, soyez vigilantes et ramenez vos maris, vos frères et vos sœurs à la raison ».

Les mariages interethniques majoritairement à sens unique à savoir homme Hutu- femme Tutsi, ont été les pires humiliations pour les femmes Hutu car ces unions renforçaient ce stéréotype selon lequel les filles Tutsi étaient plus belles que les Hutu. C'est donc avec amertume que nombre d'entre elles célébrèrent les noces de leurs frères Hutu. Et quand l'heure de la vengeance a sonné, certaines femmes n'ont pas hésité à prêter main forte aux miliciens. Il y eut de nombreux Hutu qualifiés de modérés qui ont péri durant le génocide. Un bon nombre d'entre eux avaient violé le premier commandement « femme tutsi tu n'épouserai ».

Pauline Nyiramasuhuko, fut la première femme à être accusée de crimes contre l'humanité pour avoir tué et incité les miliciens et son propre fils à violer et à mutiler les femmes Tutsi. Mais elle n'est pas la seule car de nombreuses femmes Hutu, lettrées comme illetrées, encouragèrent leurs fils, cousins, neveux à violer (African Watch 1995).

Huitième commandement : « Les Hutu doivent cesser d'avoir pitié des Tutsi ».

De tous les stéréotypes intériorisés par les Hutu, celui de la laideur a eu le plus de conséquences néfastes sur la perception de soi des Hutu. Et on ne peut espérer une harmonie entre les Hutu et les Tutsi tant que les premiers auront ce complexe d'infériorité. Malgré les traumatismes de ce génocide, la mixité entre les deux ethnies, commencée dès les années soixante, se poursuit petit à petit et elle risque de s'accélérer maintenant que les cartes d'identité sont abolies au Rwanda. Si au lendemain de la fin du génocide certaines femmes Tutsi disaient qu'elles n'épouseraient pas un Hutu, on peut observer actuellement dans tout le pays, un retour graduel aux mariages mixtes.

Conclusion

Le viol des femmes Tutsi au Rwanda lors du génocide de 1994 fut d'une ampleur sans précédent. Il fut utilisé comme arme ultime pour exterminer les Tutsi du Rwanda. Des centaines des milliers des femmes violées furent massacrées par la suite et enterrées dans les fosses communes ou jetées dans les latrines, mais d'autres furent contaminées par le VIH et sont mortes sans soins. Le viol de ces femmes a aussi donné lieu à des naissances de ce qu'on appelle les « enfants de la honte ». Ils sont par dizaines de milliers ostracisés par la société et sans véritable avenir. Si les signes de reconstruction physique sont bien palpables, voire impressionnants, la reconstruction psychologique de ces femmes violées et de ces enfants rescapés et orphelins est à poursuivre et dans certains cas elle reste à faire.

Bibliographie

- AFRICAN RIGHTS Rwanda : not so innocent. When women become killers.
<http://www.africanrights.org/publications/Innocent895.pdf>. 1995.
- CHRÉTIEN Jean Pierre *Rwanda. Les media du génocide*. Paris, Kathala, 1995.
- FINEMAN Mia "Children of Bad Memories" Photographing a generation born of rape during the Rwandan genocide. 2009. <http://www.slate.com/id/2219840/pagenum/all/>
- HATZFELD Jean *Dans le nu de la vie*. Récits des marais rwandais. Paris, le Seuil, 238 p., glossaire, cartes, photos n & b (« Points » P 1253). 2000.
- Une saison de machettes*. Récits. Paris, le Seuil, 296 p., glossaire, chronologie, cartes (« Points » P 1253). 2003.
- La stratégie des antilopes*. Récits. Paris, Le Seuil, 308 p., glossaire, chronologie, cartes (« Points, P. 1993 »). 2007.

HUMAN RIGHTS WATCH (1996). *Shattered Lives: Sexual Violence During the Rwandan Genocide and its Aftermath*. New York: Human Rights Watch.

JEAMMET Nicole *Le plaisir et le péché*. Essai sur l'envie. Paris, Desclée de Brouwer, 227 p. 1998.

KABAGWIRA Sylvie (2007) « Violences faites aux femmes Tutsi du Rwanda pendant le génocide de 1994 ». Allocution devant le Sénat belge le 23 mars 2007.

KANGURA Les dix commandements du Hutu. *11* bimensuel indépendant, n° 6, Gisenyi, déc. 1990 : 6-8. 1990.

KLEIN Mélanie *Envie et gratitude et autres essais*. Paris, Gallimard, 1957.

LANDESMAN Peter (2002) "A Woman's Work". *The New York Times*, September 15, 2002

MUKANSONGA Scholastique (2006) *Inyenzi ou les Cafards*. Paris, Gallimard, 165 p. (« Continents noirs »).

NDUWIMANA Françoise (2004) *Le droit de survivre : femmes, violence sexuelle et VIH/sida*. Montréal, Droit et démocratie.

ZIMBARDO, Philip, *The Lucifer Effect*. Understanding How Good People Turn Evil. New York, Random House, 576 p. 2008.

UNE PHOBIE AUX CONFINS DES CULTURES

Patrick STOESSEL⁶

Nous présentons le parcours analytique en deux temps d'une jeune femme en prenant le parti de citer de larges extraits tirés des notes de séances. Le titre initial, donné dans le programme du congrès était : "Princesse Africaine ou cadre sup. à la Défense"

Ceci n'est pas un conte

Récemment, Assetou me dit : « Quand j'ai commencé avec vous, j'étais agressive ; j'en voulais au monde entier ; j'étais vraiment perdue. J'ai cru que j'allais faire une grosse bêtise, j'avais des idées noires. Aujourd'hui je suis contente, je suis une nouvelle personne, je suis moi en assumant ce que je suis ».

Assetou a 28 ans. Si je l'ai surnommée « Princesse Africaine », c'est parce qu'on aurait pu narrer son histoire comme celle d'un conte africain : Assetou était une jeune femme de toute beauté ; grande et élancée, elle avait un beau visage aux traits fins et réguliers un regard farouche qui s'éclairait parfois dans un sourire radieux. Mais Assetou était très malheureuse car elle était très seule et n'avait pas d'amoureux. Elle se croyait incapable d'aimer ni digne d'être aimée. Et le conte s'arrêtait là ; il ne pouvait pas (encore) s'écrire.

« Je ne vois que le mal, je ne m'imagine pas du tout heureuse avec quelqu'un, je n'arrive pas à m'affirmer, le mot femme, je ne l'assume pas. J'ai très mal vécu ma puberté, je rejette ma féminité ; je me méfie des hommes ; quand un homme me parle, je suis tout le temps sur mes gardes, je mets une distance, je me demande ce qu'il attend de moi. Je les rejette tous, je me sens perdue »

C'est en ces termes qu'elle s'exprime lorsque je la reçois fin 2006, adressée par son médecin généraliste. Elle est en arrêt de travail à la suite d'un malaise, se plaint de fatigue, d'insomnies, de se replier sur elle-même, mais, dit-elle, « je refuse les antidépresseurs et je déteste être arrêtée ; ça m'angoisse. Les antidépresseurs ça fait plus éviter les problèmes qu'autre chose ; je ne réfléchissais plus ; sans les antidépresseurs au moins on voit la réalité en face. »

Assetou est née en France de parents maliens. Elle est la 3^{ème} d'une fratrie de cinq composée d'un frère, de quatre ans son aîné, de trois filles et d'un petit frère, dix ans plus jeune. Elle vit avec sa sœur deux ans plus âgée, avec laquelle elle s'entend très bien. La troisième sœur, six ans plus jeune est étudiante. Assetou après des études de marketing travaille comme « business analyst » dans une société informatique dans le quartier de la Défense près de Paris. Les deux parents appartiennent à l'ethnie malienne Sarakolé et sont de confession musulmane mais pratiquent de façon « modérée ».

Le père, aujourd'hui retraité, est illettré et a fait partie du mouvement « d'importation » de main-d'œuvre dans les années soixante pour faire tourner les usines à l'époque de l'essor économique de la France.

Il est né dans les années 30 dans un village du Mali et Assetou ne connaît pas ses grands-parents paternels ni le reste de la famille paternelle.

De lui elle dit : « Il a influé sur notre éducation. Mon grand frère tout lui était permis, alors

⁶ Psychiatre, La Celle-Saint-Cloud

que nous - les filles - il fallait qu'on le serve, qu'on le salue même s'il rentrait tard. Je devais faire les tâches ménagères. C'était plus moi que mes sœurs, il était très proche de moi. C'est toujours la petite qui doit être disponible en Afrique. C'est souvent moi qui étais de corvée pour mon père : amène-moi l'eau, va faire chauffer mon plat. »

La mère, issue d'une famille de la petite bourgeoisie urbaine, âgée de 54 ans est beaucoup plus jeune que le père; elle travaille dans une école. Assetou explique : « Elle n'a pas choisi mon père ; elle était de la ville, lui était de la campagne ; c'était un choc culturel. Elle s'est mariée à 15 ans ; ç'a été l'horreur au début, il était très possessif, jaloux, il la cloîtrait. Il a été très dur avec elle jusqu'à ce qu'elle ait des enfants ; la femme ne vit que pour les enfants. » La mère a été en arrêt de travail pendant cinq ans, de 2003 à 2008. Lorsqu'elle reprend le travail, au printemps 2008, Assetou dit : « Elle a été en arrêt de travail pour des douleurs dans les pieds qui gonflaient. On lui a trouvé un poste assis dans l'administration. Ma mère c'est le PILIER de la famille. Ça nous rend tous optimistes qu'elle ait repris car c'est la famille qui s'effondrait ; son salaire était divisé par deux et elle était dans un engrenage négatif. Quand elle s'est arrêtée on est tombés avec elle, mon frère, les sœurs, mon père. Il fallait aider nos parents, leur remonter le moral. Mes premiers salaires n'ont pas été utilisés pour moi. J'ai aidé ma famille ; je donne trop. »

Une histoire en deux temps

I - Lorsqu'elle me téléphone pour un premier rendez-vous en novembre 2006, je reconnais immédiatement son nom car je la connaissais déjà. Six ans auparavant, elle était venue me voir pendant un peu plus de six mois de décembre 1999 à juin 2000, à l'âge de 18 ans. Je la voyais une à deux fois par mois. Au sortir de l'adolescence, elle était déjà déprimée, faisait des malaises, de la tétanie, se plaignait de troubles du sommeil et de fatigue. Elle faisait un régime pour perdre le poids qu'elle avait pris au cours de l'adolescence et avait perdu plus de 20 kg. « Rien n'était bien chez moi, je me sentais bête, grosse, moche ; j'ai peur des garçons, je les fuis, j'en souffre ; qu'est-ce qu'ils me trouvent ? ». Lors de la première séance, elle évoque le décès lorsqu'elle avait dix ans du grand-père maternel dont elle garde un bon souvenir.

A la 3^{ème} séance, elle évoque sa peur de la mort et le décès lorsqu'elle avait trois ans de sa grand-mère maternelle au Mali. Peu avant, elle a séjourné cinq mois au Mali. Une phrase – « je m'efforce de m'accepter telle quelle » - m'avait amené à évoquer discrètement, sans la nommer l'idée de l'excision. Elle se met alors à en parler pour la première fois, explique que ça a eu lieu chez les grands-parents maternels, à l'initiative de la grand-mère au cours de ce séjour de l'enfant au Mali et que sa mère n'était pas d'accord.

Cette révélation provoque chez elle des effets rapides et spectaculaires dans le sens d'un soulagement. Elle rencontre un garçon – de son âge et d'origine antillaise - avec moins d'appréhension et la relation qui reste platonique dure quelques mois. Des sentiments naissent mais elle préfère y mettre un terme en raison de l'emballement du jeune homme (« il va un peu vite, ça me fait peur »). Elle prend confiance en elle, les symptômes disparaissent. Parallèlement elle progresse beaucoup dans ses études, avec succès. Elle cesse de venir au moment des vacances d'été.

II - Elle revient six ans plus tard et sa situation socio-professionnelle a évolué : elle a un bon poste en CDI dans une entreprise à la Défense ; c'est son premier emploi. Mais elle est à nouveau déprimée. Un an et demi auparavant, sa sœur aînée dans un premier temps puis elle-même ont subi une intervention chirurgicale pour une plastie clitoridienne, par le même chirurgien. Elle en attendait que cela lui redonne confiance en elle.

Or elle fait le constat que l'opération n'a pas entraîné les changements espérés, contrairement à sa sœur qui s'en serait trouvée plus épanouie dans sa vie de femme.

Depuis lors, elle fréquente un garçon, Rachid, qu'elle a rencontré par l'intermédiaire de son frère. Il est métis de mère africaine et de père français.

Une phobie aux confins des cultures

I - La conflictualité psychique source des symptômes est à la croisée de plusieurs incidences et se double de l'événement majeur qu'a constitué pour elle l'excision.

De la symptomatologie phobique et dépressive, on peut dire que plusieurs facteurs sont en jeu que nous allons développer successivement :

a) La relation à la mère et les aléas identificatoires complexes qui en découlent :

La relation d'Assetou à sa mère est importante ; la figure maternelle a joué un rôle dans la survenue de ses difficultés psychiques.

« Elle occupe une place importante dans ma vie ; j'ai peur de la laisser toute seule. Elle est fille unique de part sa mère. J'ai une *relation fusionnelle*, j'ai peur de la décevoir ; elle a jamais trop aimé que j'aie quelqu'un. Aujourd'hui elle a envie d'être grand-mère, elle nous autorise des choses qu'elle nous a longtemps interdites ; il y a des hommes qui téléphonent à la maison pour moi. C'est trop à l'ancienne, une culture africaine. Le fait que ça passe par mes parents c'est pas possible. Les femmes africaines, on les voit soumises. »

La dépression d'Assetou, fait suite à l'opération mais est contemporaine d'un moment où la mère est fragilisée par une maladie qui menace l'équilibre financier de la famille. D'ailleurs Assetou ne voulait pas être en arrêt de travail. C'est à cette époque également qu'il s'est produit un événement important, ce qu'elle appelle une trahison : alors que la mère était malade, le père est retourné dans son village au Mali pour y épouser une 2^{ème} femme, à l'insu de la mère restée en France : « tout le monde le savait sauf elle. » Par ailleurs c'est surtout la mère, qui s'est longtemps posée en garante des traditions africaines, ce qui est source d'ambivalence à son égard.

« Mon père il s'occupe pas assez d'elle ; le jour où j'aurai quelqu'un, elle se sentira abandonnée. Les idées fausses sur les hommes elles me viennent de ma mère. Pour ma mère c'est important de se marier vierge. C'est par rapport à elle plus qu'à Dieu que c'est important pour moi. Il faut que j'apprenne à l'affronter. »

b) La problématique œdipienne avec le statut privilégié de la plus jeune fille, avant la naissance de la dernière sœur et du petit frère.

« (Pour mon père) C'était plus moi que mes sœurs ; il était très proche de moi. C'est toujours la petite qui doit être disponible en Afrique. »

Assetou a occupé cette place « privilégiée » de dernière pendant plusieurs années au moins jusqu'à la puberté et même au-delà puisque la dernière sœur est née six ans plus tard et qu'il n'est pas certain que cette jeune sœur l'ait supplantée tout de suite car elle dit que ses parents ont évolué entre-temps dans leur une approche éducative moins traditionnelle. En particulier, cette jeune sœur n'a pas subi l'excision.

La figure paternelle est aussi empreinte d'ambivalence : « Pour moi l'homme, c'est mon père et je le regrette beaucoup ; pas par sa gentillesse mais par rapport à son comportement violent. Je pensais que tous les hommes étaient comme mon père. »

c) Le relais œdipien constitué par le grand frère puis par le copain du frère, Rachid.

La figure du frère est importante et semble avoir fonctionné comme relais œdipien du père peut être favorisé par la position du grand frère dans la religion musulmane « Il nous a étouffé, mais plus moi que mes sœurs ; il est égoïste ; il est l'homme de la famille ».

En mai 2007, elle dit : « Le frère a tout arrêté (sport, mannequinât musique) ; il vient de créer une entreprise en Afrique) ; il nous le reproche (mes sœurs et moi), on l'a empêché de

désirer. » Elle se plaint qu'il a une fiancée et de l'incidence que cela a dans ses relations avec ce frère.

- « Elle a touché à mes affaires personnelles... » dit-elle de cette fiancée

- Je lui dis : « À commencer par votre frère ? »

- Elle rit puis évoque le vide laissé par ce frère. « J'ai une peur extrême des hommes ; il était un alibi. Ça m'effraie, c'est hallucinant »

A la séance suivante, elle ajoute : « Mon frère a une place importante dans ma vie. Je rejette les hommes de mon ethnie, les hommes et leur plaisir, l'excision. »

La coloration œdipienne que revêt la relation avec ce frère sert de paravent à son inhibition. Néanmoins on observera par la suite le déploiement d'une relation avec Rachid, ami du frère et qui va le représenter dans une idylle qui si elle est théoriquement possible n'est pas complètement dénuée des scories œdipiennes qui existaient avec le frère.

d) L'interface de la double culture et ses contradictions doublé du couple immigration (de 2^{ème} génération) / intégration.

Au cours de son enfance et de son adolescence, Assetou n'a pas fait l'économie d'être confrontée à une certaine forme d'adversité eu égard à son statut d'enfant d'immigrés africains : « j'ai toujours été la seule noire dans ma classe et il y avait un regard bizarre sur moi. Les profs avaient beaucoup de préjugés : 'on peut pas faire mieux que ses parents' disaient-ils ; ils ne m'ont pas encouragée. On m'a longtemps dit que ce serait doublement dur, et en tant que femme et en tant que noire. Avec la double culture ce n'est pas évident de s'intégrer et de réussir. »

Elle dit aussi : « Je ne veux pas être une femme Je ne me sens pas plus européenne que malienne ; mais je suis plus occidentale et d'un autre côté on est toujours rattrapé par sa culture. »

Mais, les parents sont parvenus à inculquer à tous leurs enfants une pugnacité et un sens de l'ambition qu'ils ont tous pu réaliser par des cursus scolaires et universitaires très aboutis. Assetou explique à plusieurs reprises qu'il s'agissait pour elle de relever un défi.

D'autre part, s'identifier à la culture occidentale, c'est pour elle admettre l'idée de relations sexuelles hors mariage ce qui constitue une transgression du discours parental et un risque de blesser la mère. Cet aspect-là est en jeu dans l'abord des hommes dans sa vie sociale courante.

e) La religion musulmane.

Est plutôt un emblème paternel ; c'est sous cette bannière en tout cas qu'Assetou range la polygamie de son père : « Les parents se cachent beaucoup par rapport à la religion pour nous imposer des choses car ils savent qu'on est entre les deux cultures. Du fait que je sois pratiquante, je ne me détache pas de ça. Je ne suis pas d'accord avec tout car la religion musulmane est trop stricte par rapport à notre époque ; mais ça m'apporte aussi des choses, toutes les valeurs humaines : la générosité, être là pour l'autre, une certaine ligne de conduite malgré certains aspects qui ne me conviennent pas. Une certaine tolérance. La philosophie du Dogon Amadou Hampate Ba qui s'appuie sur des extraits d'un Coran plus ouvert d'esprit. » La religion semble avoir été pour Assetou un recours dans les moments de dépression qu'elle a traversés, lorsqu'elle se sentait vide.

II – L'excision

Les choses se sont passées ainsi : Assetou et sa sœur aînée, âgée d'environ 3 et 4 ans ont séjourné chez la grand-mère maternelle pendant quelques mois. C'est cette dernière qui a pratiqué l'excision sur ses deux petites filles contre l'avis de la mère, sans que celle-ci ait pu s'y opposer. La dimension traumatique de cet acte est aggravée par l'âge tardif auquel il a été pratiqué car Assetou m'expliquera que c'est habituellement à la naissance que cela se fait.

(Dans certaines ethnies, elle est pratiquée juste avant le mariage de la jeune fille pour que celle-ci soit « pure ».)

Elle dit : « Je suis quelqu'un d'assez blessée ; la vie n'a pas été très facile avec moi. Plus j'en parle, plus je me rends compte que c'est très douloureux, le souvenir, les images les douleurs. Ça a été fait à vif. Il y avait du sang ; dans le bain après, l'eau était toute rouge, les douleurs aux toilettes, dans la douche, c'était un calvaire ; elles ont duré longtemps après. Je me suis dit que sexuellement ce serait impossible ; pendant longtemps, je me suis dit que jamais j'aurai de rapports par peur d'avoir mal, dans une zone de souffrance. C'est la faute de l'homme

- Oui mais ce sont les femmes qui le font ? dis-je.

- Oui mais elles le font pour le plaisir de l'homme ; ça vient du désir de maîtrise de la femme par l'homme. »

Elle dit aussi : « J'étais brisée, cassée à tous les niveaux. On a voulu me contrôler, c'est un contrôle ce genre de choses. Avec l'opération j'ai subi une autre agression ». (Le fait d'avoir été opérée par un chirurgien homme n'est pas neutre non plus).

« Cette fameuse opération que j'ai eue ce fut un 2^{ème} changement : je devais apprendre à vivre avec une sexualité. On m'avait retiré le désir sexuel et on me le rend. Ça allait à l'encontre de ma culture d'assumer ma sexualité. »

Récemment, elle a vu une exposition sur la femme africaine et les représentations de la femme dans la culture en Afrique. Il y était rappelé l'origine initiale de la signification rituelle de l'excision : c'est le mythe de l'androgynie originelle : on naîtrait avec les deux sexualités et l'ablation du clitoris, reliquat embryonnaire pénien, aurait comme signification de retirer la partie masculine de la femme. Or cette signification traditionnelle a disparu dans une réinterprétation du mythe initial au profit de l'idée d'une maîtrise de l'homme sur la femme.

Évolution

Au cours de son travail depuis 2006, elle va évoluer sur plusieurs plans :

I. Sur le plan professionnel :

Assetou m'avait expliqué qu'elle séparait beaucoup sa vie privée de sa vie professionnelle. Dans celle-ci, malgré sa timidité, l'habitude de devoir faire ses preuves en tant que femme et en tant que noire lui a permis d'être en permanence dans une position de relever le défi, dans une attitude qu'on pourrait qualifier de contraphobique.

C'est avant tout dans sa vie professionnelle qu'elle mesure son évolution : « Je suis plus ouverte ; j'ai envie de changement et j'y suis très déterminée. Et du coup je suis plus spontanée. Je vais foncer plus intelligemment, en observant plus et en séduisant plus ce que je ne savais pas faire. Il faut que j'arrête de me morfondre et que j'avance. »

En juin 2008 débute un processus de changement de boîte qui se concrétisera en septembre. Elle a été approchée par un cabinet de recrutement pour un meilleur poste avec un meilleur salaire dans une société de service aux entreprises dont le siège est à la Défense. Ce changement va être pour elle une progression professionnelle importante qui témoigne de son changement dans ses relations aux autres. Elle est à l'aise avec les clients, a un bon « relationnel » ce qui contribue à améliorer encore sa confiance en elle. En janvier 2009, elle est confirmée dans son poste après la période d'essai malgré un contexte économique devenu difficile.

II- Sur le plan de sa vie privée : Le travail va se déployer pendant plus de deux ans et permettre de dénouer plusieurs points :

- a) L'organisation phobique de son rapport à la sexualité est en grande partie une conséquence de l'excision vécue non pas comme un rite initiatique traditionnel lui permettant d'accéder au statut des femmes de la lignée maternelle africaine mais plutôt comme une mutilation punie par la loi du pays où elle est née et envisagée comme telle par l'analyste qu'elle consulte (même s'il ne le lui dit pas). Je soulignerai toutefois qu'à aucun moment elle n'a utilisé le mot « mutilation » ni fait allusion au statut juridique de l'excision. Il ne m'est pas non plus venu à l'esprit d'utiliser cette terminologie dans un but d'interprétation. J'ai plutôt utilisé le mot « traumatisme ».

Dès lors, l'excision était inscrite dans les signifiants de la violence, de l'assujettissement, de la destruction et de la conflictualité : « Ça vient de mon excision, quand j'ai su ce que c'était, ce que ça signifiait, je me suis construit un monde parallèle où il y avait un bien-être. Dans le monde réel, je n'arrivais pas à me voir comme femme ; l'idée de l'homme me donnait la nausée. Je rejette les hommes Africains qui contrôlent les femmes d'où mon côté rebelle. Du coup, être amoureux de quelqu'un, c'est être sous son contrôle. Le contrôle, maintenant, c'est moi qui suis en train de le prendre, je m'accepte, je prends les décisions. »

Au fil des séances, elle se réconcilie avec elle-même, avec sa féminité. Elle s'étonne de son évolution vestimentaire plus féminine, plus colorée. Cette réconciliation s'accompagne d'une diminution progressive de sa peur des hommes : « je dégage autre chose, les hommes m'approchent plus ; c'est venu assez soudainement. Le sentiment de peur diminue. J'arrête de voir les hommes comme des ennemis. ».

- b) Un deuxième thème émerge : celui de la peur d'être abandonnée par l'homme. Cette peur se construit sur le souvenir de la mort à l'âge de dix ans du grand-père maternel. Et par l'abandon plus récemment du frère qui a quitté le domicile familial pour vivre avec sa fiancée et s'établir en Afrique : « Les hommes qui m'étaient chers m'ont toujours abandonnée. »

Par ailleurs, le « non » en réponse à la proposition amoureuse qu'elle voudrait risquer pouvait être vécu comme une répétition de la négation de la féminité et même de son être tout entier.

Sa prise de confiance en elle s'appuie sur le déroulement d'une idylle amoureuse rendue possible parce que Rachid est non seulement un ami du frère mais aussi métis, le métissage étant associé pour elle au signifiant « double culture ». Elle le dit « éloigné » des traditions. Cette relation semble se construire sur une peur réciproque du désir, des sentiments qui ne peuvent se dire et un certain malentendu. Mais c'est précisément ce qui va permettre à Assetou de s'enhardir dans l'expression de ses sentiments amoureux : « Je suis contente car j'ai proposé à Rachid de se revoir et il est d'accord ». En juillet 2008, elle se croit prête à tomber dans ses bras. Survient une séance curieuse où elle commence par me demander l'adresse d'un sexologue. Au moment où la perspective de relations sexuelles se rapproche, c'est l'idée que la femme serait asservie au plaisir de l'homme qui ressurgit sous la forme d'un « ne pas savoir s'y prendre ».

Par la suite Rachid rencontre une autre jeune fille, ce qui, la première déception passée ne réactive pas son sentiment de trahison ou de défiance des hommes. L'idylle va arriver à son terme mais elle en tire un point positif : jamais elle n'avait parlé à un homme de façon aussi explicite et sincère de ses sentiments. L'explication a eu lieu récemment en tête à tête au cours d'un rendez-vous où Rachid voulait que le frère aîné d'Assetou soit présent.

Incidences cliniques

La symptomatologie dépressive qui a amené à consulter à deux reprises semble s'inscrire dans une configuration phobique. Il ne peut s'agir d'une névrose traumatique, celle-ci, apparaissant habituellement au décours d'un traumatisme récent s'articule avec des éléments constitutifs de la personnalité pré-morbide des sujets. Dans son cas le traumatisme est précoce dans l'enfance et participe de la constitution de son être.

L'approche ethnocentrée de l'excision comme fait à inscrire dans une culture d'origine de la patiente aurait mis l'accent sur la symptomatologie névrotique dans les avatars africains et musulmans d'une conflictualité œdipienne plus classique.

A contrario, n'aurait-il pas été réducteur d'entériner la position initiale de la patiente d'originer toute sa souffrance au seul traumatisme de l'excision ? Pour elle la vérité se situe à mi-chemin. Ainsi dit-elle récemment : « le moi de ma vie professionnelle et le moi de ma vie privée se rejoignent. Avant j'étais scindée ; c'est dû à mon éducation et aux règles qu'on m'a inculquées. » Dans leur ouvrage de référence, « Œdipe Africain », E et MC Ortigues (5) écrivent : « le complexe d'Œdipe est beaucoup plus difficile à comprendre dans les sociétés contemporaines où l'interdiction de l'inceste et le culte des morts n'occupent plus qu'une place subordonnée (familiale) au sein d'une société économico-politique qui associe les hommes sur des objectifs à atteindre, des programmes de gouvernement, des morales d'action plus que de statut. L'importance que prennent aujourd'hui les communautés d'objectifs nous apporte plus de liberté, plus de concurrence mais aussi plus d'instabilité. Le domaine de l'aléatoire (de l'incertain, du risque) qui est la source du pouvoir dans la vie sociale, se trouve maintenant placé dans la vie et non plus dans la mort, sauf en cas de guerre où la communauté d'origine reprend sa place première, archaïque. (...) Le complexe d'Œdipe est le problème de la sexualité infantile et, dans toutes les sociétés, il n'est rien d'autre que cela. Le problème est partout le même quelle que soit la manière de le résoudre : il consiste dans le fait que la différenciation sexuelle entre fille et garçon inscrit dans la vie émotionnelle une construction symbolique des rapports personnels, et que l'analyse de cette construction fait apparaître une base affective de l'éthique fondée sur le rapport de l'être humain à son origine. Telle est la situation problématique de l'enfance humaine. Tout le reste, tout ce qui se raconte dans les fantasmes n'est que réponse à cette situation problématique, la réponse étant variable suivant chaque individu (fût-ce à l'intérieur d'une même culture). »

L'organisation phobique de la patiente se focalise sur l'homme comme objet de désir. Le traumatisme de l'excision est mis en avant pour expliquer la crainte des hommes mais est aussi un alibi pour ne pas rencontrer au profit de la relation avec sa famille.

« La phobie est la marque de l'inachèvement d'un processus de symbolisation », écrit Irène Diamantis dans son ouvrage « Les Phobies ou l'impossible séparation » (1). « Dans la phobie, maladie de la séparation, la pensée devient incestueuse, elle ne se déramonne pas d'un objet incestueux, d'une relation fusionnelle (...). À la terreur face à l'objet, correspond une inquiétude, une fragilité narcissique du sujet. Tout ce qui relève du noyau phobique n'apparaît pas uniquement sous la forme de la frayeur ou de la peur mais dans l'impossibilité pour le sujet d'inscrire des irréversibles, d'admettre qu'il est un point de non-retour qui sépare un avant d'un après, une position d'une autre. »

Incidences transférentielles

C'est parce que je n'avais pas de connaissances anthropologiques ni ethnologiques particulières que j'ai pu entendre dès le début l'évocation indirecte de l'excision.

Peut-être aussi du fait de ma position culturelle d'homme occidental urbain qui ne voit avant tout de l'excision que la dimension de mutilation interdite par la loi, ai-je pu entendre la dimension violente pour elle d'une excision.

Admettre cette dimension-là, était-ce risquer d'aller à l'encontre de sa culture d'origine, risquer de la renier, de renier ses parents, d'attenter à l'honneur familial blessé par l'immigration ? Est-il légitime de se poser la question de savoir pourquoi les signifiants de la culture d'origine n'auraient pas fonctionné pour escamoter la dimension traumatique de l'acte ? Était-il souhaitable d'en savoir plus sur la culture d'origine de la patiente ? Puisque j'avais décidé de présenter ce cas et d'y travailler, je me suis à un moment demandé s'il ne serait pas utile voire nécessaire que je me documente sur la culture d'origine de ma patiente,

des Sarakolés du Mali en particulier. Ce n'est pas que cela ne m'intéressât pas ; bien au contraire mais il m'a semblé plus juste, plus logique, plus éthique de respecter l'histoire naturelle du transfert de la patiente, d'en respecter le nouage. Après tout, elle avait fait le choix pour soulager sa souffrance de consulter un psychiatre-psychanalyste et non pas un marabout ! Lacan dans les *Écrits* (Fonction et champ de la parole et du langage P. 247) (4) nous dit : « (...) il n'est pas de parole sans réponse, même si elle ne rencontre que le silence, pourvu qu'elle ait un auditeur, et que c'est là le cœur de sa fonction dans l'analyse. »

À ce titre, un point est à souligner : le fait que l'analyste choisi soit un homme, ce qui n'a pas manqué de l'étonner : « Je n'en reviens pas que j'arrive à dire cela à un homme ». Ce n'est pas tant le signifiant « homme » qui a fonctionné que le fait qu'il ne soit pas lié au signifiant « africain ». Ce qui a opéré dans le transfert c'est précisément le choix d'un praticien blanc, de l'Autre culture, non identifié à la culture liée à la violence de la culture ethnique d'origine. Il ne s'agissait pas en effet de la restituer dans les signifiants d'une culture dont elle rejetait les effets sur son corps mais de lui reconnaître un statut de traumatisme et de violence dans le réel du corps. Ce n'est pas tant par la plastie chirurgicale du clitoris qu'elle pouvait se reconstruire, accéder à son avènement de femme et à la sexualité mais bien plutôt par la reconnaissance à ces propres yeux de la dimension traumatique de l'acte rituel perpétré sur son corps. L'acceptation par elle de cette reconnaissance passait par un travail de mise à distance de la parole ancestrale et parentale, un dégagement des enjeux affectifs et œdipiens.

Pour conclure : le corps n'est pas une machine

Ce n'est pas par le réel du corps que pouvait passer la reconstruction mais bien par un travail de symbolisation par la parole. Il ne suffisait pas en effet de remplacer la pièce manquante pour retrouver la complétude du corps et la restitution de la jouissance. Contrairement au transsexuel psychotique qui bricole dans la boîte à outils des organes génitaux son assignation sexuelle, Assetou ne pouvait pas - et c'est sans doute tant mieux pour elle - faire fi de la division du sujet et de l'espace entre réel, symbolique et imaginaire. Lorsqu'elle demande à consulter un sexologue, elle croit qu'il suffirait de retrouver le mode d'emploi d'un corps-machine au service de la jouissance de l'autre, de mettre la pile dans le sex-toy auquel elle croit avoir été réduite par la violence d'un acte perpétré sur son corps et qui ne saurait se soutenir des signifiants de la culture ancestrale. Souhaitons-lui de pouvoir écrire un jour la suite du conte africain dont elle serait l'héroïne triomphante, l'actrice d'un rapport pacifié au désir.

Bibliographie

- 1 DIAMANTIS Irène, « *Les PHOBIES ou l'impossible séparation* », Paris, Aubier/Flammarion, 2003, 252 p.
- 2 *La Phobie*, Bibliothèque du trimestre psychanalytique, publication de l'Association freudienne Internationale 1990.
- 3 LACAN Jacques, « *Encore* », Le séminaire Livre XX, Paris, Seuil, 1975.
- 4 LACAN Jacques, « *Autres écrits* », Le Champ Freudien, Paris, Seuil 2001.
- 5 ORTIGUES Marie-Cécile et Edmond, « *Œdipe Africain* », Paris, L'Harmattan, 1984.

Chapitre II

FEMMES ET ENFANTS

LES FEMMES DANS LA PRISE EN CHARGE PÉDOPSYCHIATRIQUE DES ENFANTS A KËR XALEYI

Sy O., Diouf M. L., Thiam M. H., Sylla O., Gueye M., Fall L.⁷

INTRODUCTION

Les études sur les femmes se font de plus en plus nombreuses. Aujourd'hui la réflexion sur leurs statuts, leurs rôles, leurs influences et les problèmes auxquels elles sont confrontées offre une littérature extrêmement riche. La référence au genre et les conséquences historiques de la structuration des rapports sociaux fondés sur le sexe continue d'expliquer au moins en partie les aléas du développement socioéconomique et la stabilité socio-familiale dans des pays du tiers monde comme le Sénégal.

La mondialisation de la culture, le nouvel ordre de l'information, la démocratie, les droits humains conduisent à examiner de plus près les diverses situations de femmes.

Le féminisme né en France à la fin du XIX^e siècle traduisant l'aspiration collective des femmes à l'égalité entre les sexes tend à s'imposer de plus en plus en Afrique et notamment dans les villes. Avec l'accès des femmes à l'école, au travail salarié et au monde de la politique, il est possible d'imaginer une modification profonde de la structure traditionnelle de la famille africaine. Cependant, comme le dit K. Frank, le féminisme est par définition une idéologie individualiste contrairement à la nature collective de la société africaine, donc c'est là la véritable source du conflit implicite dans le féminisme africain [Frank, 1987].

Partout dans le monde, il semble admis que ce sont les femmes qui sont les plus disposées à donner les soins aux enfants. Et malgré les bouleversements socioculturels à la faveur de la mondialisation et de la tendance à l'effacement de la différence entre les sexes, les besoins des enfants sont encore majoritairement satisfaits grâce à l'implication directe de femmes. Ainsi, au-delà des structures familiales, on observe de plus en plus une présence plus importante des professionnelles (femmes) dans les institutions scolaires et de soins (pédiatriques, pédopsychiatriques). Cette évolution des choses nous a-t-elle épargné, au Sénégal ? Quel est le niveau d'implication dans les soins pédopsychiatriques ? Quelles sont les conséquences de la transition familiale sur la psychopathologie des enfants et des adolescents ? Voilà quelques questions qui se posent à nous quand nous essayons de voir spécifiquement la place des femmes dans la prise en charge des enfants à « Kër Xaleyi ».

Sans trop s'attarder sur le niveau de progrès du féminisme au Sénégal, nous allons essayer de fournir quelques éléments de réponse en partant de notre expérience professionnelle de prise en charge en pédopsychiatrie.

⁷ Pédopsychiatre, CHNU de Fann, BP 16385 Dakar Fann, lamzobe@yahoo.fr

L'ÉVOLUTION DES RÔLES DES FEMMES NOUS A-T-ELLE ÉPARGNÉ, AU SÉNÉGAL ? ÉVOLUTION DES STATUTS ET RÔLE DE LA FEMME SÉNÉGALAISE : TRADITION, RELIGION, URBANISATION

Au XIX^e siècle, la médecine consacre les différences de genre, culturellement construites comme des différences naturelles. [Foucault M., 1963]. En effet, avec Pierre Roussel, médecin de la fin du XVIII^e siècle et son célèbre ouvrage : « Le système physique et moral de la femme, paru en 1775 », le sexe de la femme détermine non seulement les formes de son corps, mais aussi les traits de son caractère et de son intelligence et pour la première fois, apparaît une "nature féminine" totale et séparée qui n'est pas référée à une origine divine. [Knibiehler Y. et Fouquet C., 1977]

Sur le plan sociologique, au XIX^e siècle, on assiste également à la valorisation du lien maternel, autour de la volonté médicale et hygiéniste de promouvoir la fonction de soin et d'éducation selon l'idée que la mère se trouve « naturellement » en meilleure position pour cela. Ce qui aboutit avec la généralisation du travail salarié extérieur au modèle de la femme au foyer vers le milieu du XX^e siècle [Parsons T., 1955].

Ainsi apparaît une domination masculine ou paternelle qui est de plus en plus remise en question de nos jours. [Bourdieu P., 1990 ; Delphy C., 1972 ; Blöss T., 2001 ; Marie-Agnès Barrère-Maurisson M.A., 1984 ; Héritier F., 2001 ; Millett K., 1969].

Comme l'affirme Duru-Bellat, la principale évolution des attitudes concernant la scolarité est que dorénavant elle est jugée aussi importante pour les filles que pour les garçons, voire plus [Duru-Bellat M., 1990]

Les rôles et statut de la femme peuvent être envisagés en fonction de l'âge et du sexe. Dès la naissance, les traditions marquent la différence et inculquent progressivement une idéologie fondée sur les conditions culturelles en cours. Traditionnellement, la femme a un statut reconnu, socialement marqué par une position d'infériorité vis-à-vis de l'homme. La religion islamique qui est majoritairement pratiquée au Sénégal vient renforcer par ses prescriptions cette position sociale. L'apport majeur de la loi islamique résiderait dans le fait de conférer définitivement à la femme une place singulière dans la famille. Elle est dès lors soit une mère, soit une fille, soit une épouse, jamais deux à la fois. Elle cesse ainsi d'être l'esclave de l'homme, de devoir assouvir sans condition tous ses besoins notamment sexuels et devient un sujet reconnu à une place, avec un statut et un rôle définis. Grâce aux conditions et conséquences du mariage, la structure familiale et plus généralement la société gagnent en stabilité.

Ce statut de la femme qui est l'aspect normatif (constitué de droits et de devoirs) se distingue du rôle qui est le côté dynamique ou processuel du statut car c'est lui qui enclenche le processus d'actions et de comportements caractéristiques. En effet, la femme devrait selon les coutumes être soumise à l'homme et notamment son époux, jusqu'aux limites des prescriptions sociales. Elle est appelée à cultiver des vertus comme la retenue, la pudeur, la modestie, la chasteté...

Dans les nouveaux codes et lois relatifs aux droits et devoirs des femmes, l'égalité d'avec les hommes est de mise. Cependant, en pratique, la réalité est plus complexe. Beaucoup de femmes qui restaient habituellement cloîtrées dans les maisons, avec des charges domestiques parfois importantes, responsable quasi individuellement de l'éducation et des soins des enfants se retrouvent de plus en plus sur les mêmes chantiers que les hommes.

Certaines ravissent la place auparavant destinée aux hommes dans la production économique de la famille. D'autres préfèrent se réaliser dans des ménages monogames où elles n'ont pas ou plus de conjoint.

Dans les familles polygames, il est possible de constater une réalité plutôt contradictoire. C'est l'image d'une sorte de juxtaposition de foyers monogames où chaque épouse est heureuse de gérer sa progéniture et de se couvrir ainsi d'une sorte d'amant inconstant qui ne pèse pas de sa présence de tous les jours. Cela explique parfois le choix privilégié de certaines femmes intellectuelles pour ce modèle matrimonial. Elles restent ainsi en conformité aussi bien avec la tradition qu'avec la religion musulmane qui autorise jusqu'à quatre épouses pour un homme.

Pour certains couples monogames, l'assimilation de la culture occidentale a permis aux deux conjoints d'interchanger régulièrement les rôles domestiques, en particulier en ce qui concerne les soins et l'éducation offerts aux enfants dès leur naissance.

Avec l'extension de l'urbanisation, la configuration de la famille africaine et notamment sénégalaise est fortement remise en cause. Les critères de mobilité et de restriction spatiale qui s'associent à la vie urbaine empêchent le fonctionnement communautaire. Les familles se nucléarisent et les individus se désolidarisent. Ce qui crée de nouveaux rôles occupés tant par des hommes, tantôt par des femmes dans un espace familial d'où ils ne sont pas forcément issus. C'est ce que nous appelons communément les substituts parentaux. Il s'agit des nurses, des bonnes, des gardiens, des parents plus ou moins éloignés viciés par le chômage. D'autres lieux se substituent également à la famille parfois, comme les crèches, les garderies, les « cases des tout-petits », voire les écoles et les centres de loisirs et les centres de soins. En effet, de nombreux enfants ont plus de contacts en dehors de leur famille que dedans et/ou plus avec des figures extrafamiliales qu'intrafamiliales. Les exigences de la production économique obligent les parents qui travaillent à être plus souvent en dehors de leur maison et parfois à être encore très occupés par leur travail quand ils rentrent le soir. Cela se traduit souvent négativement dans les interrelations parents-enfants parfois dans le développement psychomoteur, affectif et intellectuel de nombreux enfants. La question du statut et des rôles devient de plus en plus liée au pouvoir financier détenu par le mari ou la femme. Beaucoup parmi elles se regroupent à association d'intérêt économique avec des structures variables (Tontines, GIE, Associations de développement).

Reste que les comportements sociaux résistent manifestement en profondeur aux transformations. En ce début de XXI^e siècle, en Occident, les femmes prennent toujours majoritairement en charge les jeunes enfants [Bihr et Pfefferkorn, 1996 ; Bloch et Buisson, 1998 ; INSEE, 2004], les hommes occupant quant à eux peu de place dans les soins et l'éducation en dépit de l'émergence des « nouveaux pères » depuis le début des années 1980 [Le Camus, 2004 ; Neyrand, 2000 ; Yogman, 1985]. La conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle incombe toujours aux femmes [INSEE, 2004 ; Martin, 2004 ; Théry, 1998].

La division sexuelle des tâches, des rôles et des activités est toujours prégnante. Si cette division résulte de la domination masculine, elle tient également au fait que la référence à la maternité demeure le modèle de soins et de présence auprès de jeunes enfants. [Bourdieu, 1998 ; Héritier, 1996].

Cette sexuation des tâches est une véritable construction sociale. Les soins nécessaires au tout-petit en raison de sa dépendance extrême à un autre qui lui prodigue soins et attention ne peuvent qu'être « maternels » [Meunier C., 2001].

QUEL EST LE NIVEAU D'IMPLICATION DES FEMMES DANS LES SOINS PÉDOPSYCHIATRIQUES AU SÉNÉGAL ?

1. Femmes à la première consultation

L'intervention des femmes dans les soins aux enfants sains mais surtout malades nous paraît être appréciable au moins en partie dans le cadre d'une unité de soins en santé mentale. C'est

ainsi que nous avons choisi d'observer d'abord la fréquence d'accompagnement des enfants par les femmes et notamment les mères à la première consultation. La précocité ou le retard de celle-ci pourrait être un indicateur de l'attention portée sur l'enfant et par conséquent des possibilités de répondre à ses besoins par des soins adéquats.

Par ailleurs, les premiers entretiens constituent une étape essentielle dans le cours de la prise en charge des enfants, des adolescents et de leurs familles. Cela est d'autant plus vrai dans notre contexte, que la consultation risque souvent d'être unique. Plusieurs raisons peuvent être évoquées pour justifier cette brièveté des soins mais ce n'est pas notre objet ici pour nous y étendre. Nous nous intéresserons particulièrement à la présence de certains membres de la famille à cette première rencontre pour des enfants nécessitant des soins en santé mentale.

Pour l'ensemble des dossiers de 2000 à 2006 soit 2966 enfants, nous retrouvons à la première consultation 52% des enfants qui sont accompagnés par leur mère sans le père. Celles-ci viennent cependant avec leur mari dans 7% des cas, le couple de parents se faisant représenter par les tantes ou les oncles de l'enfant respectivement dans 7% et 3,5% des cas.

Quand l'enfant est amené par les grands-parents, ce sont surtout les grand-mères qui sont présentes soient 5% des cas contre 0,5% pour les grands-pères. Nous pouvons donc noter qu'en fonction du degré de parenté, les femmes sont 2 à 10 fois plus présentes pour accompagner l'enfant à sa première consultation en pédopsychiatrie. Dans cette distribution, il est important de relever quelques particularités. En effet, les tantes sont déléguées plus souvent que les grands-mères et il s'agit parfois des marâtres qui dénommées « tantes » dans la famille polygame. Celle-ci joue parfois le véritable rôle de la mère qui est reléguée au second plan. Pour certains enfants dont les pères le plus souvent mais aussi parfois les deux parents sont émigrés ou décédés, ce sont les grands-mères paternelles qui sont plus présentes. L'enfant a dû être renvoyé parfois d'un pays occidental (France, Espagne, Italie) ou des Etats-Unis pour nous dit-on bénéficier de soins pour sa pathologie. Il s'agit là encore d'une pratique culturelle fréquente qui entraîne qu'en cas de maladie grave, le sujet retourne vers ses origines ancestrales et surtout dans la lignée maternelle. L'épuisement des ressources mystiques mais aussi financières conduit progressivement l'enfant vers la lignée paternelle. C'est ainsi que l'enfant arrive dans le cadre des soins modernes locaux comme un dernier recours, accompagné d'un membre de la famille paternelle (tante ou grand-mère en particulier).

Les pères viennent sans la mère dans 15% des cas, ce qui montre une assez grande implication et ce d'autant plus que l'enfant est plus âgé (de 6% chez les nourrissons à 18% chez les adolescents). Cela concorde avec une des règles traditionnelles qui voudrait que le père d'un enfant s'implique davantage dans son éducation et donc dans la relation parents-enfant à partir du sevrage et notamment lorsque le garçon atteint l'âge de 7 ans. Le fait que certaines mères rejoignent leur propre famille dans les suites d'un accouchement peut aussi justifier l'éloignement des pères et leur moindre implication. Il est évident que le niveau socioéconomique des familles intervient dans cette modalité, ainsi que la localisation rurale ou urbaine du foyer.

Des personnes différentes des parents, oncles, tantes ou grands-parents accompagnent l'enfant dans près de 10% des cas soit plus que les autres hormis les mères et les pères. Il s'agit de professionnels (éducateurs, enseignants, soignants, travailleurs sociaux, pompiers), de voisins, d'amis de la famille, parfois de cousins, frères ou sœurs, de personnels de maison (bonnes, nurses, gardiens). Cette modalité d'accompagnement des enfants s'explique par le manque de temps des parents qui accordent de plus en plus d'importance à leur travail au détriment des soins à apporter aux autres membres de la famille, notamment les enfants. Dans les cas extrêmes, c'est une véritable négligence (maltraitance) qui conduit à l'intervention des tiers extrafamiliaux. Nous pouvons y voir également la traduction de la moindre solidarité familiale qui n'autorise plus l'intervention facile des membres adultes de la famille élargie dans le fonctionnement du foyer, l'éducation et les soins utiles aux enfants et adolescents.

2. Femmes et moyens de la prise en charge

Les moyens de la prise en charge pourraient être liés au statut de la femme et à son évolution, mais surtout au rapport de la mère vis-à-vis du père quant au pouvoir financier dans la famille. Nous essayerons de voir comment ces moyens influencent la continuité des services, la qualité des soins et la durée de la prise en charge.

On peut schématiquement distinguer deux situations : la mère essentiellement dépendante du pouvoir financier de son mari et celle qui relève d'une certaine autonomie financière.

Dans la première situation, ce sont des femmes qui sont sous la charge totale de leur époux et qui n'ont aucun pouvoir de décision. Elles appliquent autant que possible les desideratas du chef de famille qui ordonne et dicte sa loi. Quand nous rencontrons ces familles, le père vient rarement et la prise en charge s'interrompt assez rapidement quand les résultats attendus tardent. Les décisions ne sont pas prises durant les rencontres et on nous promet de voir cela avec « son père ». Une certaine dépendance caractérise la personnalité de ces mères qui semblent présentes mais ne représentent en fait que leur mari. Il est alors important d'établir rapidement un mode d'échange avec ce dernier, s'il ne peut se présenter régulièrement aux entretiens.

Dans la seconde situation, ce sont des mamans qui ont diverses activités ou contacts productifs et arrivent à se réaliser individuellement quelque soit les moyens de leur époux. Elles peuvent poursuivre une prise en charge même quand ce dernier se désengage momentanément.

3. Femmes et réseaux de prise en charge

L'établissement d'un réseau de soins paraît indispensable dans le cadre de la prise en charge à long terme des affections mentales. A cet égard, les femmes semblent avoir beaucoup à apporter du fait de leurs expériences associatives dans le cadre social habituel. La création successive d'associations de parents et de collectif des parents à Kër Xaleyi est d'ailleurs l'œuvre essentiellement des femmes. A travers ces associations se mettent en place de véritables stratégies d'amélioration de la santé mentale des enfants. De nombreuses réflexions y sont menées et des actions se sont concrétisées par exemples dans l'organisation de téléthon pour la vulgarisation de l'information et la collecte de fonds, la construction de grands ouvrages dans le cadre de la deuxième phase d'extension du service, l'organisation de manifestations festives participant à la réintégration sociale des enfants.

Les rares centres éducatifs ou rééducatifs et sociaux qui offrent une possibilité de relai dans la prise en charge est également à l'initiative de femmes souvent mères d'enfant handicapé. Tout cela témoigne de la grande capacité de lutte des femmes contre les inégalités et l'exclusion.

L'implication des femmes dans le réseau de prise en charge des enfants en santé mentale semble déterminante dans l'avenir des soins pédopsychiatriques.

QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DE LA TRANSITION FAMILIALE SUR LA PSYCHOPATHOLOGIE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS ?

1. Femmes en situation de polygamie

Il nous est rarement arrivé de faire face à des demandes de prise en charge pour des enfants du fait de la maltraitance d'une marâtre. Cela contraste avec l'idée généralement répandue que les autres épouses du père sont une mauvaise mère pour l'enfant de l'autre lit. Il est même constatable que celle qui est appelée mère ou tante est en fait celle-là qui s'occupe de l'enfant de l'autre épouse de son mari. Les problématiques soulevées peuvent refléter une difficulté dans l'environnement familial mais ne remettent pas souvent en cause les bonnes intentions,

ni les attitudes bien-traitantes de ces femmes. En effet, la dynamique familiale peut comporter une rigidité qui fait écran à l'expression verbale d'un certain malaise qui se traduit dans des troubles psychosomatiques ou des difficultés scolaires. Certaines femmes sont arrivées avec leurs coépouses dans une complicité inégalable pour demander des soins pour l'enfant. Dans ces cas, il est possible de constater qu'il s'agit d'une grande harmonie qui embrasse d'autres domaines de la vie familiale et notamment économique. En effet, une des femmes, affairiste reconnaît ne pas disposer de suffisamment de temps pour ses enfants et fait entière confiance à sa coépouse pour s'en occuper. Celle-ci assure une partie de la productivité économique nécessaire à la famille et l'autre apporte toute son affectivité aux différents membres de la famille. Nous ne croyons pas qu'il s'agît d'un échangé froidement calculé mais nous n'avons pas l'opportunité d'éclairer les aspects historiques de ce fait. À l'opposé, nous avons pu rencontrer un père qui demandait de l'aide pour son fils qu'il voyait souffrir de l'hostilité de sa nouvelle épouse qui avait pris la place de la première décédée dans la maison. Ce n'est pas une situation de polygamie, mais une autre femme était appelée à s'occuper du fils de son mari et d'une autre femme qu'elle-même. Celle-ci semblait prendre moins bien soin de cet enfant qu'on ne pouvait s'y attendre. Toutefois, l'attachement important du père, le désir de protection et la crainte de maltraitance à l'encontre de son enfant semblaient entraîner une pseudo- rivalité avec l'image réactualisée de la première épouse à travers l'enfant.

2. Femmes dont l'époux a émigré

De nombreuses femmes se retrouvent de plus en plus seules du fait de l'immigration vers l'occident. Elles doivent attendre souvent plusieurs années avant de revoir leur époux qui souvent évitent de leur laisser une grande autonomie dans un foyer qu'elles dirigent. Elles patientent alors tranquillement chez leurs parents ou chez leurs beaux parents. Dans tous les cas, leur marge de liberté semble d'autant plus restreinte que leur époux est absent, cela pour éviter tout commérage. Elles tendent alors à se recroqueviller sur leur enfant d'autant plus qu'il est unique. C'est dans un véritable fond dépressif avec des sentiments de grande solitude, d'incompréhension par leur entourage, de condamnation parfois qu'elles nous arrivent.

Les enfants se présentent parfois en étant frénétique comme pour les réveiller ou leur éviter de sombrer plus profondément, d'autres fois en étant très inhibés voir déficitaires ou avec des traits autistiques qui semblent démontrer le dépassement de leurs modes de défense les plus fonctionnels. Certaines ont dû rentrer au bercail après un séjour rendu difficile par l'apparition de troubles autistiques chez leur enfant. Le couple mère-enfant cède alors aux exigences d'un monde apparemment hostile pour retrouver la protection de la famille souche et des ancêtres. Le père décide de rester pour subvenir aux besoins matériels de la famille. Cette configuration recoupe l'idée que la place de la femme est au foyer, auprès des enfants mais aussi que les démarches vers les guérisseurs, marabout et autres tradipraticiens sont l'apanage des mères. Mais devant l'échec fréquent des diverses tentatives, elles donnent l'impression d'avoir manqué à leur rôle de mère. Ne pouvant jouer le rôle d'épouse, elles redeviennent les filles infantilisées de leurs propres parents, sinon de leurs beaux-parents. C'est d'ailleurs souvent sous leur couvert et avec leur aide qu'elles viennent demander la prise en charge. D'autres femmes d'immigré trouvent la possibilité de rejoindre leur époux à l'étranger soit avec son accord soit dans les dédales d'un processus de divorce. Elles choisissent alors de s'occuper d'elles-mêmes, exigeant de la part du père qu'il prenne toutes ses responsabilités dans la prise en charge des difficultés de l'enfant. Ce dernier se retrouve alors presque abandonné, n'eut été les mécanismes de sauvetage de la famille élargie traditionnelle qui prévoit le « confiage ». Il s'agit de transférer l'autorité parentale vers un membre plus ou moins éloigné de la famille ou vers un marabout. Les conséquences négatives n'en sont parfois pas très différentes.

3. Femmes en situation de divorce

Certaines croyances restent défavorables à la cause des enfants lorsque les parents sont en situation de divorce. L'idée prévaut que cela va faire mal aux enfants, notamment pour leur développement et leur éducation. Ce qui n'est pas souvent vérifié, en particulier, lorsque les parents ont pu bénéficier d'un accompagnement familial serein ou d'une aide psychologique. En effet, nous sommes plus souvent confrontés à des questions allant dans ce sens que par des difficultés des enfants liées au divorce lui-même. Nous avons alors tendance à confronter les parents ou l'un(e) deux à ses rôles de parents d'une part et de conjoint d'autre part. Ils constatent alors avec nous qu'ils resteront toujours les parents qui en s'aimant ont choisi de faire l'enfant même s'ils ne sont plus mariés ou s'ils ne s'aiment plus de la même façon. Les enfants ont besoins d'eux en tant que parents moins qu'en tant qu'époux, les rôles parentaux restant toujours applicables. Cependant, la tendance à utiliser les enfants comme objets de conflit apparaît comme une véritable situation de maltraitance. En fonction de leur âge, ils sont alors embarqués dans des contradictions et des dilemmes qui cachent mal l'irresponsabilité des adultes. Nous pensons que la faiblesse de la demande pour cette raison peut être liée au moins à la réaction des familles et de la communauté qui traditionnellement, selon les prescriptions religieuses, mais aussi de façon encore très prégnante, organise les relations et redistribue les places. Le législateur intervient très peu à notre connaissance dans ces situations et lorsqu'il intervient c'est souvent en accord avec le droit coutumier. Dès lors, sont évitées les longues et retentissantes procédures judiciaires qui rythment la vie des enfants et de leurs parents maintenant des conflits qui désorganisent encore plus le cadre de vie et perturbent le développement normal de ces enfants. Dans certains cas, les femmes divorcées se retrouvent seules avec leur progéniture, parfois avec peu de moyens de subsistance. Elles sont simplement abandonnées avec toute cette charge familiale qu'elles ne sont pas préparées à gérer seules. Une des solutions que leur propose la société est alors de confier chaque enfant à un proche qui semble jouir de quelques privilèges socio-économiques.

Ceci peut confronter alors les enfants à des vécus d'abandon avec des troubles des conduites pouvant conduire à des contre-attitudes nuisibles à leur santé physique et psychique. Certains d'entre eux deviennent des domestiques, des souffre-douleurs ou des parias dans les familles qui étaient sensées les accueillir et sont alors les cibles faciles d'une maltraitance quasi organisée. D'autres femmes se débarrassent à un moment ou à un autre de ces enfants qui les « empêchent » de refaire leur vie. Elles n'espèrent pas trouver un homme qui acceptera d'emblée cette lourde charge par ces temps économiquement très difficiles. Les mêmes solutions leur sont également offertes. D'autres femmes encore notamment celles qui peuvent travailler et gagner suffisamment pour entretenir seule leur foyer posent parfois les mêmes problèmes relationnels avec leurs enfants car délimitant mal les frontières intergénérationnelles. Certaines jeunes filles se retrouvent à partager des confidences. Par une loyauté malsaine, elles sont incapables de dire non à leur mère qui les accable tous les soirs avec leurs soucis financiers ou sentimentaux. Cela se traduit parfois des troubles psychosomatiques ou hystériformes qui disparaissent avec la restitution de leur place distincte d'enfant, innocent, vulnérable et dépendant.

4. Femmes en situation de veuvage

Il nous arrive de rencontrer des mères qui amènent leur enfant dans les suites du décès de leur époux. En général, la situation de deuil pèse énormément sur toute la famille et l'évolution tend à se faire de façon peu heureuse. Ces femmes montrent beaucoup de culpabilité en rapport avec leur échec dans la tentative de remplacer le père auprès des enfants. En effet, par une sorte de loyauté excessive, elles ne veulent pas faire place à d'autres membres de la famille ou à des amis pour les soutenir au plus près. Leur contre-attitude favorise un climat

d'insécurité pour les enfants qui constatent en même temps la souffrance et l'angoisse de leur mère. Chez les plus petits l'agitation est frénétique tandis que les jeunes présentent tantôt des troubles des conduites tantôt des difficultés scolaires. C'est le cas du petit Thierno âgé de sept ans qui demande souvent après son père qui « est mort puis est monté au ciel et ne reviendra plus ». L'évocation de la situation de deuil semble interdite à la maison pourtant c'est le sujet qui semble le plus intéressant pour les enfants qui parfois jouent les dernières scènes vécues avec leur papa. L'ordre leur est parfois donné de ne plus en parler ou alors les faits sont masqués. Les adultes paraissent ainsi plus angoissés par cette situation que les enfants qui semblent chercher à comprendre et à dépasser les conflits suscités en eux par l'événement. Aux entretiens cliniques, nous avons l'occasion d'y revenir dans un cadre plus sécurisé, de permettre l'émergence de questions variées pour chaque protagoniste, d'accompagner l'expression des émotions parfois douloureuses, de se projeter dans l'avenir. Nous constatons également toutes les réticences des familles d'origine ou de la belle-famille quand la veuve tente de refaire sa vie avec un autre homme et ceci, même loin après la période de veuvage. C'est ainsi que la mère de Thierno va repousser la date de ses secondes noces avec l'insistance des familles. Cela est sous-tendu généralement par les inquiétudes face aux commérages mais aussi face au risque de précipitation des futurs mariés. À ce moment-là, les questions d'héritage semblent également tenir une place importante.

5. Femmes mères célibataires

Quelques rares situations de femmes célibataires nous arrivent en consultation avec leur adolescent qui présente des difficultés scolaires. Ce sont de braves femmes qui se sont beaucoup attachées à donner la meilleure éducation possible à leur progéniture mais qui n'ont jamais digéré la trahison de celui qui l'avait conçu avec elles. Ainsi, une grande énergie a été souvent déployée pour empêcher l'accès du père à l'enfant qu'il a refusé de reconnaître au moment le plus crucial.

Au début, l'enfant ne semble pas se soucier de qui est son père mais dès la puberté et avec l'adolescence, commence quelques tentatives de recherche qui s'adressent inéluctablement à la mère. Les résistances de cette dernière ne manquent pas alors d'entraîner une grande souffrance qui se manifeste dans les résultats scolaires d'abord puis des divers troubles des conduites (mensonges, petits vols, fugues). Voici l'exemple d'une jeune fille qu'on va nommer Marina dont le père refusa de reconnaître la grossesse de la mère. Celle-ci offusquée jura de ne jamais lui permettre d'accéder à sa fille qui lui ressembla d'ailleurs beaucoup après la naissance. Plus tard, le père essaya de reconnaître Marina sans succès. La mère ne put jamais avouer cette tentative à Marina et continua à lui faire croire que son père ne voulait pas d'elle. Par des circonstances hasardeuses, une camarade de Marina rencontra son père dans son pays d'origine et décida de lui en parler. Des courriers sont échangés entre père et fille sans l'avis de la mère. Mais celle-ci n'acceptant toujours pas d'évoquer le père, Marina alla de plus en plus mal. C'est en se rendant compte du lien entre ces deux situations qu'elle se décida enfin de tout dire et de permettre que père et fille puissent avoir des liens. Ceci permit une bonne reprise évolutive de la scolarité de Marina et une disparition des troubles.

6. Femmes en couple « moderne »

Des couples de parents semblent parfois largement en avance sur la modernité. Il s'agit de parents dont les rôles dans la famille ne semblent pas suffisamment différenciés compte tenue de l'ambiance culturelle générale. En effet, contrairement à des familles où des tâches sont encore exclusivement réservées aux femmes et d'autres aux hommes tandis que pour les enfants des espaces familiaux sont bien différenciés, par exemple des interdictions d'accès à la cuisine pour les garçons, les familles « modernes » ne font pas beaucoup de distinction

dans les rôles et les places. C'est ainsi que nous avons rencontré la famille de Monsieur Gueye dont les enfants sont tous des garçons et où la mère travaille suffisamment dur à l'école pour ne pas être disponible aux travaux ménagers. Le père s'adonne volontiers à la cuisine, à la vaisselle et autres travaux habituellement réservés aux femmes. En l'absence des parents et de la femme de maison, c'est l'ainé qui remplace le père, faisant le marché, nettoyant les toilettes. Cette situation qui tend à être fréquente semble éprouvante pour l'enfant qui présente une énurésie secondaire et montre des difficultés dans son identité sexuelle. Il a l'impression d'être comme une jeune fille et interroge son père sur la place de la mère. Quand nous lui demandons de nous faire un dessin. Nous sommes surpris qu'il accepte assez facilement malgré son âge. Il fait alors une jeune fille de seize ans, peu coquette, qui se sent seule et triste. Mais il se retient beaucoup dans le commentaire de son dessin. Les justifications apportées à la compréhension de la situation reposent essentiellement sur l'histoire personnelle d'un père, unique enfant de sa mère qui lui aurait appris à bien réaliser toutes ses activités domestiques. Cela lui paraissait naturel et il semblait vouloir imposer la même situation à ses enfants. Est-ce que l'histoire pouvait répéter à travers sa progéniture, sans perturbation ? Il apparaît dans tous les cas que la mise en mots des difficultés vécues par l'enfant et la tentative de donner du sens à ce mode de vie prennent une importance capitale dans la reprise évolutive du développement de l'enfant et l'harmonie familiale.

Dans d'autres cas, ce sont aussi les choix professionnels qui occasionnent la distanciation dans les rapports du couple de parents. Il s'agit d'une distance géographique qui favorise parfois un des membres du couple qui se décharge sur l'autre. Étant donné la croyance prévalente que les femmes s'occupent des enfants, c'est à elles que revient souvent la charge exclusive de l'éducation des enfants et de leur propre occupation professionnelle quand leur époux doit aller travailler dans une autre ville. Certaines s'en plaignent alors et souffrent en véritables martyres. La santé mentale des enfants s'en ressent alors d'autant plus que ceux-ci sont jeunes. Ce qui est le plus apparent dans les demandes, c'est cette reconnaissance de la lourdeur du travail à accomplir malgré un époux presque toujours absent. Madame Ndiaye qui nous a amené son fils de six ans qui présente de grosses difficultés à l'école parce qu'il ne suit pas et ne reste pas en place nous tient ces propos : « Docteur, ne pensez-vous pas que c'est parce que son père est absent qu'il est comme ça ? ». Nous répondons que probablement cela pouvait y participer mais ne suffisait pas à expliquer tout le problème. Vers la fin de l'entretien, elle ne manque pas de nous demander si nous pouvions faire un certificat médical pour expliquer au père que l'enfant avait besoin de sa présence à la maison. En effet pour de nombreuses mères, c'est le risque d'un échec dans la fonction maternelle comme si elle devait faire le choix entre leur boulot à l'entreprise et les tâches familiales.

Conclusion

Les femmes jouent un rôle déterminant dans la prise en charge des enfants en pédopsychiatrie. Malgré leurs charges familiales et sociales de plus en plus lourdes, leur tendance à l'isolement, les contradictions liées à leur statut, elles mènent et gagnent une victoire sans précédent dans la lutte contre les inégalités et les injustices faites aux femmes et aux enfants. Le soutien des hommes peut leur être utile mais non indispensable, d'autant plus qu'elles incarnent les valeurs de la modernité avec ses exigences d'indépendance, de liberté et d'individualisme. Si rien n'a changé dans leur participation aux soins globaux destinés aux enfants, elles tendent à s'y prendre de plus en plus seules et dans des conditions qui méritent parfois qu'elles soient accompagnées temporairement. L'idée de famille n'aurait-elle pas fait plus de progrès qu'on ne pense en Afrique et en particulier au Sénégal ? C'est la question qu'on est tenté de se poser aux vues des nouvelles configurations et dynamiques en jeu.

Bibliographie

1. André J., Aux origines féminines de la sexualité. PUF, Paris, 1995.
2. Badinter E., XY- De l'identité masculine. Odile Jacob, Paris, 1992.
3. Barrère-Maurrisson Marie-Agnès (dir.), Le sexe du travail. Structures familiales et système productif, Grenoble PUG, 1984.
4. Benjamin H., Transvestism and transsexualism. *Int J Sexol.* 1953 ; 7 (1) : 12-14.
5. Blöss Thierry (dir.), La dialectique des rapports hommes - femmes, Paris, PUF, 2001.
6. Bourdieu Pierre, La domination masculine, Paris, Seuil, 1998.
7. Bourdieu Pierre, La domination masculine, Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 84, 1990.
8. Bourdieu Pierre et Passeron J.-C., Les Héritiers, Paris, Les Éditions de Minuit, 1964.
9. Bureau J., Les troubles de l'identité sexuelle. Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Habimana E., Morin G., p. 231-255, 1999.
10. Castagnet F., Sexe de l'âme, sexe du corps. Centurion, Paris, 1981.
11. Chiland Colette, Changer de sexe. Odile Jacob, Paris, 1997.
12. David C. La bisexualité psychique. Éléments d'une réévaluation. In : *Revue française de psychanalyse*, 39, 5-6 : 495-856, 1995.
13. Delphy Christine, « L'ennemi principal », Partisans – Libération des femmes année zéro, Paris, Maspéro, 1972.
14. Foucault Michel, Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical, Paris, PUF, 1963.
15. Frank K., 1987. « Women Without Men: The Feminist Novel in Africa » in JONES E.D.
16. Freud Sigmund, La vie sexuelle. PUF, Paris, 1970.
17. Héritier Françoise, « Privilège de la féminité et domination masculine », *Esprit* - L'un et l'autre sexe, 273, mars-avril 2001, p. 84-85.
18. Héritier Françoise, 1996, Masculin/féminin, la pensée de la différence, Paris, Odile Jacob.
19. Knibiehler Yvonne et Fouquet Catherine, Histoire des mères du Moyen Age à nos jours, Montalba, 77, p. 148.
20. Millett Kate, La politique du mâle, Paris, Stock, 1971 (New York, 1969).
21. Palmer E. – Jones M. éds., Women in African Literature Today. Londres, 14-34.
22. Schaeffer Jacqueline, Le refus du féminin. PUF, Paris, 1997.
23. Shaykh Muhammad Karam Shah, 1998, Le statut de la femme en islam. La jurisprudence islamique
24. Stoller R., L'imagination érotique telle qu'on l'observe. PUF, Paris, 1989.
25. Talcott Parsons, Family, socialization and interaction process, Glencoe Free Press, 1955.

EXILS, FEMMES, PARENTALITÉ ET TRANSMISSION

De l'Afrique au 9-3 Lorsque l'enfant paraît...

Monique THIZON*
Paul MACHTO**

Lorsque l'enfant paraît...le cercle de famille s'élargit, dit-on... Pour la circonstance qui nous occupe, lorsque l'enfant paraît, il est un cadeau de Dieu souvent, dans une terre incertaine toujours. « Terre natale » (1), sans nom. Le seul lieu connu est le corps de la mère. Mère généreuse, habile, capable à elle seule de représenter la terre d'Afrique, la terre de ses ancêtres d'où elle est, d'où elle s'est exilée. Solitude extrême. Traversée de multiples épreuves d'où elle s'est trouvée meurtrie, mutilée. Épreuves qu'elle a dû traverser sans savoir pourquoi...Origines d'un exil souvent oubliées ou enfouies tant les réalités d'arrachement sont à mille lieux du projet de départ.

Lorsque l'enfant paraît...le cercle de famille s'agrandit.

Ici, seule, terriblement seule. Qui peut dire le vécu ?

Les institutions de la petite enfance, sensibilisées (P.M.I. maternités), font un effort pour sortir de la technicité ambiante, de la froideur ordinaire. Des programmes ont été organisés pour cela.

Nous partirons de notre expérience de pédopsychiatre, lorsque l'enfant, dans le cercle de socialisation, apparaît...troublé et troublant. Noir de surcroît, l'enfant est alors objet de sollicitation : sollicitude pressante voire menaçante du système école (et ses annexes...handicap - passons !), inquiétude des parents d'être ainsi sortis de l'ombre, d'être pressés de s'insérer. Et nous, nous les « soignants » psy ?

Les femmes africaines ont de la chance, en tous cas celle-ci...celle de susciter l'envie de beaucoup de femmes et mères européennes, celle de savoir porter d'une façon inouïe leurs bébés.

On en voit ainsi, en des lieux les plus improbables, attraper le jeune enfant qui commence à pleurer à ses pieds, l'attraper par un bras, par un doigt, par la main...comme une plume...L'on n'a pas le temps de voir. Dans un geste et un mouvement qui semblent venir du plus loin d'une humanité pour nous inconnue, le jeune enfant se trouve collé au dos de sa mère, enveloppé bien serré dans un long tissu coloré. Et le visage de la mère se redresse doucement, en haut du corps désormais gonflé par devant et par derrière de deux redondances symétriques. Autant que la sérénité des visages et des corps, c'est l'évidence de ce geste d'ajustement qui fait venir l'admiration renouvelée aux témoins que nous sommes, témoins étrangers et proches, interloqués.

Que deviendra ce bébé, ce jeune enfant grandissant dans notre foutu royaume de France...République en dérive, quand il s'éloignera des pas de sa mère ?

Un enfant sage, trop sage à l'école ? Un enfant curieux et appliqué mais qui restera dans ses rêves ? Un écolier brillant ? Un petit voyou insolent que rien ne peut endiguer ? Un enfant-roi, qui, sourd dans la tempête des signifiants inabordables autour de lui, s'identifiera à l'origine du monde – cf. les travaux d'Alice Cherki (2).

* Psychiatre, Paris

** Psychiatre, Ville -Evrard

Je prends la parole **ici à Dakar**, non sans émotion, puisque pour la première fois, j'ai fait le voyage vers ces terres d'Afrique Noire pour y toucher des couleurs, y entendre des bruits et des odeurs que je ne connais qu'en morceaux déchirés ou épars dans mon pays.

Des limbes de ce voyage, je vais essayer de rendre compte, en parlant des conditions pour approcher ceux qui ont fait un bien autre voyage. Ce qui se passe dans des C.M.P. de banlieue, le 93 (devenu en langue verlan internationale le « neuf trois »), pour moi la Courneuve et Dugny. Centres de consultations médico-psychologiques où viennent nous rencontrer les enfants qui posent problème lorsque leurs parents veulent bien nous faire confiance. Cette confiance, pour poursuivre, il faudra la gagner, la mériter. A tâtons.

Ibrahima, il est un peu avec moi ici puisque c'est le pays où ses parents sont nés. Enfant qui ne parle pas, bien que la compagnie des autres lui importe.

Depuis ses 3 ans, chaque lundi matin, je l'ai reçu dans mon bureau, très souvent aussi sa mère, parfois son père. Pendant 7 ans, j'y ai appris la détresse de sa mère lorsqu'elle est arrivée en France avec une valise, espérant reprendre ses études universitaires et puis enceinte dans une banlieue sans âme qui vive pour elle, puis la naissance de ce bébé par césarienne, elle ayant perdu connaissance.

Elle m'a dit l'importance de ses collègues de travail pour arriver à concevoir cet enfant « pas comme les autres », à le prendre « comme il est ».

Kirikou nous a servi de lieu transitionnel.

Suivant le fil du langage c'est-à-dire les onomatopées d'Ibrahima, j'ai compris l'importance des échanges téléphoniques avec les grands-parents, l'attente active du jour où Ibrahima parlera.

Je n'ai rien compris des absences répétées aux rendez-vous, par périodes, survenant comme des ruptures par rapport à nos rencontres explicitement très investies, rien compris sinon que la mère se devait parfois d'être ailleurs : son travail certes, mais encore ?...

Et puis, il y a eu le décès brutal du grand-père maternel d'Ibrahima. Quand il est allé à Dakar avec sa mère, on a pleuré en le voyant chercher son grand-père, on a ri lorsqu'il a emprunté les gestes de ce grand-père disparu (le chapelet, la lecture).

Son grand-père avait donné à Ibrahima, aîné de ses petits- enfants, des animaux. Ibrahima a été ainsi symboliquement érigé en « fermier peul ». De ce jour, il n'était plus tout à fait le même, en tous cas pour moi.

Peu après, la grand-mère est morte soudainement. Grand chavirement. Nécessité déclarée par la mère d'Ibrahima d'aller au pays pour quelques mois. Faute d'obtenir de son mari cette autorisation (elle aurait laissé ici ses propres enfants), une valise, sa valise prête à partir, est restée en souffrance à la porte de l'appartement, pendant des semaines.

L'appel des morts à enterrer a, en tous cas, été le plus fort et le lien avec moi s'est rompu.

Longtemps après, je pense encore que je n'ai pas su, de ma propre terre, insister dans cet entre-deux insoutenable.

Je pourrais parler de rencontres dont les souvenirs restent vifs par l'acuité des questions posées par les enfants ou le désarroi ambiant.

Souvenir d'**Ali**, petit malien de 5 ans quand je l'ai connu, capable de fuguer de chez lui pour venir au C.M.P. Dans le contexte d'un isolement strict avec sa mère, il était interdit de voir son père habitant dans la même cité.

Histoire de topographies familiales infernales avec des épouses successives, des séjours entre la France et le Mali au gré de décès et de haines déplacées.

Souvenir de **Souleymane** amené en consultation alors qu'il était en maternelle où « il n'arrivait pas à être élève » selon la formule consacrée. Sa mère, poursuivie par le ban et l'arrière-ban de l'institution scolaire, explose alors de rage « Chez nous, on accepte les

enfants comme ils sont. Je sais bien que Souleymane est toujours derrière les autres. Partout, il se met en arrière, il a toujours été comme cela »

À propos de « portage » d'enfant, de holding thérapeutique et d'invention, voici l'histoire de **Mohamed** que j'ai recueilli auprès d'Annie Timsit, selon la méthode que j'ai utilisée de témoignages indirects (peut-être pour ne pas être seule à faire le voyage africain)

Imaginez Mohamed, 7 ans, redoublant le C.P. Il arrive au C.M.P., timide, raide, bonnet et anorak bien enveloppant. « Je veux pouvoir lire des livres », il est direct et ferme sur ce point. Sa mère, analphabète, jamais scolarisée, parlant tout juste le français, est aussi réservée et décidée que son fils. Mohamed ne sait pas lire mais il a dans son sac à dos les 5 livres autorisés au prêt par la bibliothèque voisine.

Ils sont reçus par Annie, thérapeute expérimentée, avec une double formation d'orthophoniste et de psychologue analyste.

La maman lui dit que, à l'âge de 15 ans, elle a eu un enfant, un garçon qu'elle n'a « jamais porté » et qui a été élevé par ses grands-parents : « ça n'a pas été mon enfant ».

Mohamed est ainsi comme le premier enfant. Né après l'arrivée en France, seul avec une maman venue rejoindre son mari, mari évoqué comme un homme travailleur, gentil et aimé.

Annie installe un travail de récit et de lecture autour de petits livres de rien du tout...les albums de Dinomir. Dinomir est un géant, violet, pas beau, pas bien dans le coup, maladroit. Mais c'est lui dans le livre qui apporte les mots : garçon, maison, ville, point d'interrogation etc.

Annie apporte le livre de Dinomir, Mohamed suit le récit et les mots écrits. Tout à côté, sa mère ne lâche pas l'affaire. Quand Mohamed bute sur un mot, elle est si bien accrochée par la petite histoire qu'elle vient à la rescousse.

C'est ainsi que dans cette invention de nouage de supports, à 3 autour de Dinomir, Mohamed a été littéralement porté à la lecture. Je suis fière de toi s'entend dire Mohamed par sa mère. Son institutrice, elle, n'en revient pas !

Pour m'aider à réfléchir sur ce qui peut être saillant et intéressant à dégager de ces parcours d'enfants africains rencontrés dans nos enceintes, je suis allée interroger quelques-uns, quelques-unes, dans un C.M.P. voisin, à **Paris Belleville**, quartier réputé de tradition d'accueil des émigrés de tous pays et de tous continents.

J'ai rencontré assistante sociale, psychologues, infirmière, Monique, Annie, Laurence, Aubaine, Marie-Renée. Elles sont liées par un vif intérêt commun pour ces femmes africaines, mères d'enfants de la première génération d'émigration d'Afrique Noire.

Il a été beaucoup question d'enfants autistes ou psychotiques : normal, c'est le lieu pour ces enfants-là avec leur douleur d'exister qui pousse le langage.

Il a été question de comment ces mères, ces femmes sont touchantes. De l'écho de leur désarroi au point de l'exil intérieur des soignants engagés. De la force de leur parole quand, par exemple, une telle finit par saisir un lien entre l'enfant-problème et l'histoire familiale. La force de leur parole aussi quand telle autre, observant autour d'elle dans la salle d'attente, dit « c'est la France qui les rend malades ».

De ce groupe de soignantes thérapeutes, j'ai entendu des récits épiques où s'entremêlent des souvenirs de trajectoires d'enfants (beaucoup de garçons), des découvertes de tragédies familiales, des récits de traversées d'épreuves.

Il est dit la difficulté pour ces femmes de se découvrir débordées par un ou des enfants qui ne s'adaptent pas à la vie. Tout faire pour éviter cela, tout faire pour que l'enfant ne sorte pas du rang pour que la mère ne soit pas désignée, seule, responsable.

Pas facile pour une femme d'arriver à dire qu'elle a été mariée à 13 ans, qu'elle est la 3^e ou la 4^e épouse d'un vieux mari. Ou bien encore, pas facile pour une femme de dire qu'elle est la

fille d'un père qui a 40 enfants, qui l'a envoyée en France pour en recevoir de l'argent, avec interdiction de revenir au pays.

Le dire suppose, pour cette mère, cette femme, qu'elle s'est déjà « déployée », c'est-à-dire que son vécu a pris une autre consistance, qu'elle est devenue autre chose qu'une femme soumise.

J'ai entendu dire, toujours dans ce C.M.P. : « Ces femmes ont des ressources insoupçonnées, beaucoup de finesse, quand elles peuvent prendre appui. Elles sont belles ». Entendu dire aussi qu'elles ont beaucoup de reconnaissance pour le travail qu'on fait avec elles. « C'est comme une humanité qu'on prend à bras-le-corps », elles donnent alors à 200%. Se faire appeler « ma sœur »...

J'ai entendu raconter des initiatives, des moments d'audace de soignants pour trouver le moyen d'avoir accès à une certaine proximité :

- la règle d'une présence attentive à l'arrivée d'un nouvel enfant dans la famille.
- une histoire de pâtisserie à domicile : occasion de mettre la main à la pâte ensemble, de recettes échangées et de bien d'autres partages.
- une proposition de groupes de femmes (mères). Certains samedis matin, des échanges intenses, chargés. Les soignants, pourtant aguerris, en sortent épuisés.

Conclure ?

Il faut du temps pour que les malentendus se lèvent un peu, que de la confiance s'installe.

Le thérapeute doit être curieux, attentif à déplier les différents niveaux d'approche, et respectueux. Avoir pris le poids de la mesure de réalités inconnues. Beaucoup de temps. Accepter de ne rien comprendre. Accepter que l'étrange du symptôme s'intrique avec l'inconnu du lointain.

Du temps pour organiser les conditions d'un passage, juste un passage. Nommer quelque chose de là-bas, dans le même mouvement que se tisse quelque chose de nouveau ici pour elle-même, à cause de ses enfants.

Bibliographie

- (1) *TERRE NATALE*, exposition de Raymond DEPARDON et Paul VIRILIO, Fondation CARTIER, PARIS, 2008-2009.
- (2) *LA FRONTIÈRE INVISIBLE*, violences de l'immigration, Alice CHERKI, éd. Elema, 2006.

LA MATERNITÉ AU CŒUR DE LA FÉMINITÉ

L'enfant dans la psyché maternelle à la lumière de l'imagerie médicale et des représentations culturelles⁸.

*Camara NDEYE AWA CISSÉ**

Devenir-mère implique un processus psychologique et affectif caractéristique du genre féminin à un moment particulier de la vie d'une femme. Une gestation biologique et psychique donne lieu dans la psyché maternelle à une préparation de l'arrivée par anticipation d'un être qui va s'inscrire dans une lignée familiale, dans une réalité individuelle et partagée par le groupe social. Des représentations de l'enfant se forment dans la psyché maternelle. Elles constituent des fantasmes diurnes et nocturnes que viennent remanier l'échographie obstétricale. La formation des représentations maternelles a une dimension individuelle et culturelle. Une étude transculturelle des représentations maternelles (Camara, 2003) a démontré l'utilisation singulière des productions oniriques chez les femmes enceintes d'origine migrante.

Cette présentation livre ici une étude doctorale qui a eu pour objet l'analyse des représentations maternelles à travers les productions oniriques et les images échographiques. Une relation singulière lie le devenant mère à l'être qui est à l'intérieur d'elle. L'enfant dans la tête de la mère est aussi sous une autre forme l'enfant dans le ventre maternel. Cet enfant est l'objet de représentations et de préoccupations médicales, culturelles ou sociales.

Analogies des pratiques de soins auprès de la femme enceinte

On aborde des préoccupations maternelles et sociétales sous l'angle de l'étude des représentations populaires partagées par des individus d'une même culture. Ces représentations se retrouvent parfois en opposition avec les considérations médicales actuelles.

En effet, chaque femme grandit et s'est forgée une idée de ce qu'est le développement fœtal, et sera rapidement confrontée lors sa grossesse, à son propre vécu intérieur psychique et relationnel ainsi qu'aux réactions de son entourage.

Elle sera également soumise et devra adhérer à une surveillance médicale de son état et de la santé de son fœtus telle qu'elle sera pratiquée dans son pays de migration.

Les femmes qui composent notre étude sont originaires de deux continents différents sur les plans culturels et celui du développement économique.

Dans l'un, se perpétue une culture traditionnelle et dans l'autre, se développe une culture occidentale. « On appelle couramment « traditionnelles » des sociétés extra-occidentales

* Docteur en psychologie clinique

Psychologue clinicienne au Centre Hospitalier de Troyes

Services de gynécologie obstétrique, maternité et néonatalogie

¹ La structure élémentaire de l'image échographique est celle qui définit l'ensemble des images visuelles ou matérielles possibles relevant de la bonne santé du fœtus. De cette structure élémentaire formée par le signe et la figure, naissent des images complexifiées par le croisement d'images matérielles et de fantasmes du sujet : ce sont les structures complexes des images mentales.

comme celles de l'Afrique noire ou de l'Asie, par opposition à celles de l'Europe ou des Etats-Unis dites « modernes » et considérées comme des modèles, selon une vision hiérarchisée du monde et parfois teintée d'ethnocentrisme. » (Stork, 1999, p.128).

Il s'agit moins d'une différence entre ces sociétés que de similitudes car comme l'affirme Hélène Stork, toutes les sociétés sont traditionnelles, y compris celles d'Europe. Pour elle, les sociétés d'Europe peuvent être dites traditionnelles car elles ont leurs traditions, leurs systèmes de croyances, leur ethnothéorie au sujet des soins dispensés aux jeunes enfants, même si, dans ces pays, la puériculture est plus marquée qu'ailleurs par le discours médical. Les conceptions générales sur la grossesse et la naissance ont connu elles aussi des modifications tant au niveau des pratiques que des manières de penser. Cependant, il n'y a pas dans ces pays de discontinuité entre pratiques traditionnelles et pratiques modernes, pas davantage entre théories médicales savantes et recettes populaires. Elles coexistent dans les pratiques quotidiennes de soins et de prévention à l'égard de l'enfant. De plus, dans le discours d'hommes et de femmes impliqués dans un processus de parentalité, on constate la persistance des croyances ancestrales (Thillard, 2004).

Processus psychoaffectif de la grossesse

Devenir mère procède de la réalisation du désir d'enfant. Cette réalisation s'est toujours effectuée sur le mode culturel établi par la société.

La réalisation désir d'enfant peut donc se concevoir à partir d'un modèle issu du projet individuel ou de couple (tel est le cas des cultures occidentales) ou davantage s'inscrire dans la continuité de la lignée familiale (tel est le cas des cultures extra occidentales).

Quel que soit le modèle culturel, devenir mère implique un bouleversement psychologique et affectif chez la femme. C'est ainsi que dès les années 40, les contributions sont riches en réflexions et en observations sur la femme devenant mère. Ces études sont orientées vers l'exploration de l'expérience intérieure de la femme enceinte. Elles ont permis de formuler des concepts selon lesquels la grossesse est un moment évolutif fondamental du développement de l'identité féminine. On parle alors de crise, de changement, de transition.

Hélène Deutsch (1945) dans « *La psychologie des femmes* » souligne l'importance des facteurs psychiques et physiologiques dépendant des variations individuelles et culturelles. Bibring en 1961 développe le concept de crise maturative comme étape essentielle inhérente à la grossesse et à la naissance chez la femme. La grossesse marque alors un tournant irréversible dans le cycle vital de la femme. La femme enceinte revit les conflits des phases précédentes de son développement et, en particulier, des premières relations et identifications avec sa mère. Cette crise est comparable à celle de l'adolescence dans la mesure où elle s'accompagne de bouleversements hormonaux, sociologiques, neuropsychologiques, ethnologiques, qui contribuent à des aménagements, conscients et inconscients de la femme devenant mère.

La grossesse est aussi le moment où grâce à un état particulier de son psychisme que Monique Bydlowsky (1991) nomme « transparence psychique », des fragments de l'inconscient viennent plus aisément à la conscience.

La femme enceinte a alors facilement accès au vécu de son enfance et à la relation qu'elle a entretenue avec sa mère. Il se produit alors un mouvement de régression psychique qui la conduit à s'identifier à l'enfant qu'elle porte dans son ventre comme le bébé qu'elle a été autrefois.

L'enfant dans le ventre maternel est « rêvé ». Il est pensé dans des catégories de représentations que la culture met à disposition de chaque femme. L'enfant est dans ce cas « l'objet » mis en scène dans la satisfaction hallucinatoire.

L'enfant « rêvé »

Le rêve est une production de l'esprit pendant le sommeil. Ses modalités sont essentiellement visuelles et kinesthésiques. Il est essentiellement formé d'images. La formation et la mise en scène de ses images représentent une énigme que des sociétés et des disciplines comme la psychanalyse et l'anthropologie, de l'antiquité à nos jours ont essayé de résoudre.

Notre position est celle de l'anthropologie psychanalytique. Elle nous conduit à affirmer que le rêve est une manifestation d'un conflit inconscient habillé de symboles culturels dans un espace psychique clos. La culture met à la disposition du rêve et de la rêverie de tout individu des images avec leur sens symbolique partagé par les membres d'une même aire culturelle.

Il y a une symbolique attachée à certains contenus du rêve pendant la grossesse auxquels les femmes d'origine africaine accordent une grande importance. Nous avons suggéré dans notre étude que ces contenus puissent être unifiés au niveau manifeste ainsi qu'au niveau latent. Ainsi, dans une formation groupale ou une communauté partageant la même culture, les conflits psychiques peuvent s'exprimer avec des matériels de la dite culture et qui remonte au mythe fondateur.

L'attente d'un enfant constitue un événement entraînant dans l'entourage de la femme des productions oniriques communes ou partagées par les membres d'une même famille. Ces membres rêvent d'un enfant imaginaire, narcissique, œdipien, divin ou héroïque. Ils rêvent de monstres ou d'enfants morts. Et lorsque l'enfant paraît sur cet écran de l'appareil échographique, que peut-on dire des rêves ou des rêveries ?

L'échographie technique incontournable

Bien que les moyens techniques constituent une différence dans la prise en charge de la grossesse dans les deux continents, l'utilisation de l'échographie obstétricale en France introduit une rencontre visuelle dans le processus biopsychique que vit la femme enceinte.

Cette rencontre produit un bouleversement psychologique chez les devenant parents. En France, trois examens échographiques sont pratiqués pour la surveillance de la grossesse. Ces examens sont remboursés par la sécurité sociale. Ils sont habituellement prescrits à 12, 22 et 32 semaines d'aménorrhée (date des dernières règles) soit un examen par trimestre.

L'écran de l'échographe montre un fœtus dont le développement physique et la mobilité dépendent du terme de la grossesse. Il se passe une rencontre visuelle entre la future mère et le fœtus actuel que commente l'échographiste.

La première rencontre visuelle (à 12 SA) est riche en émotions et vecteur de fantasmes et de rêves ou de rêveries de la devenant mère. Si la présence d'un être à l'intérieur d'elle n'est signifiée que par les signes somatiques du début de la grossesse, l'échographie montre la réalité en images de cet être.

La deuxième rencontre a lieu à 22 SA. Cette deuxième échographie est attendue pour annoncer le sexe (parfois d'une confirmation de l'annonce faite au premier trimestre) et la normalité du fœtus. Cette échographie vient après celle (à 12 SA) qui détermine la morphologie précoce.

A la troisième échographie, les images deviennent familières pour certains parents. Cet examen est attendu pour déterminer le positionnement du bébé, son poids, ce qui peut constituer un facteur rassurant pour la femme enceinte et pour son accouchement.

Méthodologie de l'étude

Nous avons comparé deux groupes de population issues d'un pays de la France et de trois pays d'Afrique de l'Ouest unis par leur invariant culturel. Ce sont des femmes âgées de 20 à 40 ans, originaires de la France, du Mali, du Sénégal et de la Mauritanie. Elles ne présentent pas d'handicap physique ou mental. Leur grossesse se déroule sans pathologie grave. Ce sont des grossesses non gémellaires ni multiples.

A travers une interview semi-structurée l'IRMAG Interview pour les Représentations pendant la Grossesse (Ammatini, 1999), la passation du test de Rorschach et une histoire à compléter, nous avons étudié les représentations maternelles que peuvent sous-tendre les productions oniriques et les images échographiques. L'étude repose sur trois hypothèses. D'abord, la représentation maternelle s'appuie sur le modèle de la structure de l'image à savoir une perception des composants élémentaires préalables à la perception des composants complexes⁹. Ensuite, la rêverie s'élabore au premier trimestre de la grossesse. Enfin, l'importance des rêves dans la formation des représentations maternelles est dépendante de l'origine culturelle de chaque femme enceinte.

Résultats : Remaniement des représentations maternelles à l'épreuve de l'échographie obstétricale

Au delà du bouleversement psychologique et affectif de la grossesse, l'échographie joue le rôle de catalyseur des pensées maternelles. Elle est attendue dans un contexte d'anticipation consciente et inconsciente (production onirique) manifeste dans les représentations que soulève leur discours.

A partir de la rencontre visuelle, les images échographiques jouent le rôle de remaniement des représentations maternelles tout en laissant un triptyque d'images fœtales (le bébé rêvé, le fœtus actuel de l'échographie et l'enfant virtuel¹⁰). Une particularité distingue les deux populations. Elle porte sur l'enfant rêvé. Dans ce cas l'image échographique participe de manière singulière à la formation des représentations maternelles.

² La virtualité est un terme introduit par Sylvain Missonnier (2003) dans le contexte de la relation d'objet anténatale. Pour lui, l'enfant virtuel est une réalité psychique. Le virtuel est anticipation. Il réalise le désir, montre les angoisses. Il s'oppose à l'actuel.

³ *La représentation de perception anticipée* est la représentation que la femme enceinte attend de son fœtus. Elle est préexistante à la formation des représentations maternelles. Elle est imaginaire et fantasmatique. Elle est le représentant de la pulsion scopique dont le but est de rencontrer l'objet du désir œdipien.

La représentation de perception visuelle est issue de la symbolisation de l'image visuelle. Elle est la restitution que la femme fait de ce qu'elle a vu, entendu et senti à l'échographie. Les paroles de la femme enceinte, qui vient de passer un examen échographique, contiennent une description imagée. Elle emploie des qualificatifs pour décrire le résultat de la symbolisation de l'image échographique. Cette représentation contient par un jeu habile d'aménagements défensifs, des paroles du médecin et de l'entourage qui a assisté à l'échographie ou qui ont vu les images visuelles. Cette représentation s'accompagne d'affects qui, analysés, sont importants dans le repérage de la transformation psychique qu'a provoqué l'échographie.

La représentation de perception corporelle est quant à elle une représentation que tire la femme enceinte des mouvements fœtaux. De manière précoce, cette représentation se construit dès le premier trimestre à partir du lien que la mère fait entre les signes de la grossesse et ses rêves. Dans ce cas, cette représentation de perception corporelle participe à la construction de la représentation anticipée. En effet cette représentation peut exister avant l'échographie du premier trimestre.

Selon les femmes, on distingue celles qui forment leurs représentations à partir de leurs productions oniriques et celles qui le font à partir de leurs attentes personnelles. Les représentations chez les femmes d'origine africaine sont faites d'anticipation par le biais des productions oniriques et d'attente de réalisation de la volonté divine. Dans ce cas l'image échographique est représentée comme le moment d'une simple consultation médicale de la mère et de l'enfant.

Dans le discours, la représentation que la femme enceinte a de son enfant est une image complexe regroupant beaucoup d'éléments qui concourent à sa formation. Cette image est pour nous représentée dans les productions oniriques. Et c'est dans l'étude de ces productions que nous avons essayé de saisir son essence.

La rêverie maternelle au premier trimestre de la grossesse

C'est dans l'analyse des rêveries que nous voyons l'image que la mère a de son enfant (le fœtus actuel ou l'enfant virtuel). Cette image n'est pas une photo représentant un bébé, et dont les particularités et les formes physiques sont données par l'imagination maternelle. En réalité, il s'agit d'une image comprenant deux personnes : l'enfant virtuel ou le fœtus actuel et la mère à laquelle s'ajoutent d'autres personnes membres de la famille.

En effet les personnes constituant cette image sont des personnes que la femme a incluses dans la narration de l'histoire de sa grossesse. Ces personnes sont plus ou moins importantes dans l'étayage dont la femme a besoin pour les premiers mois qui succèdent à son accouchement.

Françoise pense à l'ensemble de sa famille qui a été partie prenante du projet de grossesse.

Alexandra quant à elle pense à son conjoint, sa mère et sa belle mère.

Lorsqu'il est demandé aux femmes enceintes de préciser l'image qu'elles se font de leur enfant, cette image a des attributs narcissiques chez les femmes d'origine française alors que la plupart des femmes d'origine africaine se réfugient dans leur ignorance d'un bébé qui n'est pas encore venu au monde et dont les caractéristiques dépendent de la volonté divine.

Les femmes d'origine française mettent en scène dans leurs rêveries un enfant né, lorsque l'élaboration de leur angoisse le leur permet.

Les femmes d'origine africaine parlent davantage d'elles-mêmes que de l'enfant à venir. Dans les rêveries, elles parlent d'elles-mêmes et de l'issue de la grossesse alors que l'enfant est le sujet du rêve.

Le fait que les femmes parlent de cet enfant dès le premier trimestre en répondant à « l'histoire à compléter » montre que l'enfant existe dans la tête de la mère sous la forme d'un fœtus dont la femme souhaite qu'il ait un bon devenir ou dans la représentation d'un enfant déjà né. Dès lors la rêverie maternelle s'organise autour de deux types d'objets : un objet réel actuel correspondant au fœtus dans le ventre de sa mère et un objet virtuel correspondant à un enfant déjà né ou d'âge supérieur aux premiers mois d'un nourrisson.

Le rêve et la rêverie sont les deux formes de représentations qui montrent l'image d'un enfant dans ses interactions avec sa famille.

Ces images nous renseignent sur les angoisses et les désirs qui entourent la venue d'un enfant. Ces angoisses tournent autour du sexe de l'enfant et des premières relations mère-enfant et mettent en exergue la capacité de maternage de la femme. Le rêve est davantage tourné autour du sexe de l'enfant.

Le rêve se produit dans les deux groupes de population. Cependant, il n'a pas la même fonction dans l'un ou l'autre groupe de femmes.

Primauté des images oniriques ou des images échographiques dans la formation des représentations maternelles

A l'analyse des résultats, nous avons remarqué que l'image que la mère donne de son enfant est parfois identique à ce qu'elle décrit d'elle-même quand elle était enfant.

La représentation qu'elle a de son enfant, se fait sur une identification de sa personne dans sa prime enfance. Cette image est ce qu'elle espère que son bébé sera. Car la femme enceinte idéalise l'enfant qu'elle a été.

L'image que les femmes ont d'elles-mêmes dans leur enfance s'inscrit dans la relation avec leurs parents. On peut dire que la femme enceinte se voit comme un bébé n'ayant pas causé de désagrément à sa propre mère ou à ses parents, et donc espère que son enfant en fera autant. Cette position de la femme enceinte est très explicite du point de vue de la dette de vie. Cependant ces femmes redoutent une identité de tempérament entre l'enfant à venir et leur dernier nourrisson. Ainsi c'est autant le tempérament de l'enfant qui est redouté que la répétition d'un sentiment d'échec dans le maternage.

Les femmes d'origine africaine sont anxieuses et désemparées lors de leur énième grossesse et se replient davantage sur elles-mêmes. On peut dire que la migration favorise aussi cette importance accordée aux rêves.

En effet nous avons remarqué l'importance des productions oniriques et leur impact dans les représentations maternelles particulièrement chez les femmes d'origine africaine. Ces représentations, d'après le cas de ces deux femmes, ont un impact tel que :

Pour **Sira**, elle est inéluctable dans la définition du sexe de son enfant.

Dans le cas de **Néné**, l'interprétation du rêve donne la représentation d'une mère avide et la croyance à cette représentation est décisive dans la menace d'accouchement prématuré qu'a vécu **Néné**.

Pour **Mariama**, l'interprétation du rêve et le sexe de l'enfant qu'elle en tire provoque le doute quant à la croyance à l'annonce que le médecin lui a faite concernant le sexe de son enfant.

Chez les femmes d'origine française, nous ne remarquons pas la même incidence des rêves sur les représentations maternelles. Leurs représentations sont davantage formées à partir de leurs représentations anticipées et visuelles auxquelles s'ajoutent leurs représentations de perceptions corporelles.

Conclusion

La grossesse est le moment du développement d'un être en soi, un moment où la femme est confrontée à sa propre altérité : cet être est un autre en soi. Le soi est comme l'intime intimité qui se réfère au vrai self et à la personnalité. Donc, ce serait un autre reconnu dans ses caractéristiques propres et qui, porté par la mère, est appelé à vivre dans le monde.

La future mère appréhende l'enfant à venir à partir de ses propres rêveries. Les femmes d'origine migrante introduisent l'interprétation traditionnelle de leur rêve dans l'imaginaire construit autour de l'enfant intérieur.

Il y a certes une importance accordée au rêve dans son pouvoir prémonitoire. Le rêve, à l'image de la société antique est comme le moment où l'âme vagabonde. La prémonition des rêves a d'autant plus sa pertinence qu'il réitère le concept du double et rappelle la croyance traditionnelle de l'existence ex-utéro du bébé à venir.

L'interprétation du rêve a aussi une double fonction. Elle permet de rendre manifeste des contenus inconscients. Le rêve manifeste l'inscription de l'enfant à venir dans la culture et la lignée d'appartenance de la femme. Il constitue ainsi une aire de transition où s'élabore l'imaginaire maternel, une transmission transgénérationnelle et intergénérationnelle. Du pays

d'accueil où se trouve la femme migrante, le rêve est chargé, dans le cadre de l'anticipation de l'arrivée de l'enfant, de faire exister le pays d'origine.

La consultation thérapeutique parent-fœtus est une approche innovante dont le but est la prévention des avatars de la dyade mère-bébé et à fortiori de ceux de la triade père-mère-bébé (Missonnier, 2003). L'étude que nous avons menée cherche à introduire la dimension culturelle dans l'écoute que peut avoir le clinicien auprès d'une femme vivant un remaniement psychoaffectif consécutif à la grossesse. Il s'agit alors d'analyser au cours de la grossesse, chez le sujet dont le moi subit les injonctions d'éléments culturels à travers les imagos parentales, les interférences d'éléments de la culture d'accueil.

Bibliographie

Ammaniti M., Candelori C, Pola.

M. et Tambelli R. *Maternité et grossesse*, Paris, P.U.F, 1999.

Camara N. A. C. *Les représentations maternelles dans le cadre échographique : une étude transculturelle*. In 6^e colloque de Médecine et Psychanalyse, *La fabrique des bébés*. Études freudiennes, p .290-301, 2003.

Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S. et al. *A study of psychological processes in pregnancy of the earliest mother-child relationship*. *The Psychoanalytic Study of Child*, 16, 9-27, 1961.

Bydlowski, M. *La transparence psychique de la grossesse*. Études Freudiennes. 32, 135-142, 1991)

Deutsch, H. (1945). *La psychologie des femmes*. Tome 2, *Maternité*, PUF, Paris, 1949.

Freud, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris, PUF, 2002.

Kaës, R. (2002). *La polyphonie du rêve*. Paris, Dunod.

Stork, H. E. *Introduction à la psychologie anthropologique*. Paris, Armand Colin, 1999.

Missonnier, S. et Lisandre, H. (Ed.), *Le virtuel. La présence de l'absent*. Paris, EDK, 2003.

Missonnier, S. *La consultation thérapeutique périnatale. Un psychologue à la maternité*. Toulouse, Erès, 2003.

Vavasseur, C. Point de vue échographique de la vie fœtale. In : J. Bergeret, M. Soulé, B. Golse, *Anthropologie du fœtus*. Paris, Dunod, 200

« UN CORPS POUR DEUX »

Mères-filles, une impossible séparation ?

*Elisabeth ROUCHON**

Sous ce titre un peu énigmatique, je me propose d'aborder les difficultés que nombre de femmes rencontrent dans le processus de séparation d'avec leur mère et les effets pathogènes que cela entraîne sur leur accès à la maternité. C'est à la fois leur capacité à enfanter et leur aptitude à devenir créatrices sur un terrain symbolique (intellectuel ou artistique) qui se trouve souvent entravée.

De quelle nature est donc ce lien mère-fille (dans nos sociétés occidentales contemporaines) pour exercer un tel pouvoir sur le corps et la psychè de certaines femmes ?

De quels événements traumatiques la clinique périnatale est-elle ponctuée et à quelles souffrances fréquemment encryptées le psychanalyste est-il confronté sur ce terrain ?

Enfin, quelles seraient les conditions d'une véritable transmission pour que chaque fille s'acquittant de « sa dette de vie » à l'égard de sa mère puisse devenir sujet de sa propre fécondité ? Ce sont ces trois points que nous allons examiner successivement.

Pour mettre en évidence la singularité de ce lien entre mère et fille, tournons-nous vers la littérature contemporaine où se multiplient depuis quelques années les publications (Récits autobiographiques ou romans) portant sur ce sujet. J'y ai sélectionné deux brefs passages emblématiques, dans - *La dernière leçon*- de Noëlle Châtelet : « Nous serons toujours une, plus jamais deux, enfin dans la fusion sans défusion, puisque jamais je n'accoucherai de toi. Tu es en moi pour toujours. » (p. 69). C'est ainsi que la fille dit à sa mère qu'elle la porte comme elle a été elle-même portée, dans une sorte d'emboîtement des corps.

Dans- *Des phrases courtes ma chérie*-, Pierrette Fleutiaux écrit : « Parfois il me semble que ma mère et moi portons une marque indélébile. (...) Nous venons d'un pays où notre chair ne faisait qu'une, et nous avons été déportées ensemble, antérieurement à nous-mêmes, vers le pays de la division, de la querelle et de la mort, nous avons en commun un traumatisme étrange, que personne ne peut partager. » (p. 76).

Il s'agit bien là, par des métaphores dont le lyrisme n'a d'égal que la violence, de traduire l'envahissement du territoire intime de la fille par l'imago maternelle ...

La psychanalyse révèle en effet, singulièrement dans les travaux de Paul-Claude Racamier, que le bébé fille est l'objet d'une séduction narcissique de la part de sa mère que lui-même exerce en miroir sur celle-ci, à tel point que se crée un véritable couple incestuel. Le soi infantile de la mère projette son ombre sur la petite fille comme celui de sa propre mère s'était projeté sur elle.

Cette fusion-confusion affleure dans un mimétisme réciproque : dans leurs jeux, les petites filles miment leurs mères et mettent en scène, largement encouragées par celles-ci, le processus inconscient d'identification. En retour, les mères imitent leurs filles, en cédant par

* Psychanalyste, agrégée de philosophie, Angers, France.

exemple aux injonctions d'une marque de prêt-à-porter qui se propose d'habiller dans un style unique (identique) « mères et filles ».

Plus profondément la relation précoce à la mère fait trace dans le psychisme et dans le corps de la fille en y imprimant l'empreinte de la mère archaïque préœdipienne. On se trouve confronté à ce que l'on pourrait concevoir comme un continuum d'être, effaçant les générations, une sorte de « *materia femina* » dont participeraient tous les individus de sexe féminin. Ou encore, plus radicalement, on serait renvoyé à ce qu'une psychanalyste contemporaine, Brigitte Mytnik dans son ouvrage - *IVG, fécondité et inconscient - l'absence et la chair*- se risque à nommer « la Magmamatrice », définie comme « fantasme partagé d'une matrice commune indifférenciée chez les femmes. » (p. 242). Il s'agit d'une représentation inconsciente collective que chaque femme garde profondément enfouie et qui l'articule sur une fécondité possible traversant son propre corps. Ce sont les avatars de la confusion des histoires de maternité entre mère et fille qui réactivent ce fantasme et le font entrer en résonance avec un autre (qui est sans doute le même), celui de la parthénogénèse : les femmes n'auraient pas besoin des hommes (ou si peu) puisqu'elles pourraient se reproduire entre elles ! À la consanguinité et à l'identité sexuelle s'ajoute l'enfantement de l'une par l'autre portant le cumul de l'identique à son paroxysme. Ce qui fait dire à une autre romancière, Éliette Abécassis dans l'ouvrage qu'elle vient de consacrer aux deux icônes de la mode Sonia et Nathalie Rykiel, - *Mère et Fille, un roman*-, « toutes les filles viennent d'une femme, c'est à dire toutes les femmes viennent d'elles-mêmes, se reproduisent, se copient, s'engendrent, se cooptent, se pérennisent. » (p. 157).

Quels effets un tel « nouage inconscient » peut-il produire sur la fille lorsque celle-ci entre dans son propre devenir mère, c'est à dire lorsque vient pour elle le temps de concevoir et d'enfanter ?

De la stérilité à la mort du fœtus in utero, des fausses couches spontanées qui se multiplient au recours répété aux interruptions volontaires ou médicales de grossesse, la clinique périnatale est le théâtre de ces événements dramatiques qui génèrent des souffrances psychiques intenses, débordant les capacités d'intégration du Moi. Et, derrière le vécu intrapsychique de ces catastrophes, toujours se profile un même visage : celui de la mère. Ce sont des paroles d'analysantes que je citerai ici : « Quand j'ai avorté, j'ai eu l'impression que j'avais tué ma mère. ». « Il faudrait que j'arrive à expulser ma mère, à accoucher d'elle. Elle a envahi tout mon dedans ; il n'y a plus de place pour un bébé dans mon ventre. » Ou encore, un rêve d'une femme qui a mis au monde un bébé mort dans son utérus : « J'ai vu l'intérieur de mon ventre ; il était comme une tombe...c'était, je l'ai reconnu, le caveau de ma grand-mère. » (La mère de sa mère, morte en couches).

De telles paroles n'émergent évidemment qu'à l'issue d'un long travail d'analyse dont l'enjeu est de lever la chape de silence (la pierre tombale) sous laquelle sont, bien souvent, enfouis les événements énumérés et les affects qui s'y rapportent. La mise au monde du bébé mort par une très jeune femme ayant été assortie de la remarque de l'entourage et du médecin : « Vous en aurez d'autres (enfants) ! ». Le travail de deuil s'avère alors impossible et le recours à la mère idéalisée supposée être la seule capable d'y entendre quelque chose de cette souffrance vient renforcer le symptôme. Le lien se resserre jusqu'à la ligature et « l'ombre de la mère tombe sur la fille » qui peut entrer en mélancolie.

Comment le psychanalyste (surtout s'il est une femme) peut-il se positionner afin que s'accomplisse un véritable processus de dé-liaison dans la cure ? La métaphore du « corps pour deux » qui figure dans le titre de cette communication est empruntée au - *Théâtre du corps* - de la psychanalyste Joyce McDougall.

Cette dernière l'utilise pour parler du transfert (et de son propre contre-transfert) dans la cure d'une patiente psychosomatisante qui confond le visage de son analyste et le sien (ce qui

arrive à l'un est vécu comme affectant l'autre). Ce transfert est qualifié d'osmotique et vient reproduire dans la cure la fusion-confusion avec la mère c'est à dire « l'interdiction fantasmée de s'individualiser, de quitter le corps-mère, créant ainsi un corps combiné à la place du corps propre, corps-monstre que la « psyché » essaie de faire parler ». (p. 179). L'indistinction des territoires intimes vient obturer la possibilité pour ces femmes de vivre leur propre fécondité. L'analyste en position d'« arrière-mère » pour reprendre la belle image d'une patiente de Pierre Fédida, va offrir le creux de son oreille pour recueillir et non capturer ce qui tente d'émerger dans l'espace ouvert qui le sépare de la patiente sur le divan. Cette ouverture qui permet de laisser aller et venir les affects qui étaient gelés, maintenus dans le confinement de la non séparation, ne peut opérer que si les interprétations sont elles-mêmes comme en retrait : trop nombreuses, elles font revivre la mère toute-puissante (à la fois aimée et haïe) qu'il s'agit d'éloigner, inexistantes, elles reconvoquent la mère désaffectée. Les modalités de l'interprétation seraient aussi à prendre en compte : quand les souffrances s'expriment par les cris et les gémissements, par les silences traversés d'images fulgurantes, c'est peut-être la voie des métaphores qu'il convient d'explorer, les métaphores inventées, inédites, qui sont comme le corps des mots ou leur chair, la matrice souvent oubliée de toute signification. Le travail de l'analyste rejoindrait alors pour une part celui du poète ou du musicien qui est d'entrer en résonance avec la vibration des affects et non d'élaborer une interprétation explicative (que lui suggère son étayage théorique conceptuel) qui risquerait d'être réductrice. Il s'agit aussi parfois d'accepter de se risquer sur le terrain mouvant des hallucinations pour accompagner celles en particulier qui ayant rencontré dans un même lieu intérieur celui de leur propre ventre, en un même moment, le vif et le mort, sont devenues (pour reprendre une image du poète Rainer Maria Rilke) des « enfanteurs de la mort » ...

Resterait à élaborer, sur le terrain de l'anthropologie philosophique, le troisième point qui ne sera, ici, qu'esquissé. Si beaucoup de femmes – de plus en plus ? – sont prises au piège de ce lien d'emprise de la mère archaïque, c'est que les hommes ont été, par les mères réelles de ces mêmes femmes, mis en position marginale (hors-jeu), comme écartés de ce qui concerne la fécondité une fois leur fonction de géniteurs accomplie et aussitôt occultée. Si d'autres femmes réussissent à développer et à faire aboutir leurs capacités à l'enfantement sur tous les terrains et pas seulement celui de la maternité biologique, c'est qu'elles ont reçu de leurs aînées (mères et grand mères maternelles) une véritable transmission. Certes, le don de vie est le premier que nous fassent les mères et elles le tiennent de leur propre mère, mais la vie donnée ne peut prendre sens et forme que si elle s'incarne dans un sujet, c'est à dire un être séparé, capable d'affronter sa propre différence donc de s'ouvrir à l'autre (y compris l'autre sexe qui est partie prenante de l'aventure de la procréation et plus largement de la création) et à l'à venir. Si toute naissance est « un miracle » comme l'affirmait la philosophe Hannah Arendt, c'est en ce qu'elle est le surgissement du nouveau et non la répétition du même, c'est-à-dire un « initium », un commencement. Or il ne peut pas y avoir de commencement dans l'empire du même qui scelle le destin du féminin. La mère en effet n'y opère pas le retrait nécessaire ou plutôt y refuse la perte qui seule laisserait à la fille la place pour que s'inaugure son existence de femme et le choix de son propre chemin de fécondité.

En ce sens, ce n'est pas la séparation qui est angoissante, c'est l'impossibilité de parvenir à se séparer car elle nous prive de la rencontre de l'Autre y compris bien sûr de l'Autre en nous-mêmes.

Bibliographie

- Éliette Abécassis, *Mère et fille, un roman*, Paris, Albin Michel, 2008.
- Monique Bydlowski, *La dette de vie ; itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF (1997).
- Noëlle Châtelet, *La dernière leçon*, Paris, le Seuil, 2004.
- Pierre Fédida, *L'arrière-mère et le destin de la féminité*, in psychanalyse à l'université, t. 5, n° 18, mars 1980.
- Pierrette Fleutiaux, *Des phrases courtes, ma chérie*, Actes Sud, 2001.
- Brigitte Mytnik, *IVG, fécondité et inconscient - l'absence et la chair*, Ramonville Saint Agne, Erès, 2007.
- Paul-Claude Racamier, *L'inceste et l'incestuel*, Paris, éditions du collège, 1995.
- Marie José Soubieux *Le berceau vide- deuil périnatal et travail du psychanalyste*, Ramonville Saint Agne, Erès, 2008.
- Collectif sous la direction de Jacques André, *Mères et filles, la menace de l'identique*, Paris, PUF, 2003.
- .

COMMENT VIVRE SA SEXUALITÉ EN TERRE ÉTRANGÈRE ?

Fall Lamine, Diouf Mamadou Lamine*, Sy Ousmane**, Sylla Aïda**,
Thiam Mamadou Habib**, Sylla Omar**, Gueye Momar*****

INTRODUCTION

Selon Hesnard, la différence morphologique entre les sexes ne fait pas de doute, l'appareil génital mâle est extériorisé, pénétrant tandis que l'appareil féminin est intériorisé, caché, et présente les caractéristiques d'un organe réceptif, « entièrement secret » [A. Hesnard, 1959].

Il est également admis que les modes d'assouvissement des désirs sexuels (siégeant d'abord dans des zones érogènes disséminées et ensuite plus localisées), évoluent vers une génitalisation progressive avec la satisfaction naturelle dans les « rapports hétérosexuels » [Ajuriaguerra J.de, 1970].

Au cours de la morphogenèse, la différenciation du tractus génital féminin apparaît comme un phénomène passif selon les travaux de Jost et la différenciation des organes génitaux externes masculins est encore le phénomène actif [Ajuriaguerra J.de, 1970]. Cette notion de différenciation suppose une unité fondamentale des deux sexes à l'origine. Ce qui se retrouve dans la notion d'ambisexualité avec des points de références variables : mythologiques (Adam dont la séparation fut la conséquence du péché originel), sociologiques (travestissement au cours de cérémonies rituelles), comportementaux (rites d'initiation affirmant la virilité masculine ou la féminité), hormonaux, cytologiques). Pour Gregory Maranon, « la féminité est une étape intermédiaire entre l'adolescence et la virilité ; la virilité étant une étape terminale dans l'évolution sexuelle. Tout homme doit passer par une phase de féminité plus ou moins marquée. Toute femme, si son cycle vital s'accomplit entièrement, voit à la fin de son évolution sa féminité s'affaiblir et les indices de virilité surgir des ruines de celle-ci. ».

Dans la suite de cet exposé, nous nous intéresserons particulièrement au transsexualisme et à l'homosexualité. En effet, le premier cas concerne une jeune qui montre un dégoût de certains de ses caractères sexuels secondaires avec le besoin de transformation de son apparence sexuelle. Le second cas est celui d'un jeune qui montre une attirance plutôt vers les jeunes du même sexe, malgré un caractère voilé voire dénié de ce désir.

Nous avertissons d'emblée que c'est moins les diagnostics que les interactions et les questions suscitées par ces manifestations de la sexualité dans un contexte particulier qui nous intéressent. Avant d'exposer les cas cliniques dont il est question, nous décrirons d'abord brièvement le cadre du séjour de rupture.

Ensuite, nous ferons quelques rappels sur le développement de l'identité sexuée et ses vicissitudes. Nous discuterons enfin les cas cliniques au regard des interrogations des éducateurs et de nous-mêmes.

* * Pédiopsychiatre, CHNU de Fann, BP 16385 Dakar Fann, lamzobe@yahoo.fr

** Psychiatre, CHNU Fann, Dakar

*** Psychiatre, Chef de service, CHNU Fann

Cadre du séjour de rupture à Mbour

Le lieu de vie “*Vivre ensemble*” en France fut créé en 1992 dans le département de La Sarthe. Il accueille des adolescents en difficulté. En 2001, le projet sénégalais de séjours de rupture « *Vivre ensemble* » à Mbour, au Sénégal, est lancé. Il reçoit l’agrément des autorités françaises en 2002. Le centre est un ancien campement touristique désaffecté et réaménagé pour les besoins du projet. Il y est associé une pouponnière, un an après. C’était un lieu typique d’un village de brousse constitué par une série de cases destinées aux logements ainsi qu’à l’administratif, aux activités de vie et d’animation, aux ateliers de menuiserie, de plomberie, aux élevages de poules, de canards... Depuis peu les cases sont en train de se transformer en bâtiments durs, ce qui augure du désir de pérennité des projets. La ville de Mbour représente une des plus grandes destinations touristiques du Sénégal. Elle est située à près de 80 km de la capitale dakaroise. C’est une ville modeste entourée de nombreux villages marqués par la pauvreté. En dehors du tourisme, les principales activités sont la pêche artisanale et l’agriculture.

Le personnel du centre à Mbour est essentiellement autochtone. La responsable d’origine française fait le lien entre les jeunes et les autorités françaises ou sénégalaises. Elle tente d’offrir, aux jeunes quotidiennement, une écoute différente plus tournée vers l’étayage et le soutien affectif que vers la répression et la morale. Son surnom de « Mamy » résume ainsi sa position de matriarche bienveillante aussi bien pour les jeunes en séjour de rupture que pour les bébés de la pouponnière. Dans le même ordre d’idée, le coordinateur et trésorier du centre se fait appeler « Tonton ». Ce couple parental (au deuxième degré) n’est en principe pas directement impliqué dans le suivi éducatif, mais représente en outre l’autorité suprême. Une consistante équipe d’éducateurs spécialisés et d’« encadrants » (une vingtaine) dirigée par un responsable éducatif veillent au grain sur le comportement des jeunes et l’application du règlement intérieur. Diverses réunions de régulation faisant parfois intervenir un pédopsychiatre se tiennent régulièrement.

A « *Vivre Ensemble* » à Mbour, ce sont des séjours de 9 mois qui sont le plus souvent proposés à des jeunes qui semblent avoir épuisé en France tous les recours pour mettre fin à des récurrents conflits avec la loi ou à des situations de danger que ni leur famille, ni les structures étatiques et organisations associatives n’ont permis d’éviter. Lors de leur séjour, les jeunes n’ont droit qu’à un contact téléphonique par mois vers la France. Ils n’ont pas accès à Internet mais peuvent correspondre avec leurs proches par courriers postaux.

Des règles de vie telles que le respect de soi et des autres, le respect de l’environnement, le respect des lois, le respect de sa parole et de ses engagements et des valeurs culturelles locales, de la liberté, de la tolérance, de la justice, de la solidarité... constituent un cadre de référence. Au cours de leur séjour, ils auront tous à réaliser un stage dans la pouponnière du centre et de nombreux chantiers dits humanitaires. Ce qui est bien apprécié par la majorité des jeunes.

Les sanctions sont souvent décidées en équipe et enregistrées dans un « livre des sanctions ». Les punitions mettent une limite aux éventuels débordements du jeune et lui offrent la possibilité de réparer sa transgression vis-à-vis de l’institution mais aussi de comprendre et d’assumer les conséquences de son comportement. Les encouragements, sous forme de reconnaissance symbolique des efforts d’un jeune une fois par semaine et une fois par mois, consistent en la nomination solennelle comme « jeune de la semaine » ou « jeune du mois » et à l’invitation dans un restaurant de type européen où le jeune va dîner avec un membre de l’équipe éducative. Il peut s’agir aussi de l’accession à un stage en dehors du centre ou d’un week-end au domicile d’un membre de l’équipe.

La construction de l'identité sexuelle chez l'enfant et à l'adolescence

A la naissance d'un enfant, la première question qui se pose est de savoir s'il s'agit d'un garçon ou d'une fille.

La notion d'identité sexuée recouvre le sentiment d'appartenir à un sexe et l'appropriation des caractéristiques définies culturellement qui lui sont reliées [Le Maner, 1997]. Ainsi si l'identité sexuée est attribuée d'office par les caractéristiques anatomiques, c'est dans le rapport à l'autre, dans la rencontre de l'altérité qu'elle s'édifie. Par ailleurs, le sentiment d'appartenance est généralement pluridimensionnel : groupe social, groupe religieux, groupe sexué, groupe ethnique, groupe professionnel... Dans les formations sociales les plus archaïques, cette appartenance est fortement inculquée, souvent de façon très violente. Les rites d'initiation, qui symbolisent cette inscription sociale de l'individu, passent fréquemment par l'imposition d'épreuves sévères. Clastres a montré que les « écritures corporelles » que comportent souvent ces rites constituent un violent marquage social des membres du groupe, dans des conditions qui relèvent de la torture instituée et généralement perçue comme la « véritable » entrée dans la société [Stoller, 1989]. Il est toutefois évident que les sentiments d'appartenance sont cultivés bien avant cette entrée officielle dans la vie sociale adulte et ses systèmes d'appartenance. L'identité sexuée s'affirme au cours de l'évolution par le processus de l'identification à travers les personnes qui sont l'objet des pulsions, identification qui s'organise et organise le Moi par le mécanisme de l'introjection. Selon M. Mahler c'est par le jeu des imitations et des identifications successives que l'individu acquiert son autonomie et son identité sexuelle. En effet, dans le cadre de la famille et de la culture, un style particulier de relation détermine plus ou moins tôt cette identité qui doit être vécue et ressentie comme telle, mais aussi partagée par les autres. Par ailleurs, l'entourage joue avec l'enfant et l'adolescent l'ambiguïté de ses propres tendances et de ses propres désirs. Il projette ses revendications sexuelles ou sociales particulières.

D'après Rocheblave-Spenlé A.M., la morphologie représente pour le sujet et pour son entourage une donnée fixe qui intervient dans l'élaboration du comportement et dans l'expérience psychosociale [Rocheblave-Spenlé A.M.]. Le sujet confère alors certaines valeurs à son image du corps qui le conduit à l'accepter voire à l'accentuer ou au contraire à la rejeter ou la nier selon l'idéal qu'il s'est créé. Pour R. J. Stoller " le terme identité de genre renvoie au mélange de masculinité et de féminité dans un individu, ce qui implique que l'on trouve et la masculinité et la féminité chez chacun, mais sous des formes différentes et à des degrés différents. [Stoller R.J., 1989]. L'intérêt du concept d'identité de genre se révèle devant la constatation que certaines personnes peuvent éprouver psychologiquement un décalage par rapport au sexe qui leur a été assigné biologiquement. Les sujets se définissent cependant prioritairement en tant que femme ou homme dans la mesure où la féminité ou la masculinité joue un rôle prépondérant dans la constitution de leur personne, en fonction des repères sociaux les aidant à se constituer en tant qu'individu masculin ou féminin. Stoller affirme ainsi que " le sexe et le genre ne sont pas nécessairement liés. Il s'agit donc de se forger soi-même sa propre identité en la faisant reconnaître comme telle par notre entourage en fonction de ce qu'on ressent et non en fonction de nos prédispositions corporelles pour l'un ou (et) l'autre sexe. Notre quête d'une identité sexuelle apparaît ensuite d'autant plus brouillée qu'elle s'accompagne d'une quête de notre choix d'objet sexuel.

Freud, déjà à son époque, dénonce cet amalgame entre l'identité de genre (féminin/masculin) et l'identité sexuelle se situant au niveau de notre sexualité. [Freud S., 1920 ; 1973]

Il y a donc selon lui trois types de composantes (pas forcément liées entre elles) qu'il faut prendre en compte pour le problème de l'identité sexuelle : les caractères sexuels somatiques (hermaphrodisme physique), les caractères sexuels psychiques (position masculine/féminine) et le mode du choix d'objet.

Dans *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, il écrit qu'il est indispensable de se rendre compte que les concepts de "masculin" et de "féminin" dont le contenu paraît si peu équivoque à l'opinion commune, font partie des notions les plus confuses du domaine scientifique. Il ajoute que chaque individu présente un mélange de ses propres caractères sexuels biologiques et des traits biologiques de l'autre sexe. Freud aborde la question de la bisexualité à partir d'études sur l'hystérie. En effet, il est établi que "chez tous les névrosés (sans exception), on constate dans l'inconscient des velléités d'inversion, des tendances à fixer la libido sur une personne de leur sexe [Freud S., 1905]. Ceci prouve selon lui que "la constitution supposée bisexuelle de l'être humain se laisse saisir avec une particulière clarté par l'analyse des psychonévroses [Freud S., 1908]. Quant au choix de l'objet sexuel, pour Freud, il demeure déterminé par des circonstances difficilement appréciables. [Freud S., 1920]

Au cours du développement psychosexuel, l'on peut reconnaître d'après S. Freud que l'organisation sexuelle se fait à partir d'une organisation phallique. Avec des concepts tels que l'angoisse de castration et l'envie du pénis, Freud a placé le problème de la masculinité et de la féminité au centre de sa théorie. Il voyait dans l'état de mâle et la masculinité les états primaires et les plus naturels. Lacan à sa suite développe l'hypothèse selon laquelle la libido serait de nature masculine, regroupée et unifiée sous le primat du Phallus et de la loi du Père, qu'elle se manifeste chez l'homme ou chez la femme.

La présence du pénis chez le garçon associe la menace de castration à ses désirs (interdits), tandis que chez la fille, son absence entraîne un sentiment d'infériorité et le complexe de castration (envie du pénis, sentiment de manque ou de perte, avec ou sans culpabilité). Ainsi, le complexe d'œdipe chez le garçon succombe au complexe de castration tandis que chez la fille, il est rendu possible et promu par le complexe de castration [Ajuriaguerra].

Selon Simone de Beauvoir, « on ne naît pas femme : on le devient » et « c'est l'ensemble de la civilisation qui élabore ces produits intermédiaires entre le mâle et le castrat qu'on qualifie de féminin. » et ailleurs « en effet, l'homme représente aujourd'hui le positif et le neutre, c'est-à-dire le mâle et l'être humain, tandis que la femme est seulement le négatif, la femelle. Chaque fois qu'elle se conduit en être humain on déclare donc qu'elle s'identifie au mâle. »

Il convient de distinguer les séries complémentaires mâle/femelle et masculin/féminin. Le premier couple d'opposés (mâle/femelle) est déterminé par les forces biologiques qui fixent l'assignation d'un sexe à la naissance. Il conditionne le noyau d'identité de genre, qui par définition est exclusif : mâle ou femelle. Le second couple (masculinité/féminité) renvoie davantage à une position intrapsychique, subjective, qui, elle, n'est pas exclusive : elle inclut la possibilité de bisexualité psychique, dans les deux sexes.

Chez l'enfant, la forme de l'activité sexuelle dépend de son niveau d'évolution, de la forme plus ou moins ouverte de son organisation, de l'importance que prennent certaines manifestations de sa sexualité dans le développement de sa personnalité [Ajuriaguerra]. Sur le plan psychologique, Colette Chiland affirme que « l'identité est d'emblée sexuée ou elle n'est pas » [Chiland C., 1995.], c'est-à-dire que l'individu est marqué dès la naissance par son sexe qui influe plus ou moins sur ses actions et son comportement durant son existence.

Le sexe est bien systématiquement codé par l'apparence (coiffure, attitude, habillement...). Ainsi, l'individu a une part active dans la construction de son individualité en tant qu'individu sexué (image sexuée de soi) [Granié M.-A., 1997].

Progressivement il va s'approprier une identité sexuée qui est pour une grande part le fruit des conduites parentales et environnementales puis des attentes tant parentales, **familiales que** sociales. Très tôt, dès quelques mois, les bébés sont déjà en mesure de différencier les individus en fonction de leur sexe. Selon Françoise Dolto, tout se passe comme si l'adolescent cherchait à dissimuler sa sexualité, dans le but inconscient d'en préserver le processus. A ce titre, l'une des caractéristiques de cette période d'adolescence est le choix des vêtements, de l'uniformisation unisexe du jean, du port de pulls amples, masquant les formes qui risqueraient de révéler un corps différencié sexuellement. Il s'agit en fait pour l'adolescent en devenir, confronté à "l'entre-deux", de masquer habilement les changements qui s'opèrent en lui sans pour autant entraver le processus, d'où la métaphore de la "chrysalide" ou du "homard" [Dolto F., 1989]. Les nombreux travaux, en sociologie et en psychologie du développement notamment ont mis en évidence la construction sociale de l'identité sexuée [Castelain Meunier, 2001 ; Chiland, 1989, 1995 ; Granié, 1996, 1997 ; Hurtig, 1982 ; Le Camus, 1997, 2004 ; Tap, 1985 ; Zaouche-Gaudron, 1995 ; ...]. Par ailleurs, l'orientation sexuelle d'un sujet est plus intimement liée au sexe qui lui a été attribué à la naissance et à l'attitude de l'entourage qu'au sexe gonadique proprement dit. Selon le sexe d'appartenance la société définit des rôles, des tâches, des caractéristiques et des attributs qui ne s'appuient pas seulement sur le biologique.

C'est vers l'âge de 5-7 ans que les enfants comprennent que le sexe d'un individu est déterminé biologiquement. Il y a certes des différences de comportements ou d'aptitudes qui apparaissent très tôt entre filles et garçons mais les différences interindividuelles sont également très importantes [Chiland, 1998]. Plus l'enfant grandit, plus les différences se creusent. Ainsi les filles assurent généralement une part plus importante du travail domestique, celle-ci étant en moyenne deux fois plus élevée que celle des garçons. Lors de l'adolescence, les filles sortent moins que les garçons. Au sein de l'école, les interactions entre enseignant(es) et élèves sont différenciées en fonction du sexe de l'enfant [Baudelot et Estabiet, 1992 ; Duru-Bellat, 1990]. Il existe également des différences au sein du couple en termes de comportements et d'attentes selon le sexe de l'enfant mais aussi en fonction du sexe du parent. Mais les résultats de différentes recherches tendent à se nuancer [Le Camus, 1997, 2004].

Sur le plan de la sexualité génitale, c'est à l'adolescence, au moment de l'avènement de la puberté physiologique qu'a lieu la découverte ou la redécouverte, pour certains qui l'ont déjà expérimenté dans l'exploration de leur corps d'enfant, du plaisir sexuel auto- déclenché ou partagé dans des relations interindividuelles. La sexualité des adolescents est indiscutablement directement liée à l'avènement de la puberté. Les premières règles chez les filles et les premières éjaculations chez les garçons ouvrent la voie des premières rencontres sexuelles, depuis le premier flirt jusqu'à la grande passion amoureuse et aux premiers rapports sexuels.

Les événements physiologiques habituellement bien vécus peuvent être angoissants, honteux, voire traumatisants pour certains, en particulier en cas de défaut d'accompagnement de l'adolescent (e), c'est-à-dire défaut d'information, voire de dissimulation de la part des parents, de la société, rendant la curiosité normale culpabilisante pour lui. Cet accompagnement est d'ordre éducatif mais aussi de nature "psychologique" au sens large. L'accompagnement "psychologique" sera réalisé par des adultes le plus souvent choisis par le jeune (adultes de confiance), parmi lesquels sont parfois retrouvées des figures apaisantes comme les grands-parents qui permettent de dédramatiser certaines expériences (premières règles chez la fille, premiers flirts, premières ruptures sentimentales, etc.)

Les déviations ou perversions sont plus manifestes à l'âge adulte. Cependant, au cours de l'enfance et de l'adolescence, il est délicat de parler de perversion sexuelle étant donné les formes successives de la sexualité à ces âges-là.

Freud utilise d'ailleurs le terme de « pervers polymorphe » à l'endroit de l'enfant et définit le terme de l'évolution libidinale dans le sens de la primauté du génital et le choix d'un objet hétérosexuel. Cette notion de déviance s'appuie sur l'altérité en faisant intervenir une référence qui distingue une norme représentant un groupe et les autres s'écarter de ce groupe. Ainsi s'observent différentes considérations envers certaines manifestations de la sexualité selon les pays et les époques. Divers facteurs peuvent contribuer à la déviation de l'orientation sexuelle (désordres endocriniens et hormonaux, troubles neurologiques, traumatismes, ...). H. Ey décrit deux types de perversions sexuelles chez l'adulte : anomalie du choix objectal (auto-érotisme, homosexualité, zoophilie, fétichisme...) et érotisation substitutive (érotisation de la douleur, du regard, de l'appareil digestif, de l'urine...).

Cas 1 : Valérie : Celle qui voulait un corps d'homme.

Valérie est une jeune française arrivée au Sénégal dans le cadre d'un séjour de rupture. Elle est âgée de 16 ans et se présente à l'allure forte, peu coquette, la voix rauque. Son sourire fait apparaître un très mauvais état dentaire avec des mauvaises implantations des incisives. Valérie aime s'habiller comme les garçons de son âge avec T-shirt, short, casquette, chaussures de sport. Elle ne porte pas de bijou, ni parure et se coupe court les cheveux. Cela lui vaut souvent les remarques de son entourage, principalement les éducatrices sénégalaises qui exigent parfois d'elle qu'elle soit plus « féminine ». Elle ne se laisse pas faire aussi facilement et finit par écoper de sanction punitive pour son habillement. Quand la question arrive en supervision d'équipe, tous les éducateurs semblent unanimes à reconnaître que la situation est « inacceptable et qu'il faut faire quelque chose pour qu'elle se mette en ordre ». Il y a une sorte d'aveu d'impuissance car tout ce qui avait été tenté ne servait toujours pas à grand-chose. Elle en arrive à se mutiler les seins parce qu'elle ne les aime pas. L'intervention du psy semble nécessaire aussi bien pour la jeune que pour les membres de l'équipe éducative. « Comment faut-il faire face à cette situation ? » clament-ils. De nombreuses réflexions ont permis de reconnaître la subjectivité de chacun, l'importance de chaque histoire personnelle, de la différence des cultures, du processus de construction de la personnalité, des avatars liés à la construction de l'identité sexuée. L'approche éducative prit en compte de façon plus importante l'individualité du sujet et la nécessité de l'accompagner et de la soutenir dans sa souffrance pour lui permettre de trouver ce qui lui serait plus convenable. Il faut noter qu'en matière de règlement intérieur, il est « exigé à tous les jeunes de porter des habits décents et de s'accommoder des habitudes culturelles locales ». Par ailleurs, « nul ne peut se mettre en danger ou mettre en péril l'intégrité physique des autres ». Ce cadre est à manier avec souplesse, mais fermeté.

Quand nous rencontrons Valérie à une de nos séances à Dakar, le sujet est encore abordé après quelques réassurances. C'est pénible pour elle de se voir en fille. Depuis l'âge de 9-10 ans, elle voulait devenir un garçon. Ses seins ont poussé très vite contrairement à sa sœur qui, elle, les désirait. Elle se sent « homme » et veut le devenir. Sa mère qui s'y était opposée au départ, avait fini par abdiquer au décours d'une tentative de suicide. Valérie voyait peu sa mère qui était invalide en raison de multiples problèmes de santé. Celle-ci, auparavant infirmière, n'a plus beaucoup d'activités depuis lors et aime enregistrer des reportages à la

télé. Sur l'un de ces reportages, Valérie dit avoir trouvé la solution à tous ses soucis. Une jeune à laquelle elle s'identifie beaucoup, était parvenue à changer de sexe et devenir un homme pour sortir avec une fille. Voilà donc qu'elle se rend compte que son idée est réalisable. Elle envisage, elle aussi, de changer de sexe et voudrait des conseils pour sa future intervention chirurgicale. Ce qu'elle voudrait, c'est présenter un corps svelte, ferme, sans bourrelets, ni débordement et surtout ne plus avoir de seins. Ses seins lui font honte et elle se sent mal dans sa peau. Elle nous confie sa plus grande déception quand une des éducatrices qu'elle aimait lui fit remarquer que ses seins sautillaient sous son t-shirt au sport avec un brin de chahut.

Celle-ci pensait l'amener à mettre un soutien-gorge, mais elle ne souhaite ni soutien-gorge ni même les seins. Elle espérait simplement pouvoir ne pas y faire attention et oublier qu'ils étaient là. Elle voudrait également détenir un pénis et des testicules même si ce n'est pas pour de vrai. Cela lui permettrait d'avoir des relations avec des filles « qui correspondent à son style ». Les rares expériences qu'elle a eues avec des garçons n'ont pas été très satisfaisantes et elle n'a pas encore « essayé » avec des filles. Cela semble d'autant plus difficile qu'elle ne pense pas encore être attirante pour celles-là. Elle pense qu'elle a pu devenir « un peu folle » quand elle s'est taillé les seins. La douleur lui a permis de ne pas aller très loin. Mais le saignement continu sous son T-shirt lui a valu des sanctions et elle marcha pour s'être « mise en danger ». Elle s'est également fait tatouer des « A » comme « Anarchie » à plusieurs niveaux de son corps qu'elle n'aime pas : les seins, le dos, « les ovaires », les épaules. Les automutilations et les inhalations de parfums lui valent des sanctions et notamment des « marches » parfois des « villages » de la part des éducateurs mais ce sont des comportements qu'elle lie à son mal-être. Elle n'a pas l'impression d'être comprise. Tout le monde veut lui indiquer un autre choix alors que pour elle, c'est déjà fait. « Ça n'a rien à voir avec l'adolescence ! » clame-t-elle. Ce n'est qu'en se faisant un corps d'homme qu'elle se sentira bien. Elle garde la conscience d'être de sexe féminin et sait qu'elle restera une fille pour sa famille. Mais « c'est pour elle-même » qu'elle veut devenir garçon.

Cas 2 : François : Celui qui préférait les garçons.

François a 17 ans et apparaît comme un adolescent de grande taille, avec une légère lordose, l'allure fine, la démarche peu sûre. Il semble souvent forcer son sourire et fait parfois le clown. Il rapproche ces comportements au fait qu'il a fait du théâtre pendant un an au collège. Au cours de nos entretiens, il nous confie sa déception devant l'ingratitude de ses camarades qui lui jouent de mauvais tours, lui refusent tout alors que lui accepte tout. Il aurait envie de se faire l'ami de tout le monde, mais n'a pas l'impression de pouvoir se faire respecter. Ce manque de relation lui fait penser à sa mère et il pleure de nostalgie. Son père, il ne l'avait plus vu depuis plus de 9 ans. A quatre ans, il se souvient avoir été violé par un ami de sa mère. Il en a parlé à son père après le décès de son agresseur qui aurait ainsi subi la « punition divine ».

Deux mois après son arrivée, un autre jeune en séjour de rupture dans le même lieu, rapporte au responsable de l'équipe éducative une lettre d'amour que François lui avait adressée quelques semaines auparavant. C'est selon lui, pour couper court aux accusations d'homosexualité dont il fait l'objet. Cette information fut traitée avec délicatesse par les adultes mais devient rapidement un secret de polichinelle. En effet, bien que le responsable éducatif ait pris soin de ne pas en parler dans le groupe des éducateurs, l'information est ressortie dans le groupe des jeunes. Ainsi au tabou de la génération ancienne d'une zone rurale s'est opposée une tendance à la transparence, au dévoilement et à la profanation d'une génération jeune et moderne. François accepta difficilement cet affront et chercha pendant plusieurs mois à se faire exclure dans les villages satellites qui servent en cas de sanction. Il y

parvient en fin de compte et revient apparemment plus serein. Quand nous rencontrons son camarade de séjour, Rachid, il nous confie qu'ils ont eu des attouchements et qu'il lui demandait d'aller plus loin. Ce qu'il n'aurait pas accepté. Toutefois, il continue à lui faire des avances. Rachid semble particulièrement saisi par cet événement. Il se questionne beaucoup sur son identité. En effet, Rachid âgé de 14 ans a manifesté de gros troubles du comportement sexuel allant de l'exhibitionnisme à des épisodes masturbatoires intenses, en passant par des obscénités sexuelles sur les filles, se déclarant tantôt « bisexuel », tantôt « hétéro » ou hyper-virile mais affirmant dans le même temps ses incertitudes. Avec le temps, il semble vouloir nous rassurer, un « homo » moi ? « Non ce n'est pas possible pour un arabe, je suis sûr maintenant ! ».

Pendant ce temps, François nous déclare ne pas vouloir aborder ce sujet. Nous avons l'impression qu'il a encore honte mais il parvient à nous dire qu'il y a des jeunes voire des adultes qui ont l'air « homo ». Du fait de sa grande discrétion, il a réussi à tourner les projecteurs sur Rachid qui attirent maintenant plus l'attention des éducateurs. La question des éducateurs quant à l'attitude à adopter vis-à-vis du comportement homosexuel renvoie à plusieurs références culturelles. D'abord au niveau religieux, l'islam condamne à mort ceux qui adoptent cette manière de vivre une partie de leur sexualité. Par ailleurs, au niveau de la répartition dans l'espace social, les hommes et les femmes sont bien distingués et leur regroupement régi par un certain nombre de codes. Pour un « homo » la culture indigène ne fixe pas de place et il est voué à l'exclusion et au rejet, il n'a de place ni parmi les hommes, ni parmi les femmes. L'idée la plus acceptable dans cette situation est le doute quant à la persistance d'un tel choix chez un jeune pour une société qui fait encore la chasse aux sorcières en matière d'homosexualité. En effet, ils ne sont pas seulement malvenus mais on les recherche pour les exterminer. Cette position est renforcée par les lois et règlements en vigueur au Sénégal qui condamnent l'homosexualité.

DISCUSSION

L'une des questions qui se posent dans les deux cas est celle de la place de la culture dans leur expérience actuelle. Il est évident que leur culture d'origine, d'abord familiale puis occidentale a imprégné considérablement leur identité globale mais surtout sexuée en construction. En effet, l'identité sexuée renvoie à plusieurs paramètres : génétiques, biologiques, endocriniens, pubertaires, anatomiques, sexuels, socioculturels, légaux...

Ici et maintenant, ce qui est perçu et vécu réinterroge constamment leurs certitudes et alimentent aussi leurs incertitudes. L'environnement éducatif leur offre ainsi l'occasion de se confronter à l'autre et de trouver les limites et repères indispensables au cadre sécurisant (un tant soit peu) de la construction de leur identité sexuée.

Dans le cas de Valérie, se pose la question du transsexualisme féminin. Cette tendance plutôt rarissime semble s'être manifestée ici très précocement avant même la puberté. En effet, le transsexualisme est plus fréquent chez le garçon que chez la fille. Il se caractérise par la conviction inébranlable d'appartenir à un genre contraire au genre anatomique et par le début de comportements de l'autre sexe dès l'enfance et, à l'adolescence, de démarches obstinées et compliquées pour obtenir un changement de sexe anatomique et administratif sans que la recherche d'un plaisir sexuel soit primordiale. En restant dans la perspective développementale et en évitant de fixer des étiquettes diagnostiques sur une personnalité en développement nous voulons attirer l'attention sur toute l'importance de la place que peut

occuper l'environnement dans la construction de l'identité sexuée et dans ses déviations possibles.

Nous n'avons pas pu trouver beaucoup d'éléments contributifs à l'analyse étiopathogénique des tendances identitaires chez Valérie. En effet, nous n'avons accès à aucun élément de son histoire personnelle ou relationnelle par un tiers, notamment ses parents ou proches. Toutefois, elle semble investir positivement les figures féminines de sa famille et n'évoque d'ailleurs presque jamais les hommes. Le désir d'être un homme viendrait-il combler ce vide ? Les relations de Valérie à sa mère semblent toutefois assez complices. Celle-ci soutient-elle implicitement sa fille dans son désir de paraître de l'autre sexe. Elle fait allusion lors d'un entretien aux efforts de sa mère pour lui présenter des enregistrements de documentaires traitant de transsexualisme féminin. Nous pouvons noter cependant une certaine ambivalence dans le choix de cette mère. La précocité du désir de Valérie nous renvoie à l'idée de Chiland que l'enfant se conforme à ce qu'il sent qu'il faut être pour être aimé » [Chiland C., 1989]. Valérie n'a-t-elle pas senti ce besoin de sa mère de l'avoir en garçon étant toute petite ? Se vivrait-elle comme le petit garçon que sa mère a pu désirer durant la grossesse ?

Par ailleurs, Valérie insiste sur son malaise lié aux « mouvements insaisissables » de ses seins, mais aussi de tout son corps. Cela ne renvoie-t-il pas simplement au processus d'adolescence avec les changements pubertaires ? Elle a l'impression que chez les hommes, c'est très différent. « Leurs organes génitaux tiennent plus fermement dans leur caleçon » nous dit-elle. Valérie cherche-t-elle à maîtriser ce corps mouvant à travers une morphologie qu'elle préfère masculine ? En effet, elle reconnaît que les « bijoux » masculins (pénis et testicules) sont plus facilement contenus dans l'espace entre les cuisses que les seins qui ne bénéficient pas d'un tel encadrement. Il ne faut toutefois pas écarter complètement le risque d'une évolution dans le cadre d'une psychose dont les expressions cliniques les plus bruyantes du moment sont liées à la sexualité. La question d'un antécédent d'abus sexuel ou d'inceste n'a pas pu être résolue. En effet, Valérie se limite à confier quelques expériences peu satisfaisantes avec des jeunes garçons de son âge qu'elle-même avait choisis « pour voir ». La recherche d'un plaisir sexuel semble lointaine dans ses préoccupations amoureuses du moment. Elle préfère cependant les filles comme partenaires. Ce qui semble associer à ses tendances au transsexualisme une certaine homosexualité.

Il nous semble que la compréhension psychanalytique du transsexualisme soit mieux établie pour les garçons que pour les filles, en général. Ce qui, ici, limite notre discussion.

Le cadre d'un séjour de rupture peut apparaître comme une possibilité de changements importants mettant en cause le sentiment d'identité. L'identité sexuée elle-même pouvant être remise en cause, les relations affectives se jouent avec d'autres substituts, dans un environnement étranger. Les remaniements de la personnalité dépendent également des interactions avec ces nouvelles personnes et ce nouvel environnement. Même à l'âge adulte, le sentiment d'identité reste susceptible d'évoluer et chez les personnes les mieux construites, les plus rassurées. En effet, certaines étapes de la vie induisent des évolutions identitaires, plus ou moins fortes, plus ou moins difficiles, positives ou négatives. Tous les changements importants de statut personnel ou de statut social (veuvage, divorce, retraite, émigration, accident ou maladie grave, ...) appellent à des réaménagements identitaires et parfois de l'identité sexuée. Le séjour de rupture ne doit pas être considéré comme un événement banal. La relation avec des éducateurs étrangers à la culture d'origine ne peut donc être tout à fait banale. Par leur position dans la vie en séjour de rupture, ils induisent invariablement des valeurs et contre-valeurs qui participent à divers réaménagements. Ici se posent la question de savoir comment concilier des valeurs traditionnelles africaines d'un milieu rural avec d'autres valeurs modernes occidentales. Nous avons opté pour ce qui est le plus vrai, le plus cohérent avec l'idéologie du sujet dans l'ici et maintenant de la relation éducative. Chaque adulte ne

pourrait apporter à l'adolescent au mieux que ce qu'il sent parfaitement mais en respectant un certain nombre de règles édictées. Le rappel des règles sociales en vigueur constitue ainsi une réalité partagée quelque soit l'idéologie individuelle. Il est alors permis de construire un compromis entre ce qui relève de l'individualité du jeune et la nécessité d'une vie communautaire courante. Ainsi, toute remarque désobligeante était à bannir vis-à-vis de l'apparence des jeunes. Les comportements et attitudes prohibés seront immanquablement punis sans déroger à la règle du travail de la sanction qui oblige à redonner la parole au jeune pendant l'exécution de la sanction et dans l'après coup. Le dialogue et l'échange verbal sont ainsi favorisés autant que l'adulte peut se rendre suffisamment disponible pour favoriser la « constructivité » du jeune (à opposer à sa destructivité).

Dans le second cas (François) se profile l'énigme d'une homosexualité masculine plus ou moins niée. En effet, François est accusé de tendances homosexuelles par celui qui prétend être son partenaire choisi. Dans tous les cas, il y a un refus d'affirmer cette tendance chez les deux jeunes garçons. Cela peut être lié au fait que les adolescents ont du mal à parler de leur sexualité, qu'il s'agisse de l'exercice simple de celle-ci ou de s'identifier en tant qu'être humain sexué.

L'exercice de la sexualité est l'occasion d'une remise en cause de l'identité sexuelle, ou de pratiques sexuelles déviantes qui peuvent n'être que passagères ou préluder à des conduites persistantes à l'âge adulte. Les pratiques homosexuelles peuvent être alors des conduites transitoires liées à des besoins affectifs momentanément exacerbés favorisant le rapprochement physique en même temps que la crainte de l'autre sexué différemment. Le choix du partenaire sexuel n'est cependant pas définitif à l'adolescence. Une problématique homosexuelle peut naturellement et physiologiquement imprégner la relation psychosexuelle de l'adolescent sans pour autant déboucher sur un choix d'objet de type homosexuel à l'âge adulte. Ce qui ne survient que dans certains cas [Golse B, 1991]. Dans le cadre de l'homosexualité masculine, certains auteurs freudiens distinguent une homosexualité prégénitale (essentiellement narcissique), une, défense contre l'œdipe et une autre, de rivalité fraternelle (comportant souvent un noyau psychotique).

Les traits généraux individualisés par Freud lui-même [Freud S., 1922] sont :

Une fixation importante à la mère avec identification massive rendant difficile l'investissement d'une autre femme ;

Un choix d'objet sur un mode narcissique avec prévalence accordée au pénis et impossibilité de tolérer son absence (d'où dévalorisation du sexe féminin, source d'effroi, d'aversion et d'horreur) ;

Une relation au père marquée par la crainte de la castration (la renonciation à la femme permettant d'esquiver toute rivalité avec le père).

Les difficultés d'identification au parent de même sexe sont donc liées à un œdipe inversé. Freud insiste également sur l'origine anale de l'homosexualité masculine [Freud S., 1905] et voit, dans la sublimation des attitudes homosexuelles physiologiques, l'origine de la socialisation et de l'accès à la culture [Freud S., 1910].

Certaines pratiques sont vécues douloureusement et peuvent être symptomatiques d'une souffrance psychique ou être une manière de prolonger l'illusion de la bisexualité infantile ou de colmater des déficiences narcissiques, de conforter une identité primaire défaillante chez certains enfants fragiles. Cependant, l'homosexualité peut parfois se confirmer dès cet âge comme un choix délibéré et assumé sans souffrance, même s'il peut être aussi en relation avec des particularités de développement psychosexuel de l'enfance, des problèmes d'identification à l'un ou l'autre parent. Chez François se retrouve un ensemble significatif d'éléments en faveur de la construction d'une identité homosexuelle, en particulier une relation très fusionnelle avec la mère, un père absent et peu investi, des antécédents d'abus

sexuels par un grand-père qui est décédé depuis peu. Ce qu'il considère par ailleurs comme un châtement de la loi divine. Le retentissement de l'abus sexuel vécu à l'âge de 4 ans sur le développement de sa sexualité mérite d'être interrogé. En effet, il a été abusé par un homme du même sexe assez précocement sans jamais avoir été réellement pris en charge. De Becker [De Becker E., 2004] citant Barudy et Haesevoest, rappelle que l'une des conséquences de l'agression sexuelle subie durant l'enfance consiste, entre autres, en une atteinte de l'image de soi ainsi que du rapport à la sexualité. Ainsi, l'attitude de François traduirait ici une difficulté à nouer des relations stables, épanouissantes, avec un partenaire de sexe opposé, avec une tendance à pérenniser l'agresseur. Il faut remarquer aussi la honte et le sentiment de culpabilité, démontrés par François qui n'a probablement pas fini de faire le choix de son orientation sexuelle. Le fait que nous n'ayons pas eu plus d'ouverture du jeune sur ce thème appauvrit notre analyse. Mais c'est Rachid qui se révélera plus prolix. Celui-ci semble vraiment montrer les incertitudes du développement et la mobilité des investissements à l'adolescence. Il semble avoir vécu de façon assez envahissante aussi bien la rencontre avec les autres jeunes filles que celle d'avec François. Son agitation importante, ses somatisations fréquentes et ses passages à l'acte traduisent sa grande souffrance et aussi son travail d'adolescence notamment dans le domaine sexuel. L'absence d'affirmation claire serait peut-être liée à l'hostilité de l'environnement vis-à-vis de telles tendances, mais la conformité aux attentes du groupe culturel permet aussi de penser à une grande capacité de mobilisation ou remaniement dans les structures identitaires de ces deux jeunes. Ils n'ont pas encore fait l'objet de sanction pour des comportements homosexuels. Avant la fin de leur séjour, ils tendent déjà à développer des intérêts hétérosexuels parfois prédominants notamment chez Rachid. Nous aurons certainement d'ici la fin de leur séjour des arguments complémentaires pour mieux prévoir les tendances de leur orientation sexuelle. Toutefois nous respectons leur choix personnel, leur sentiment d'identité, en restant ouverts du fait des diverses perspectives qui s'offrent à eux dans les conditions de leur âge.

CONCLUSION

Le problème de l'identité sexuelle se pose de façon aiguë au sein de l'expérience de l'homosexualité, de la bisexualité et de la transsexualité, et apporte des éléments de réflexion pour tous les individus, mêmes hétérosexuels. Dans les deux cas précédents, il s'agit de tendances plus nettes en ce qui concerne le transsexualisme féminin que dans l'homosexualité masculine. Toutefois, nous n'oserons pas encore trancher définitivement quant à l'avenir sexuel de ces jeunes à l'âge adulte. Nous pouvons juste espérer que l'expérience du séjour de rupture leur apporte plus de lumière dans les méandres de leur développement. C'est ainsi que les positions éducatives et psychologiques de chaque adulte mais aussi de l'équipe peuvent se révéler déterminantes dans la construction identitaire sexuée de ces jeunes en situation de rupture.

Bibliographie

- AJURIAGUERRA Julian de (1971) *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris, Masson, 1970, 2^e tirage, 1026 p.
- BAUDELLOT Christian & ESTABLET Roger *Allez les filles !* Paris, Seuil, 1992, 243 p.
- BECKER Emanuel de) *Agression sexuelle et homosexualité à l'adolescence*, *Psychothérapies* 24, 2 : 87-92, 2004.
- CASTELAIN MEUNIER Christine *La place des hommes*, Paris, PUF, 2001.
- CHILAND Colette *Le sexe mène le monde*. Paris, Calmann-Lévy, 1999.
- Serge LEBOVICI, René DIATKINE & Michel SOULÉ (éd.) « La naissance de l'identité sexuée. » in *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 1995. p. 297-317.
- 1988) « Enfance et transsexualisme. » *La Psychiatrie de l'Enfant* 31, 2 : 313-373.
- DOLTO Françoise *Paroles pour adolescents, le complexe du homard*. Paris, Hatier, 1989.
- DURU-BELLAT Marie *L'école des filles. Quelle formation pour quels rôles sociaux ?* Paris, L'Harmattan, 1990, réédition, 2004, p 109.
- FREUD Sigmund [1905] *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris, Gallimard, Idées. 1962.
- [1908] « Les fantasmes hystériques et leur relation à la bisexualité » in *Névrose, psychose et perversion*, Bibliothèque de psychanalyse, Paris, PUF, 1973, p. 149-155.
- [1910] *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*. Paris, Gallimard, Idées, 1927.
- [1920] « Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine », in *Névrose, psychose et perversion*, Bibliothèque de psychanalyse, Paris, PUF, 1973, p 245-270.
- [1922] « Sur quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa et l'homosexualité » in *Névrose, psychose et perversion*, Bibliothèque de psychanalyse, Paris, PUF, 1973, p 271-281.
- GOLSE Bernard (1991) *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. 2^e édition, 2^e tirage). Paris, Masson (Médecine et psychothérapie). 1985, 1989.
- GRANÉ Marie-Axelle « Développement de l'identité sexuée chez l'enfant : modélisation socio cognitive », *Actes du 14^e colloque du GROFRED : Milieux, groupes et développement sociopersonnel de l'enfant*. Toulouse, Éditions Universitaires du Sud, 1996.
- Pratiques éducatives familiales et développement de l'identité sexuée chez l'enfant*. Thèse de doctorat sous la direction de J. Le Camus, Lille, ANRT, Thèse à la carte. (1997).
- HURTIG Marie-Claude « L'élaboration socialisée de la différence des sexes » *Enfance*, 4, 1982, p 283-302.
- LE CAMUS Jean « Le père et le jeune enfant » *Enfance*, 3, Paris, PUF, 1997.
- LE CAMUS Jean, *Le vrai rôle du père*. Paris, Odile Jacob (Poches) 2004.
- LE MANER Idrissi : *L'identité sexuée*, Paris, Dunod, 1997, 122 p.
- STOLLER Robert J. *Masculin ou féminin ?* Paris, PUF, 1989, 362 p.
- « Identité de genre : développement et pronostic, une vue d'ensemble ».in Colette CHILAND & J.G. YOUNG (éd.) *Nouvelles approches de la santé mentale de la naissance à l'adolescence pour l'enfant et sa famille*. Paris, PUF, 1990.
- Sex and gender*. Science House. New York, vol. 1. Traduction française : *Recherche sur l'identité sexuelle*. Paris, Gallimard, 1998.
- TAP Pierre *Masculin et féminin chez l'enfant*, Toulouse, Privat, 1985, 333 p.
- Troubles de l'identité sexuée chez l'enfant et l'adolescent*. Toulouse, Privat, 1985.

HANDICAP MENTAL PROFOND ET MUSIQUE

ou

Annabelle et son balafon

Annie STAMMLER *

J'avais intitulé ma communication « Handicap mental profond et musique ». Tel est le titre d'un livre qui devrait paraître au mois de mai 2009, aux éditions Campagne Première à Paris. J'en termine la relecture. J'ai ajouté, en cours d'écriture de la présente communication un second titre car il sera surtout question d'une enfant qui a pu créer sa propre musique avec cet instrument universellement connu ici, le balafon.

J'ai travaillé en tant que psychiatre dans un Internat Médico-Pédagogique (IMP) de la région parisienne. C'était un monde étrange qu'il fallait apprendre à regarder. J'en avais parlé l'année dernière aux Journées Nationales de l'AFPEP à Annecy. C'est ainsi que, dans les allées du parc planté d'arbres ou, plus volontiers, en dehors d'elles, dans l'herbe, je ramassais fréquemment des têtes de poupées arrachées de leur corps et jetées au loin. Les enfants dont la composante psychotique était notable et qui étaient en mesure de le faire physiquement (un certain nombre d'entre eux étaient grabataires) ne supportaient pas les jouets à figure humaine mais on continuait à leur en offrir... Par contre certains, qui ne tenaient en main aucun objet, étaient intéressés par la "poupée-fleur" que la psychanalyste Françoise Dolto introduisait dans son matériel de jeux, mi-humaine, mi-végétale, elle était faite de feutrine, de couleur verte, la tête sans organe sensoriel était surmontée d'une fleur, une marguerite ; ils ne la jetaient pas.

On est avec ces enfants souffrant d'encéphalopathies diverses, dont un bilan a été effectué dans des services de pédiatrie de « grands » hôpitaux, la plupart du temps parisiens, dans un espace sans repères, en deçà du miroir ; ces enfants n'ont pas eu accès au stade du miroir. J'ai constamment travaillé avec le stade du miroir dont le docteur Jacques Lacan a parlé pour la première fois à Marienbad, en 1936¹¹. Il s'agit d'une phase de la constitution de l'être humain qui se situe entre six et dix-huit mois, caractérisée par l'immaturation du système nerveux. Avant ce stade, l'enfant se vit comme morcelé ; il ne fait aucune différence entre son corps et celui de sa mère, entre lui et le monde extérieur. Or, l'enfant porté par sa mère va reconnaître son image. Sa jubilation atteste d'une sorte de reconnaissance de son image dans le miroir. Il va éprouver de façon ludique la relation de ses mouvements avec son image et l'environnement reflété. Il va se retourner vers sa mère, en général, il s'agit de sa mère, comme pour lui demander d'authentifier sa découverte. C'est la reconnaissance de sa mère qui d'un « oui, c'est toi, mon fils, c'est toi, ma fille » qui donnera un « c'est moi ». Mais ici, de par le handicap annoncé à leurs parents, parfois dès la naissance, une fracture se produit dans la filiation. Ces enfants porteurs de graves encéphalopathies ne peuvent être investis au même titre que leurs frères et sœurs comme étant fils ou filles de leur père et mère. Rien de tel

* Psychiatre, psychanalyste, Paris.

¹¹ Dictionnaire de la psychanalyse sous la direction de R. Chemama et B. Vandermersch. Page 251. Larousse-Bordas, 1998.

ne s'est produit, ils passent devant le miroir sans marquer d'intérêt à leur image, comme s'ils n'avaient pas de corps.

On est avec eux dans un espace hors temps qui n'est pas sans évoquer l'état mélancolique.

Les mots venaient à manquer. Si on ne cessait d'expliquer à ces enfants qui ne cessaient de ne pas parler, ceci en leur présence, il était manifeste que certains ne toléraient pas la parole qui leur était adressée. C'est ainsi que sont advenus les premiers « moments musicaux ». Je me propose de parler d'un enfant autiste qui s'automutilait.

Dans les bras de son éducatrice, David N. ne cesse de s'agiter et de tenter de frapper sa tête largement ensanglantée par les coups qu'il s'administre. « Je ne peux plus » me dit-elle.

En effet... Que dire ? Quels mots seraient-ils susceptibles de marquer un arrêt dans cette dramatique automutilation ? Parler, lui parler, s'avère insupportable. Il se frappe de façon redoublée. J'avais pensé à cette expression un peu argotique « C'est comme pisser dans un violon », c'est perdre son temps, c'est sans effet. Et c'est ainsi que j'ai amené mon violon pour la première fois à l'intention de cet enfant isolé dans une chambre de l'infirmierie parce qu'il n'était plus possible de le maintenir avec les autres enfants partageant ce lieu de vie qu'était leur dortoir.

Ce fut un temps particulièrement fort ; dès la mise en vibration des cordes, dans un largo de Vivaldi, celui du concerto en la mineur, ce grand classique si constamment travaillé dans tous les conservatoires de musique, se manifestait un calme inattendu ainsi qu'une détente des traits du visage de cet enfant ; il ne se mutilait plus, il écoutait, il regardait les mouvements de l'archet sur les cordes. C'était probablement la première fois qu'il voyait un tel instrument de musique. Cette longue baguette qu'est l'archet tenu par la main droite n'était à l'évidence pas dangereuse. Ces enfants qui ont subi de multiples examens médicaux et paramédicaux, peuvent avoir peur des mains des adultes. Il écoutait « ré mi fa mi, ré fa mi ré, deux groupes de 4 doubles croches, deux croches, mi, la, un silence, telle est la première mesure.

Il avait été possible de l'amener autour d'une table avec d'autres enfants qui se trouvaient là, pour le repas ; l'atmosphère générale était toute autre. A la tension qu'amenait la violence du symptôme automutilation, succédait brusquement, de façon spectaculaire, chez les Aides Médico-Psychologiques (AMP), une sédation des exclamations excédées, des injonctions impératives telles qu'« arrête ! » ; la parole revenait aux adultes. Nous pouvions aussi échanger à propos de ce morceau joué à ce moment-là.

Que s'était-il passé là ? Sinon, "un transfert musical" immédiat et massif ? À cette mélodie si calme et si chantante ? Le largo débute par un pianissimo cantabile et molto sentito. La voix parlée s'efface laissant place à la musique. On entre dans un autre univers.

Dans les suites de cette "expérience", j'amenais mon violon, chaque semaine, quitte à souvent ne pas pouvoir l'utiliser faute de temps. Et cependant, toujours avec l'accord des AMP, je passais dans une salle de jeux, dans le parc, lorsque venaient les beaux jours, et lorsqu'une consultation n'avait pas lieu ; bien souvent, aussi, une fois la journée de travail terminée, je passais avec mon violon, dans certains dortoirs, pour d'autres "moments musicaux".

Les enfants, chacun à son allure, venaient vers moi. Aucun n'était indifférent ; tous suivaient des yeux les mouvements de l'archet sur la corde. Il arrivait que voir et entendre le violon ait permis un premier contact du regard.

C'est à partir de ce contact du regard qu'on pouvait envisager dans l'équipe, avec les AMP, avec les éducateurs, quel type de travail allait être possible avec cet enfant.

L'une de ces enfants qui venaient vers moi, dans le dortoir dit des petits, fut un jour hospitalisée dans un état vite si préoccupant qu'il était question de ne pas poursuivre la réanimation. Elle avait eu une rougeole (elle n'était pas vaccinée du fait de la gravité de l'encéphalopathie dont elle était atteinte) compliquée de surinfection bronchique et de détresse respiratoire. Elle souffrait d'un syndrome poly-malformatif avec nanisme dysharmonieux, anomalies squelettiques multiples, brachycéphalie majeure et atrophie

cérébrale, tels étaient les termes du diagnostic concluant le volumineux dossier médical qui l'accompagnait. Elle était âgée de douze ans mais elle avait la taille d'un enfant de trois ans ; en dépit de luxation bilatérale des hanches, elle marchait. Elle restait dans le dortoir des petits car il n'était pas envisageable de l'orienter vers le dortoir des filles dont certaines étaient violentes.

Cette enfant que j'ai prénommée Annabelle dans le livre (à paraître) dont il a été question, était toujours très affairée, passant beaucoup de temps face aux plaques de propreté des portes faites d'un métal presque aussi clair qu'un miroir, mais elle ne reconnaissait pas son image, elle ne réagissait pas lorsqu'on l'appelait par son prénom, elle manipulait des éléments de dinette ou des poupées qu'elle finissait par frapper avec des grands éclats de rire discordants. Son langage était réduit à deux ou trois mots, sans adresse à l'autre, « belle », « babelle », sinon, c'était un jargon de mots incompréhensibles.

Afin d'apprécier son état de conscience, les médecins lui demandaient de répondre à des ordres simples, c'est l'expression médicale usuelle, tels que serrer la main sur le doigt de l'examineur, tirer la langue ; mais les exécuter suppose une image du corps cohérente, ce qu'elle n'avait pas. C'est alors que j'ai parlé de sa sensibilité à la musique, et du fait que je passais dans son dortoir avec mon violon ; mais il a fallu des appels téléphoniques quotidiens pendant dix jours pour que je puisse être invitée à venir avec mon violon.

Elle était intubée afin de pouvoir respirer ; son corps était relié à toutes sortes d'appareils de réanimation ; elle était perfusée et avait de hautes doses de sédatifs afin de pouvoir supporter l'intubation. Elle n'a eu aucune réaction lorsque je lui ai parlé, en la nommant tout d'abord, puis en lui disant que j'étais venue pour elle avec mon violon. J'ai alors joué un largo de Clérambault qu'elle avait entendu dans son dortoir. Sol, une noire pointée, deux doubles croches suivies d'une noire, do-do, do, si bémol, croche pointée, la, double croche, telles sont les notes qui constituent la première mesure.

Dès la mise en vibration des cordes, Annabelle a réagi, à sa façon : par la sonde d'intubation, des sécrétions en provenance de son arbre respiratoire ont été émises en telles quantités que j'ai cessé de jouer pour appeler l'infirmière qui est venue les aspirer. J'ai repris le morceau, j'ai joué une autre pièce ; elle était calme. J'ai pu avant de repartir revoir l'infirmière, parler avec elle de l'état d'Annabelle, lui demander d'informer ses parents qui ne pouvaient venir que le dimanche, de mon passage. Je suis revenue la semaine suivante ; elle était dans un état encore plus alarmant avec septicémie, atteinte de multiples organes. Elle n'a pas réagi lorsque j'ai pris mon violon. Cette seconde fois, j'avais pu m'entretenir avec le médecin réanimateur qui avait pris contact avec moi au tout début de son hospitalisation.

Et puis, contre toute attente, personne, en effet à l'IMP, ne s'attendait à voir revenir cette enfant, elle est sortie du service de réanimation pédiatrique ; elle était méconnaissable, « c'est une autre enfant » disait-on, de fait, elle se tenait droite, sa dysmorphie n'apparaissait plus au-devant de la scène, avec une sorte de gravité qu'on ne lui avait jamais vue jusque-là, elle examinait les visages familiers, elle regardait les moindres détails de l'espace, telles les feuilles d'un buisson dans le parc, par exemple. À l'infirmerie, me prenant par la main, elle m'a conduite devant un miroir, et indiquant d'un geste ses pieds chaussés de chaussures neuves que sa mère venait de lui acheter, elle a dit très clairement le mot « chaussure ». Allait-elle entrer dans le langage ?

Malheureusement, elle devait être réhospitalisée dans un autre hôpital dans un état de déshydratation ; la porte ouverte vers le langage s'est refermée. Cependant, lorsqu'elle est revenue du Centre médical où pendant l'été elle était dirigée parce que l'IMP fermait ses portes, du moins peu de temps après son retour, l'équipe des soignants lui a fait cadeau d'un xylophone africain, autrement dit, d'un balafon. C'est un AMP, autrement dit un Aide-médico-psychologique qui avait une formation de musicothérapeute qui avait fait le choix et

avait acheté cet instrument. J'ai lu récemment que tout orchestre classique au Sénégal était composé de deux balafons. Nous pourrions en parler dans la discussion.

Auparavant, Annabelle m'avait accueillie après cette interruption de plusieurs semaines, pendant le mois d'août, de façon très inhabituelle : elle était venue vers moi lorsque j'étais entrée dans le dortoir, poussant des cris, se jetant dans mes bras, et pendant presque un quart d'heure, je l'avais ainsi tenue contre moi, elle était littéralement collée à moi. Je crois qu'elle me disait à sa façon, combien la vie lui était précieuse.

Sur son balafon, Annabelle a créé sa propre musique.

Le dortoir, qui, actuellement a été remplacé par des chambres, accueillait alors douze enfants, dans l'ensemble très destructeurs, et le balafon était à l'abri, dans une armoire, elle-même située hors des lieux, dans un couloir. Lorsqu'une AMP, elle-même musicienne, se trouvait là, il était proposé à Annabelle, pendant le temps de sieste, après le repas de midi. Elle jouait, assise sur le tapis de sol, près d'une fenêtre, alors que les autres enfants avaient été installés dans leur lit.

J'avais pu assister de près à l'un de ses concerts. Lorsqu'Annabelle me voyait, elle venait se coller contre moi. Je devais la prendre sur mes genoux, et tenir, de surcroît, l'instrument. Annabelle le parcourait, s'arrêtant aux mêmes notes, écoutant, faisant des essais, et produisant une mélodie qu'elle rythmait de sa main gauche tout en frappant les touches de son maillet tenu dans sa main droite, ceci durant presque une demi-heure. J'avais été frappée de l'écoute des autres enfants, d'habitude agités au moment de la sieste.

Nous n'avons malheureusement pas pu, pour diverses raisons, faire un enregistrement.

Ce qui m'avait intéressée, lorsqu'elle parcourait l'étendue du balafon, c'était non seulement cette composition mélodique, mais ce qu'elle disait alors : "Papa ! Papa !". Or, le père d'Annabelle, qui, jusqu'à cette hospitalisation en réanimation, n'avait pu investir affectivement sa fille, lui accordait à présent un statut d'être humain.

Il ne m'est pas facile de démêler, dans ce qui a pu faire effet, dans ce qui a pu être opérant, la part qui revient à l'instrument, au violon seul et la part qui revient à d'autres facteurs.

Il semble qu'un autre regard, de la part des soignants, ait été porté sur cette enfant, qu'il était question de "débrancher", du fait de l'extrême gravité de son état. Il n'en était plus question par la suite.

Transmission a été faite de ma démarche vers Annabelle à ses parents, surtout par certaines infirmières. Pour le père, comme pour la mère, et pour la première fois dans leur discours, Annabelle était "leur fille". Cette démarche a été déterminante en ce sens qu'elle trouvait place d'enfant dans sa famille.

Qu'a donc entendu Annabelle lors de mon passage ? A-t-elle entendu que je prenais en compte sa place de sujet dans le langage ? C'est l'une des hypothèses qui avait été émise lorsque j'en avais fait part à divers collègues. Elle n'avait cependant aucunement réagi lorsque je m'étais adressée à elle, ni à ma voix, ni à mes paroles. Par contre, dès la mise en vibration des cordes de l'instrument, dans une série de quintes traversant les quatre cordes de la chanterelle à la corde de sol, elle avait réagi par un souffle puissant, matérialisé par les sécrétions expulsées par la sonde d'intubation. Une réaction superposable au premier cri poussé par l'enfant à la naissance ?

Je l'avais appelée, d'un autre lieu que le lieu de la parole. Du lieu de la musique.

Le son du violon connu d'elle et reconnu par elle me semble avoir fait appel ; est-ce un appel auquel elle a pu répondre, sous l'effet d'un transfert massif induit par la musique ?

Le son du violon a contribué à la déloger d'une place de corps, dans sa dimension organique, pur objet de soins médicaux, pour aller vers la vie...

Le violon avait été thérapeutique...

Mais l'effet musique s'est refermé...

Annabelle vit maintenant dans un lointain établissement accueillant des adultes polyhandicapés. Il avait été possible de retarder son départ de l'IMP, durant trois ans. Malheureusement, son balafon a été dérobé avant même l'arrivée dans la nouvelle institution ; en dépit de la vigilance de son éducatrice qui l'accompagnait pendant le voyage. Et elle qui avait pu, au moins un temps, créer sa propre musique, a de nouveau été signifiée en termes médicaux, éternelle enfant, dont il était question dans une semi-dérision non consciente de la part des adultes. "Elle était une coquine, disait-on, qui jetait tout à la poubelle..." Un geste répétitif qui n'était aucunement rattaché à son histoire, qui ne suscitait aucune interrogation. Quel âge avait-elle ? On ne le savait jamais ; il fallait aller consulter son dossier lorsque je téléphonais pour prendre de ses nouvelles. Il est vrai qu'elle avait toujours la taille d'une enfant de quatre à cinq ans, alors qu'elle avait vingt ans passés, ayant place dans une unité accueillant des adultes. Elle n'était, disait-on, aucunement intéressée par la musique. Cependant, certains soignants, plus récemment, manifestent un intérêt mais la lourdeur du travail dans ce type d'institution rend difficile une approche individuelle aussi différente.

Il y eut bien d'autres moments musicaux dans cette institution. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire d'amener un instrument de musique, le premier de tous étant la voix chantée. Et puis, il y a les rythmes qui face à un enfant muré dans son monde, peuvent amorcer un contact. Le rythme est l'ossature de la musique.

Pour en revenir à la clinique, je citerai les réactions d'une enfant malvoyante ; un glaucome congénital avait été diagnostiqué chez elle alors qu'elle avait deux mois. Pendant tout le temps de la consultation qui précédait son admission à l'IMP, elle se balançait de manière presque imperceptible, les mains accrochées au bureau. L'appel de son prénom n'amenait aucune réaction. J'avais alors essayé de nouer un contact en disant son prénom tout en rythmant de ma main sur la surface du bureau « Sandra ». L'effet avait été spectaculaire : son visage s'était éclairé, tourné vers moi. Je cessais d'être une étrangère avec mes mots. Avec le rythme, j'entrais dans son monde.

C'est ainsi qu'au fil du travail avec les équipes, au fil des années, l'approche de ces enfants par le biais de la musique s'intensifiait. Des petits groupes « Musique » introduisant des éléments de percussion, des instruments tels que des guitares, des flûtes, se mettaient en place. Des comptines introduisaient des groupes « Contes » que trois éducatrices menaient avec des groupes d'enfants. Des groupes « Danse » aussi se multipliaient. Un dynamisme se faisait jour parallèlement à ces innovations.

Quel est le rôle de la musique, ici, à Dakar, dans l'approche de ce type d'enfants qui n'entrent pas dans le langage parce que murés dans l'autisme ou dans les séquelles de diverses encéphalopathies ? Des échanges particulièrement fructueux pourraient peut-être à présent se nouer.

Bibliographie

Lacan Jacques, *Écrits*, Editions du Seuil, 1966.

Stammler Annie, *Handicap mental profond et musique*, Editions Campagne/Première, Paris, 2009.

L'ENFANT AU LIEU DES ANCÊTRES DE SA MÈRE, ET SON PSYCHANALYSTE

Olivier DOUVILLE^{12*}

Je partirai de la notion d'enfant *nit ku bon* soit l'enfant "qui part et qui revient" trop vite désigné de nos jours comme "enfant ancêtre". Un tel terme connaît plus d'une variation et plus d'une déclinaison. Entré il y a peu dans la mémoire de l'anthropologie de la santé et de la psychologie interculturelle du développement, il a donc une histoire qu'il est possible de résumer. Tout commence au Sénégal à la fin des années 1960. Cliniciens et psychanalystes sont capables de mener à bien des échanges féconds, à Dakar, dans le sens voulu par le médecin psychiatre de la section de psychiatrie de l'Hôpital de Fann, le Professeur Henri Collomb. D'une part Collomb était un des pionniers de l'ethnopsychiatrie fondamentale, celle de Georges Devereux, discipline à l'époque en plein essor et aujourd'hui en totale régression intellectuelle, et d'autre part, il était fin connaisseur des dispositifs de soin liés aux avancées de la psychiatrie communautaire. Son parcours n'est pas sans évoquer celui de Frantz Fanon en Algérie et en Tunisie (Cherki 2000). Convaincu que les cultures traditionnelles africaines ont su élaborer des conceptions de la maladie mentale intégrée dans les ordres cosmiques et les strates du social, il plaidait pour une reconnaissance de la dimension sociale de la "maladie mentale" (Collomb 1979, 1985).

L'œuvre de Collomb est celle d'un bâtisseur institutionnel et d'un inlassable chercheur. Sa plus grande réussite – j'entends par là une tactique en même temps qu'une construction de problématiques – fut de rassembler autour de lui un véritable laboratoire transdisciplinaire qui permit de penser l'énigme de la folie avec et contre tout modèle strictement médical. Le Dakar des années 60 et 70 était déjà une mégapole en pleine phase de mutations. Les symboliques atemporelles et les dettes coutumières étaient loin de réguler l'ensemble des liens sociaux et des constructions psychiques des Africains vivant dans cette grande cité. Déjà les adolescents qui se présentaient ou qui étaient adressés dans les consultations à Dakar présentaient des symptômes inédits ou inquiétaient par des agirs qui jamais ne pouvaient se laisser décrypter dans les termes d'un modèle coutumier d'inconduite. Ouvrons, par exemple, le classique livre des Ortigues *Œdipe africain* et nous voyons qu'il fourmille d'une clinique de l'adolescence qu'on chercherait en vain dans ce que définissent les nosologies traditionnelles.

C'est bel et bien à une clinique des effets des déracinements et des transplantations rapides que le service de psychiatrie, ses soignants et ses savants, avaient affaire. Flambaient alors lesdites psychoses puerpérales, qui de psychose n'en avait que le nom (Douville 1996, Douville & Galap 1999).

Des jeunes mères déplaient un onirisme halluciné, ce d'autant qu'aucun rituel d'accueil du nouveau-né dans le monde venait les signifier comme actrices et passeuses de filiations.

* Psychanalyste, membre de l'Association française des anthropologues,
Directeur de publication de *Psychologie clinique*.
72 rue de la Tour d'Auvergne, 75005 Paris
Courriel : douvilleolivier@noos.fr

La figure réciproque et emboîtée de l'enfant qui ne donne pas lieu à la mère et de la mère qui ne donne pas lieu à l'enfant résonnait dans l'effroi.

Une mère face à son enfant, terrifiée ou péniblement indifférente et perdue. Un enfant né à peine et déjà ailleurs dans un monde pas encore humain, dans des limbes où grimacent les aïeux et où les ancêtres redoublent de férocité : c'est dans un tel contexte que A. Zempléni et J. Rabain ont évoqué puis décrit la situation de l'enfant-ancêtre (dit le plus couramment selon les termes wolof l'enfant *nit ku bon* (litt. "la mauvaise personne").

Précisons les définitions. La figure de "l'enfant qui part et qui revient" est, en 1968, une pièce maîtresse de la thèse d'András Zempléni. La description précise est cliniquement hétérogène. S'y rassemblent des dysharmonies, sans nul doute quelques cas d'autismes, des phobies archaïques. Si nous nous penchons sur les stratégies thérapeutiques, certes toutes traditionnelles, dont ces enfants sont les objets, une grande diversité dans les savoirs faire et dans les techniques saute aux yeux. Le travail de Zempléni est passionnant, il montre non pas ce qu'est un "enfant ancêtre" mais plus ce que libère comme possibles stratégies de soins individuelles et collectives l'établissement coutumier d'un diagnostic d'enfant ancêtre. Il ne semble pas même que le terme de diagnostic soit si justifié. Qualifier un enfant de la sorte est au fond l'étape première, celle qui permet la mise en place de ritualités, ou, mais ce n'est pas une constance de consultations traditionnelles diverses.

Ce vocable désigne celui qui, dès son plus tendre âge, est absorbé dans une forme de conversation obstinée avec le monde des ancêtres, au point qu'il est supposé qu'un ancêtre reparle à travers lui. Ces ancêtres seraient ses partenaires privilégiés, qui se chargent parfois de revenir à travers lui se manifester aux vivants. Il est parfois noté que ces enfants cherchent à se regrouper entre eux, formant des sous-groupes minoritaires, mais il faut tout de suite rajouter que de telles unités de repli n'ont pas fait l'objet d'observation spécifique et qu'elles visent à produire la représentation d'une même classe d'âge rebelle ou juste indifférente aux procédures coutumières de l'apprentissage, voire de l'initiation. La théorie "africaine" ainsi exposée et simplifiée – ce que Tobie Nathan ne manque pas de faire dès l'ouverture du livre collectif *L'Enfant ancêtre* – définit l'enfant ancêtre, non sur le modèle d'un déficit mais en lui attribuant des qualités psychiques spéciales. Toutefois, ce que l'ethnopsychiatre ne relève pas et qui me fut souvent confirmé au Sénégal ou en Guinée concerne le fait qu'il est redouté qu'un tel enfant ne meure aisément et de façon inexplicable, sans que l'on ait pu repérer des signes précurseurs nets de ce décès. L'anthropologue A. Zempléni avait, il y a longtemps, fait le même constat sur lequel nous reviendrons. Déjà nous conviendrons que l'exportation de la catégorie d'enfant ancêtre dans le domaine de la psychopathologie des familles et des enfants relève en France d'un véritable tour de force, très peu justifié.

Pour intéressante que soit la donnée anthropologique et pour nécessaire aussi que soit rappelé que la désignation d'un diagnostic suppose des interactions et parfois des négociations entre des systèmes de représentations autochtones et allogènes (Douville & Galap 1999), il n'en reste pas moins vrai que la mention de l'enfant ancêtre, tout en partageant un certain nombre de traits communs d'une culture africaine à une autre (notamment les troubles du sommeil, le retrait et l'absence de prise du jeune par les systèmes éducatifs et/ou initiatiques) n'en renvoie pas moins à des chaînes associatives et à des champs sémantiques très divers. De plus, ce terme ne désigne pas seulement un enfant vivant posant un certain nombre de problèmes sanitaires et éducatifs à ses parents et à son entourage. En effet, l'appellation d'enfant ancêtre (qui est plus qu'un syndrome en ce qu'elle désigne aussi l'attitude collective que le groupe doit observer par rapport à de tels enfants) peut être aussi un scénario explicatif *post mortem*. Ce terme peut donc subsumer des situations d'enfance et des destins de lignée assez divers. Entre l'enfant qui se présente comme le parent de ses parents et l'enfant qui meurt et revient, il y a plus d'une nuance, il y a toute l'épaisseur d'un fossé métaphysique. L'aspect funèbre de cette appellation (qui transcende et rend dérisoire toute réduction

syndromique et comportementale) est particulièrement mis en lumière dans le très beau texte de H. Collomb, paru en 1974, “L’enfant *tji:d a paxer*” – *ciit a paxeer* (litt. “la mauvaise personne” en sérère) autre nom donné à “l’enfant qui part et qui revient”). S’y désigne ce rapport particulier à la mort des enfants (et, de ce fait, à l’enfant mort) chez des mamans sénégalaises qui perdaient plusieurs enfants successivement. La théorie consolatrice réduisait cette succession de décès à la présence d’un même enfant qui faisait la navette entre le monde des vivants et le monde des morts. Dans le même ordre de constat, N. Amani, professeur de médecine et psychiatre en Côte d’Ivoire utilise l’expression d’“Enfant Houphouët” pour désigner le même type de représentation locale concernant des morts à répétition d’enfants en bas âge d’une même femme chez les Baoulé et les Akan de Côte d’Ivoire.

À compulser les écrits des psychiatres ou des psychologues, car de nos jours très peu d’ethnologues travaillent cette question, on rencontre un véritable éparpillement terminologique et sémantique de cette notion d’enfant-ancêtre ; à chacun son enfant-ancêtre ! serions-nous tentés de dire.

Les vocables se succèdent les uns aux autres, les terminologies se côtoient. Aucune analyse linguistique poussée n’a été tentée, du moins à ma connaissance. Ce modèle s’hypertrophie. On voit même, chez T. Nathan, dans un effet de généralisation qui donne le vertige, des cas d’enfants kabyles décrits comme des *enfants ancêtres*.

Parvenu à ce point de généralisation où tout s’essouffle à force de s’équivaloir, la catégorie considérée se démembre et se redistribue sur deux plans :

- soit la tautologie selon laquelle est enfant ancêtre tout enfant à propos de qui on puisse affirmer qu’il est “parent de ses parents”.

- soit une analyse fine, mais alors strictement anthropologique des rites coutumiers dont bénéficie une mère qui a l’infortune de perdre plusieurs enfants successivement, le dernier-né, survivant a alors la “réputation” évidemment métaphorique d’incarner les enfants aimés et perdus. Ces recherches anthropologiques qui portent sur ces rituels de réparation (Eschliman 1982 ; Lallemand 1993) sont utilisées sans grande prudence par les psychiatres et les psychologues africains qui tentent encore de parler d’enfant ancêtre.

Dans un cas comme dans l’autre la cohérence syndromique se dissout au point que l’on peut se limiter à une définition très vague et bien trop floue, mais au moins exacte et prudente que nous tenterons de cerner.

Résumons. Les rationalités traditionnelles se centrent sur la façon dont une famille accueille son enfant, dont un lien social accueille et les enfants et les parents. De plus, la famille se doit d’imaginer et de figurer la façon dont le tout nouveau-né accueille et adopte le Monde. Ce croisement entre deux actes d’adoption figurés par les rituels peut ne pas s’effectuer. Par exemple l’enfant refusant sa mise au Monde, ou encore : le monde s’avérant incapable de le protéger contre des sorts. Alors ce “trou”, cette faille de l’office d’un tiers faisant passerelle entre la mère, l’enfant et la mort, devient l’objet d’une nomination. Le nouveau-né, ou l’enfant ensuite grandi (et il faudrait mieux comprendre les âges et les temps de cette nomination, la mise au travail préalable à cet acte de nomination) est désigné comme enfant-ancêtre. Cette opération est souvent le prélude à la mise en scène de ritualisations qui surdéterminent la force et la générosité de la puissance adoptante. Il en est ainsi du rituel Kagan décrit par Eschliman au cours duquel une “vieille” femme qui a parlé à l’enfant, l’a scarifié discrètement puis a fait mine de le brutaliser et de le menacer de mort, consent peu après cette mise en scène à le vendre à une autre femme qui va racheter l’enfant pour le ramener, enfin, dans la maison de la mère. D’autres rites consistent à isoler transitoirement l’enfant et à le “placer” ; d’autres encore, à attribuer à l’enfant un nombre conséquent de “marraines tutélaires” qui font mine de l’insulter et de se moquer de lui pour conjurer le mauvais œil. L’énumération serait longue et sans argument probant. Elle rassemblerait dans le

désordre des gestes prescrits et des vocables, différents selon les champs culturels et qui renvoient à des univers sémantiques difficilement renversables les uns dans les autres. On voit quel effet d'accélération assez risqué va venir positiver cette notion, qui n'est le plus souvent rien d'autre qu'un mot-valise, dans le sens d'un diagnostic applicable à de nombreux enfants de familles issues pour la plupart de divers pays africains, de divers peuples de ce continent, et qui sont loin de donner la même acception à cette notion, ni lui conférer une même valeur de centralité.

J'ose cependant proposer un premier repérage. L'enfant ancêtre est bien une nébuleuse pratique qui désigne :

- Des particularités psychologiques et physiques très composites (allant de signes d'autisme à la phobie précoce).

- Un rapport précis entre la présence du nouveau venu qu'est l'enfant et celle du dernier parti qu'est le dernier mort de la famille. On trouve là un fond de théorie à rationalité traditionnelle qui boucle le temps de la génération qui vient sur celle des générations précédentes (cet axiome correspond à une logique qui suspend le temps et découpe l'ordonnance des parentés et des lignées (Lutz-Fuchs 1994) ; il ne convient pas de l'aborder avec un surplus d'imaginaire qui renverrait à des modèles propres au fantastique " gothique " européen.

- Une disposition du groupe qui, par le prisme de l'enfant, tente de s'adresser sur le mode de sacrifice de réconciliation à l'ancêtre peut-être mal honoré qui fait ainsi retour. Le groupe en sur-codifiant les mondes auxquels appartient l'enfant, redésigne les opérations de passage entre mort et vie, entre « matrice » et famille puis entre famille et lignages, entre lignages et sociétés.

- Une théorie consolatrice dans des processus de deuil lorsqu'il y a succession de décès d'enfants. Bien évidemment la façon dont chaque mère adopte et fait de ces théories le matériel de construction d'un ouvrage de deuil est loin d'être identique d'une femme à une autre, même si elles partagent la même culture, proviennent du même village, de la même famille, etc. Il est nécessaire, où que ce soit, de disjoindre le pattern culturel de la causalité psychique, sauf à retourner à des pratiques d'influence et de suggestions mortifères. On se rend aisément compte que le bénéfice de cette théorie qui fait des enfants morts une figure récurrente de l'enfant revenant, brise la relation duelle mère/enfant, interposant entre elle et eux la dimension de tiers qu'instaure l'ancêtre.

Nous sommes instruits par la prodigieuse habileté des cultures africaines à faire jouer, dès les premières relations de l'enfant, du manque et du symbole, et nous sommes conscients de la façon dont elles disposent des stratégies de séparation et de coupure/lien. Ceci étant, on voit, que par une fidélité obstinée aux dogmes les plus éculés de la psychologie occidentale, on risque de méconnaître ce que disent les théories africaines de l'ouvert et du tiers, et, de plus large façon, on passe sous silence la façon dont est nommée et comprise, qui fait effraction dans les relations duelle.

La rencontre clinique

Il va de soi que l'exportation du modèle de l'enfant ancêtre dans des contextes d'immigration ne va pas de soi. Et des familles en exil qui désignent (c'est heureusement rare) ou entendent et voient désigner leur enfant comme un enfant ancêtre sont, plus qu'ailleurs, sensibles à l'impact morbide que charrie aussi une telle notion, dans la mesure où un enfant ancêtre est aussi un enfant donné aux morts plus qu'aux vivants. S'il est à noter que la désignation d'un enfant comme " enfant ancêtre " est très rare en Afrique (sauf lorsque les modifications pathogènes du lien social et les anomies favorisent des vécus dépressifs et persécutoires s'accompagnant de stigmatisation), en France, le terme d'enfant ancêtre fait l'objet d'une promotion ethnopsychiatrique de choc. Au point que cette désignation, patiemment

recomposée par les recensions ethnographiques et toujours manipulée avec la plus extrême prudence chez les tradipraticiens, est en passe de devenir un cliché sous lequel on range au plus vite très et trop aisément les enfants de migrants africains en retard dans leur mode d'expression et de socialisation. Le succès assez important que rencontre l'enfant ancêtre ici et tout particulièrement en banlieue parisienne – bien plus donc qu'auprès des cliniciens et des tradipraticiens africains travaillant en Afrique de l'Ouest, par exemple – m'amène à tenter de préciser en quoi cette notion fourre-tout peut fonctionner comme un véritable piège pour la réflexion et l'action thérapeutique.

Je prendrai ici comme argument que le plus souvent l'enfant dit enfant ancêtre est le dépositaire de l'infantile maternel, qu'il est en quelque sorte la part non traduite, non transcrite du rapport à l'origine que tentent de tisser de nombreuses mères africaines en terre d'exil que ce soit l'exil extérieur vers des pays européens ou "intérieur" vers des mégapoles africaines.

Il est à regretter que la catégorie "enfant ancêtre" soit souvent positivée sans prudence aucune et a valeur d'argument. Tiendrait-on enfin un tableau clinique intact de toute influence occidentale, rendu compréhensible par des termes hérités des nosologies traditionnelles et devant être envisagé et traité comme tel. La continuation de l'héritage de Devereux aurait pourtant pu être plus intéressante intellectuellement et davantage prestigieuse. La visée restait celle des idéaux des Lumières : participer, tant du côté du soignant que du côté du soigné, à une mise en acte d'une culture universelle qui s'exprimerait localement par des codes particuliers mais susceptibles de se reverser les uns dans les autres, de se traduire, bref, de se faire signe. La clôture identitaire n'était pas tenue pour un bien, ni pour une condition de travail, mais bel et bien pour une obscénité. Pour Devereux, chaque être humain s'il est un échantillon complet de "sa" culture devient, en raison de ce présupposé, un représentant de l'humanité entière.

Le vœu que les connaissances anthropologiques puissent aider des soignants dans leur travail clinique avec des patients qui leur seraient étrangers peut aujourd'hui sembler assez naïf. Un psychanalyste ne peut entièrement concevoir que son acte renvoie à des spécifications, à des différences, il ne saurait, non plus, tout à fait accrédi ter l'idée qui réduit l'étranger à l'exotique.

Je plaide ici pour une conception "œdipienne" du sujet qui en fait aussi l'héritier d'histoires singulières composites où des lignées et des références plurielles se rencontrent se croisent et luttent parfois l'une contre l'autre. Je ne tiens pas d'un point de vue clinique à réduire l'enfant venu au Monde nouveau à un élément absolu d'une cosmogonie ancestrale. Ceci est, bien entendu, un point de vue cliniquement engagé. Il est, en revanche, parfaitement compréhensible et même souhaitable qu'un anthropologue cherche, lui, à objectiver la place de l'enfant mythique comme carrefour des représentations cohérentes au regard de la structure mythologique et cosmique.

De retour d'une mission à Bamako, je faisais remarquer à mes étudiants à quel point il est fréquent que dans des familles bambaras on nomme un enfant, souvent le dernier-né, "père" ou "mère" ; cela ne fait nullement de lui un enfant parasité par le redoublement de gourmandise d'un ancêtre venant dérober son fonctionnement psychique au fonctionnement banal caractéristique de la communauté des vivants.

Mais ceci ne peut être qu'un détail, et qui n'apporterait pas grande objection, si sur des faits aussi ténus, on ne parlait pas si aisément en France d'"enfants ancêtres" ! Il nous faut aussi, afin de poursuivre l'examen critique de cette notion, nous orienter vers l'anthropologie clinique et politique. En 1968 donc, Zempléni décrit avec minutie et rigueur les modèles étiologiques et thérapeutiques propres aux Lébou et aux Serers Wolofs qu'il a pu rencontrer. La thèse est passionnante et mérite d'être lue *in extenso*. Nous examinerons ces thèses au regard d'un point d'importance pour l'anthropologie de l'Afrique noire : l'apport de

Balandier. Selon Balandier, les faits observés par l'ethnologue ne sont pas des manifestations atemporelles du trésor de la tradition, ils ne viennent pas de la nuit des temps, ils ne surgissent pas telles des floraisons d'une structure introuvable et profonde, mais sont entièrement pris dans des contextes coloniaux. De même qu'avec Bourdieu, qui substitue à la notion de règle celle de sens pratique, les règles de la parenté de Lévi-Strauss deviennent des stratégies matrimoniales et des usages sociaux. Je signalerai toutefois que ces travaux ont relativisé grandement la thèse qui fait des structures élémentaires de la parenté une structure première. Les formes de la parenté dépendent aussi des contextes économiques et politiques. Dans le droit fil de cette anthropologie il a pu être établie que la position de l'enfant est plus complexe encore que ce qu'une lecture des logiques traditionnelles des croisements de lignée pouvait déduire.

L'enfant et la violence politique

Il n'est pas question de supposer la moindre correspondance directe entre un mythe et un rite. C'est là l'enseignement structurel indépassable. En d'autres termes le code culturel qui désigne tel ou tel enfant comme "enfant ancêtre" ne donne pas ici ou là la même prescription thérapeutique. De même que les mythes d'une aire culturelle s'articulent à des rites propres à autre aire et s'expliquent en tenant compte de cette dissémination, de même le code culturel étiopathogénique ne renvoie pas à une même ritualité thérapeutique ici ou ailleurs. C'est dans une constante ignorance des données de l'anthropologie structurelle qu'il peut être postulé une unité de lieu et de temps faisant se juxtaposer solidairement mythe et rite, diagnostic coutumier et soin spécifique.

Enfin, si la notion d'"enfant ancêtre" désigne une façon d'inversion des générations, c'est alors une notion qui va très vite connaître une inflation ne renvoyant en rien à l'expression d'un fonds traditionnel. L'amplification du phénomène de réduction de la génération qui vient à celle des ancêtres prend son essor avec les coups fatals portés à la vie coutumière. Elle accompagne les violences urbaines, les guerres, les désocialisations, les éclatements des régulations anciennes. Il serait naïf et sot de notre part d'espérer remonter conceptuellement à l'ordre symbolique propre à une communauté villageoise stable, du moment où il nous est présenté un supposé enfant ancêtre, pour comprendre et soigner ce dernier. Aussi, le premier et principal problème que nous pouvons rencontrer en Afrique, à propos des enfants stigmatisés, est celui de l'évolution pénible de la catégorie d'enfant ancêtre vers celle de l'enfant sorcier.

La situation problématique de cet enfant stigmatisé, dans nombre de grandes villes africaines, est, aujourd'hui, une réalité préoccupante pour les politiques de santé. Ainsi, la stigmatisation d'un enfant comme enfant sorcier si cet enfant est errant, s'il est mal inscrit dans son périmètre d'existence est-elle trop courante à Kinshasa, comme en attestent les travaux de Jaak Le Roy et d'Adelin N'Situ. Les repères s'affolent et les deux termes qui organisent les espaces traditionnels, l'ancêtre et le sorcier, se confondent et se condensent en une synthèse qui accable l'enfant. Une logique de l'étendue qui associe les humains et les génies se trouve télescopée avec une logique de la durée qui associe les humains et les ancêtres. Des familles désarrimées, des rivalités non médiées sont des facteurs qui impliquent des "pannes" dans la transmission culturelle. De plus, des partitions anciennes, propres à régir et conforter les fondations de l'espace et de la durée, s'effaçant, le groupe familial ou sociétal ne se vit plus dans le reflet du monde. La génération qui vient surgit comme antagoniste.

L'ancêtre et le génie sont alors confondus, de plus en plus fréquemment. À Kinshasa, Le Roy repère des mutations du principe d'ancestralité. Aujourd'hui prolifèrent autour des enfants, le

plus souvent, un accroissement morbide et inquiétant des thèmes d'enfants-sorciers, possédés, anthropophages Or, l'accusation d'anthropophagie est la plus redoutable de toutes, elle peut frapper *post-mortem*. Chez les Bamiléké tout comme dans l'ex Zaïre, à Douala tout comme à Kinshasa cette accusation est terrible et terrifiante. Pourquoi donc assistons-nous aujourd'hui à une telle variation morbide de ces thématiques de dédoublement, de possession et à propos d'enfants ? La question est ouverte.

Enfin, nous pouvons nous demander si cette profusion d'enfants ancêtres déjà constatée en 1968 à Dakar n'est pas dépendante d'un contexte politique et social global qui met à mal les équilibres lignagers et coutumiers. Les recherches en anthropologie politique mènent à considérer que ce que représente l'enfant, comme nouveauté, et comme rappel de ce qui est refoulé dans chaque lignée peut être différemment insistant selon que les familles et les groupes se vivent comme réglés et apaisés par une stabilité programmatique à la tradition, ou non.

D'autre part, nous devons considérer comme symptomatique non seulement le fait qu'il y a de l'ancêtre dans l'enfant, mais aussi et encore du sorcier et que cette cohabitation inédite est alors le signe d'un affolement des sujets par rapport à ce qui organisait le rapport à la naissance et à la mort. Les ancêtres ont une fonction continue.

Ils deviennent ancêtres après leur mort et fonctionnent dans un monde qui est en reflet du monde des humains. À l'inverse les sorciers occupent une fonction discontinue. Ils font brèche et sur-individualisent celui qui les porte au risque de la folie.

Clinique

Coumba est une fillette de huit ans. Je la reçois avec ses parents dans mon cabinet de psychanalyste parisien. Il n'y a aucun co-thérapeute, stagiaire, ethnologue d'occasion pour m'assister. Je fais le pari que je peux recevoir des patients africains sans créer le moindre dispositif " spécial " à leur attention. J'affirme assez résolument que je ne partage pas la conception qui réserverait aux seuls patients occidentaux la possibilité d'avoir un accès à leur division subjective et à leur incomplétude. Je ne pense pas non plus que l'interprétation ait fonction de restaurer le sujet dans une mythologie spécifique.

J'avais affaire à un couple divisé, comme bien des parents le sont où que ce soit. L'enfant est décrit comme un peu isolé des autres, constamment accroché à la main de l'adulte, et il serait violent. Madame est d'origine guinéenne, Peuhl du centre du pays, et elle a rencontré Monsieur qui, Malien, habitait la Sierra Leone. L'enfant est fragile, frêle, elle parle peu, sourit beaucoup, et se blottit dans un coin de mon bureau. On parle de sorcellerie et de sort jeté, sans doute pour deux raisons : d'une part c'est une façon assez ordinaire d'aborder le récit des difficultés et des soucis ; d'autre part, la plupart des patients africains connaissent bien le voyeurisme occidental et la gourmandise de nombreux psy à absorber des histoires un peu exotiques et un peu funèbres. Comme de nombreux patients africains, les parents ne réagissent en rien par de l'effroi à l'idée qu'un sort est tombé sur l'enfant et l'a rendu enfant ancêtre. Allez vous promener dans un village d'Afrique de l'Ouest et vous constaterez aisément que la personne à qui l'on annonce qu'il est victime d'un mauvais sort ne réagit pas par un traumatisme, mais par des réactions d'indignation, assez sthéniques, furieuse le plus souvent, contre l'injustice qui lui est faite. Dans le cas de la petite Coumba, une condensation a produit cette désignation accompagnée d'un sort jeté. Un guérisseur du Fouta Djallon (centre de la Guinée) a parlé d'un sort. Ici selon ce que me dise ses parents, une clinicienne convertie à la nouvelle ethnopsychiatrie des banlieues a convoqué la figure passe partout de l'enfant ancêtre. Un stagiaire africain a reconnu le sérieux de la désignation – " l'enfant ancêtre " fait partie des lectures obligatoires. La science a donc tranché.

Une stigmatisation de plus au risque que l'histoire singulière soit noyée sous la présentation d'une nosologie typique. Ce que rajoute immédiatement Monsieur, revenant aux aléas de sa propre existence, est que le sort est tombé sur l'enfant alors que c'était un sort destiné qui lui était destiné, lui le père. Comment le sait-il ? Certainement pas au terme d'une enquête, ni par de compliquées déductions fondées sur l'observation précise de son enfant. Un secret l'accable, c'est-à-dire un secret encore « impartagé ». Ce qu'il me dit là et qui surprend son épouse est qu'il se croit voué à un châtement et qu'il redoute que ce sort ne soit que momentanément posé sur la tête de l'enfant. Qu'avait-il transgressé ?

Depuis qu'il a quitté la Sierra Léone, il est sans nouvelles de son jeune frère. Où est-il ? A-t-il été pris dans les terrifiantes violences de la guerre civile ? Son frère fantasmé comme possiblement mort (et c'est loin de n'être qu'une supposition furtive et infondée) peut être mis à la place d'un enfant donné pour mort. Un sort aurait été jeté sur Monsieur, qui frapperait le premier de ses enfants à venir. Ce sera la petite Coumba. Poursuivant son récit, il raconte qu'il aurait été forcé d'épouser sa femme, qu'il fallait ainsi qu'il construise une union, à peine était-il rentré au Mali. Qui l'aurait forcé de la sorte ? Un oncle paternel répond-il, sans certitude aucune. Il n'est pas question de discuter plus avant avec lui les relations de parenté et d'autorité "bambara".

Lorsque cet homme raconte cette décision, il exprime nettement à quel point lui, l'exilé, le fugitif, aurait bien eu du mal à nouer alliance avec une femme tout à fait autochtone. Une liaison avec une étrangère lui permettait de ne pas se vider du vécu de son propre exil, du vécu de sa propre étrangeté. Nous en restons là lors du premier entretien.

Par la suite, c'est-à-dire deux jours plus tard, je les reçois à nouveau. Je parle au tout début de la séance et énonce : « J'ai compris qu'il y a quelque chose qui t'agite Coumba. C'est ce qui fait peur à ton père, et aujourd'hui ta mère va nous dire comment elle a entendu ce qui s'était dit la fois dernière où vous êtes tous venus me voir : "Moi je serai là, et tu pourras dire ce que tu veux à n'importe quel moment" ». Les liens semblent se tresser autrement entre cette femme et son époux. Elle objecte sur le terme de "forcé" pour désigner l'union. Elle rajoute alors que l'oncle n'a pas forcé monsieur à faire un enfant. Et que, dit-elle à son époux : « Cette fille-là tu l'as bien fait, cette fille !? ». Réagissant au quart de tour, Coumba se laisse tomber assez rudement sur le tapis, me décrochant un regard. Sa mère et moi la relevons, le père est figé et il semble pris d'inquiétude. Vivement Coumba se tourne vers lui, sourit et balance à ses pieds un morceau de tissu qu'elle tenait jusque-là serré contre elle. J'incite Monsieur à ramasser l'objet, un mouchoir torsadé en tous sens. La mère me semble alors cette personne et ce corps dont l'enfant chute vers un vide sans fin jusqu'à ce que quelqu'un, un tiers, est mis en place de séparateur : ici un homme est mis en place de celui qui trouve son compte d'avoir fait un enfant à cette mère. Entre une mère complète, trop complète, Autre peu entamé et une absence radicale où Coumba se perd, un vide : et le geste de l'enfant se coalise en surgissement d'appel. La mère dans son appel au père présente le fait qu'elle est divisée. Et elle parle, très émue. Elle confie alors, ce qui est tout à fait bouleversant et émouvant aussi compte-tenu des vives réserves de pudeur qui existent dans la civilité africaine, qu'elle a toujours eu peur de perdre l'enfant quand elle était "endormie" dans son ventre. On parle de la naissance de l'enfant, de ses premiers cris, de ses premiers rires. La petite Coumba écoute, elle est formidablement concentrée sur ce flot de paroles, plus qu'happée par lui. Et l'entretien va durer au moins deux longues heures. Madame revient sur la désignation d'enfant ancêtre. De retour à la maison et repensant à ce verdict asséné sans médiations, elle fut prise d'intenses nausées. Et de vertiges. Tout en craignant de faire preuve d'un manque de tact flagrant, je lui dis – à ce moment-là, Coumba étant venu se poser contre mon fauteuil et chantonnant un peu une douce mélodie de berceement –, que ses vertiges et ses nausées évoquaient ce que ressent une maman qui attend un enfant. Madame de poursuivre alors que c'était précisément l'absence de toute perturbation de cette nature qui lui fit douter d'être enceinte. Et de me

demander si une maman qui ne sent pas trop bouger l'enfant qu'elle attend dans son ventre et n'a pas de nausées ou de vertiges peut fabriquer un enfant ancêtre. Il me fallait faire entrer le père dans les échanges. Aussi demandais-je à Monsieur si sa femme lui racontait ses rêves. Et là, soulagement pour un psychanalyste, ni l'un ni l'autre n'avaient renoncé à l'habitude de se dire leurs rêves. Moi qui avais le sentiment d'être sans boussoles aucune, je me sentis autorisé à demander si l'un ou l'autre se souvenaient des rêves que faisaient la maman pendant la grossesse. Viennent des rêves simples et presque limpides que Madame va narrer, tout en demandant à son époux s'il se souvient qu'elle les lui confia naguère. Ce qu'il confirmera. Rêve dont le plus typique est celui-ci. La mère se vit d'abord comme une adolescente perdue sur une piste de brousse qu'elle ne connaît pas. On lui a demandé d'aller puiser de l'eau. Elle s'égare. Et entend une voix enfantine qui parle une langue incompréhensible. Ce qu'elle sait c'est que c'est un appel. La voix est présente, obsédante presque. Elle lutte contre le réveil. Un rêve lucide, dit-on, pour désigner ces sortes de rêves où si le rêveur sait qu'il rêve il se pose la question de son réveil, soit pour le hâter, soit pour le retarder. Là elle lutte pour ne pas se priver de ce qu'elle attend des fruits de son onirisme, elle rêveuse et « rêvante », soit, en la circonstance, toucher et prendre contre elle ce corps qui se lamente ainsi. Un corps d'animal aux yeux clos, qui finit par se transformer en nourrisson savant et humain. Ce n'est pas tant la transformation d'un corps souple et animal en corps de nouveau-né qui la rassure que le passage clair qu'opère le rêve en faisant passer la plainte continue et obsédante au registre de la parole, de l'articulation.

J'interprète ainsi, en précisant tout d'abord que, dans mon métier, on porte une grande attention aux rêves – ce qui les fait rire, car cela existe aussi dans les villages et les villes africains des hommes qui portent une vive attention aux récits de rêves, c'est même une vieille tradition d'avant 1900 – j'interprète donc : « Vous rêviez à partir de ce que vous entendiez et ressentiez physiquement de cet enfant qui n'était pas endormi alors quand vous dormiez ». Puis après quelques échanges autour de cette phrase de bon ton « ce qui vous fait peur dans ce rêve, mais il y a la force d'aller à bout de cette peur, c'est que la parole de l'enfant est incompréhensible comme s'il n'était pas né dans le berceau de la parole ». Et là Madame de dire que c'est bien elle enfant qui était restée mutique longtemps, et qu'autour de sa famille – et je suppose dans sa famille même – on pensait que son esprit avait été enlevé par un esprit. Il “n'était pas sorcier” ou plus exactement “ethnosorcier” de se rendre compte, à ce moment-là, à quel point le fait d'épouser un étranger, de repousser plus encore les frontières tempérées d'une exogamie coutumière, était prendre appui sur non seulement le stéréotype “viril” que pouvait incarner son mari, mais aussi sur un rapport à un autre féminin qu'elle trouvait chez cet étranger de mari. J'avance ici l'hypothèse que se savoir ou du moins se dire choisie par un homme étranger est aussi se savoir accepter par le féminin de l'homme qui n'est pas réductible dans le féminin des matris de sa propre lignée à elle. D'où l'importance de se savoir choisie, car c'est ainsi que débuta cette seconde séance. Je laissai encore flotter la conversation sur ce qui avait permis à l'un comme à l'autre d'avoir laissé place à du féminin non réductible à du maternel, après la naissance de Coumba, puisque – et je tourne là le dos aux stéréotypes sur la “mama africaine” –, il est fondamental que le féminin de la femme ne disparaisse pas entièrement sous l'évidence de l'accouchement. Coumba tranquillement s'était, à la fin de la séance, assoupie.

Au troisième entretien, le couple abordera les ententes et les mésententes du quotidien, puis les reproches très longtemps tus. Monsieur dit de son épouse qu'elle reste toujours prisonnière de son pays, qu'elle est constamment en nostalgie et qu'en douce elle parle peuhl à l'enfant, que lui ne comprend rien. Le voilà exclu d'une complétude de bouche à oreille. Il se “ fatigue trop ” à vouloir que sa fille le salue en bambara. Bien sûr il surnomme sa fille Coumba “La vieille” (*moussokoroba*) comme c'est souvent le cas au Mali, mais il s'indigne qu'on ait pu prendre cela comme le signe que sa fille était contaminée par l'esprit ancestral. Il faut dire

qu'à la différence de bien des choses écrites actuellement en France – et certainement pas à l'époque de Zempléni – nos amis africains savent faire la différence entre la transmission symbolique et la contamination imaginaire.

Le sort est tombé sur l'enfant, c'était un sort destiné qui m'était destiné dit le père à nouveau. En vérité, un vague climat sensitif qui s'est renforcé suite à la fuite de la Sierra Léone se cristallisa en scénario " persécutif " grâce à l'entremise d'un charlatan sénégalais du quartier de La Chapelle. Dans la vie de cet homme presque tout ce qui fait rupture est rapporté à la contrainte et à l'emprise. J'apprendrai dans les deux entretiens suivants que si Monsieur aurait été forcé d'épouser Madame, il a dû vite partir en France trois ans après le mariage, deux ans après la naissance de Coumba. Or, la grand-mère paternelle de l'enfant, qui était restée à Bamako durant l'exil Sierra Léonais de son fils, et très proche de l'oncle évoqué, ne voulait pas de l'installation du couple en France. Selon elle, pour avoir des enfants en bonne santé il fallait, au couple, aller dans un autre pays limitrophe. Mais où cela ? Burkina ? Côte d'Ivoire ? Rien n'est facile aujourd'hui en ce qui concerne les migrations internes à la sous-région de l'Afrique de l'Ouest. Par chance, le voyage en France a pu avoir lieu. Qu'est ce qui fait limite ? Bord ou passerelle entre deux frontières, entre deux sites. L'enfant lui, est la proie et le blason des nostalgies de l'un et de l'autre. Il condense ce qui doit être laissé au lieu que l'on quitte. L'exil en France ravive la perte du lieu, qui est plus que la perte d'un objet ou d'un être, l'abandon du site qui contient le familier des objets et des êtres. Pourtant les sites d'origine même étaient frappés de délabrement. Madame avait dû quitter la Guinée, la misère y était trop forte.

Monsieur avait dû quitter la Sierra Léone, la violence s'y annonçait trop sévère. Nous savons tous ce qu'il en est devenu : l'un comme l'autre abandonnent un lieu frappé de non-retour. À ce moment-là, les ancêtres redoublent de virulence et d'appétits captateurs. Et l'exil ne relie pas les lignées, il les met en antagonisme. L'enfant a pris le sort à la place du père. Autrement dit, la métaphore paternelle reste erratique. La part inaccessible de l'enfant reste encore menaçante. Nous allons voir comment il se produit une traversée de cette part dangereuse.

Parler oui c'est nécessaire, mais c'est aussi déplacer le sort et perdre la sécurité que représente le mutisme de Coumba, la sécurité que la fille soit possédée à la place du père. Au cours de l'avant-dernier de nos entretiens, la mère pleure et dit que sans en avoir jamais parlé à son époux ni à qui que ce soit, elle envoie régulièrement à Conakry, des cassettes de magnétophone où elle parle de Coumba. Elle les adresse à un marabout. Ce dernier –ce qui ne surprendra que ceux de mes lecteurs qu'avertisse de l'Afrique une seule littérature psychologique – ne sermonne pas et ne donne aucunement d'indication relative à un statut d'enfant ancêtre. Il commente, donne des conseils éducatifs, préconise la visite à des psychologues blancs (là encore, même remarque qu'à la phrase précédente).

Lors du dernier rendez-vous, enfin, nous écoutons les cassettes qu'en retour envoie le marabout, la mère les traduit. Peu à peu Coumba, jusqu'alors refermée sur elle-même et prenant appui sur l'angle du mur ou sur les bras de mon fauteuil se détend, se met à rire, se détache résolument de cet angle de la pièce où de ce meuble, tout de même par ma présence et ma voix occupé, elle trouvait un refuge et un axe. Il sera question d'un sacrifice à accomplir pour régler cette question de sort, et c'est l'objet de négociation entre les deux parents, là encore sans le moindre horizon métaphysique ou occulte manifeste. Ce pan de réalisation symbolique se déroulera sans que je participe à la prescription là n'est pas mon rôle. De me mettre ainsi de côté par rapport aux tractations, aux négociations et aux commerces coutumiers est la seule attitude possible. Je n'entre pas ici dans le système des prescriptions et des dettes infinies. Coumba lors des dernières séances a demandé à écrire. Elle décida une fois d'écrire ce qu'elle nomme « une lettre ». Elle fait une enveloppe avec une feuille de papier, gribouille, et si je lui demande ce qu'elle a écrit, elle me dit qu'elle ne sait pas le lire (de fait ce sont de simples tracés). Puis elle plie en six cet écrit qui, comme toute lettre va trouver son

destinataire. Cette lettre en main, elle va d'abord la donner à son père, puis à sa mère, finalement elle me la met d'autorité dans la poche de ma veste et me dit : « Elle est pour toi ». « Tu me la donnes donc », fut ma réponse, ce qui me permit d'indiquer ensuite qu'il y avait "deux" Coumba. Coumba qui s'était laissé tomber et Coumba qui prend et donne un objet. Il n'est plus uniquement question de corps captif ou de corps miroir, mais d'un jeu avec de la rature, de la lettre et de l'écrit, d'un jeu avec la trace, c'est-à-dire avec ce qui déchire l'imaginaire du miroir, le divise et l'oriente. Comprendons que ce sujet qui se vivait comme délaissée et chue de l'autre s'est repris en une signature, en un jeu de présence et d'absence, de mise en "représentation" donnée à l'autre. Je reverrai ensuite ce couple et l'enfant, puis parfois la mère et la fille, parfois le père seul – est venu une fois avec Coumba.

Nous n'avons plus fait mention d'un enfant ancêtre. Coumba est vivante et bien partante pour faire cheminement dans le monde des vivants. Continuer sur ce thème de l'enfant ancêtre aurait été pour ma part affilier la fillette à une seule lignée, à une seule ancestralité dont je serai devenu, la squattant, le représentant blanc, l'auxiliaire surmoïque.

Coumba était une présentification d'une nostalgie mélancolique, de cette part de l'infantile maternel et paternel qui n'avait pas été "sacrifié" symboliquement par l'un et l'autre parent. Ils ont renoncé très vite à croire à cette désignation, ce qui a pu contribuer à ce qu'ils affrontent eux-mêmes ce qui, de leur propre infantile les captivait bien trop. Coumba fit son chemin, elle inventa son système de signes, ses localisations de la peur, ses phobies.

Coumba a grandi, je l'ai revue pour la dernière fois il y a quelques mois, sa mère et elles, passaient me saluer. Elle oubliera doucement, peut-être, le rêve où elle se trouvait enclose. Plus tard, dit-elle, elle sera chanteuse ou sportive de basket, ou chanteuse ou infirmière. Une petite fille tournée vers les clairs jours des rêveries de son âge.

Bibliographie

- AMANI N « L'enfant Houphouët, qui meurt et qui revient » *Les Cahiers du Graaf*, 4, ("Le regard et la parole") : 102-120. 2003.
- BENCHEMSI Z., NATAHI O. « Le féminin et la question du savoir dans la civilisation arabomusulmane » *Psychanalystes*, 40 ("L'Islam au singulier"), octobre 1991 : 71-76.
- BARRY Aboubacar *Le corps, la mort et l'esprit du lignage, L'ancêtre et le sorcier en clinique africaine*. Paris, L'Harmattan, 2001.
- BENSLAMA Fethi « L'enfant et le lieu » *Cahiers Intersignes*, 3, automne (" Incidences subjectives de l'exil ") : 51-69, Édition de l'Aube, 1991.
- CHERKI Alice *Frantz Fanon, portrait*, Paris, Le Seuil, 317 p, 2000.
- COLLOMB Henri (1974) « L'enfant qui part et qui revient ou la mort du même enfant » (1974) in James ANTHONY & Cyril
- KOUPERNICK *L'enfant dans la famille*, Paris, PUF, 1980 : 354-362.
- (1979) « De l'ethnopsychiatrie à la psychiatrie sociale » *Canadian journal of Psychiatry* 2, 5 : 459-470.
- (1985) « Études transculturelles » in Serge LEOVICI, René DIATKINE, Michel SOULÉ (éds.) *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, PUF, Tome 1 : 215-275.
- DAHOUN, Zerdalia K.S. *Les couleurs du silence. Le mutisme des enfants de migrants*. Paris, Calmann-Lévy 1995.
- DEVEREUX Georges [1956] « Normal et anormal » in Georges DEVEREUX (1970) *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard (« Bibliothèque des sciences humaines ») : 1-83. [Traduit de l'anglais par Tina Jolas et Henri Gobard, Préface de Roger Bastide].
- DOUVILLE Olivier *Anthropologie et Clinique : recherches et perspectives*. Rennes, Editions de l'AARCP, 1996.

- « Notes sur quelques apports de l'anthropologie dans le champ de la clinique interculturelle » *L'Évolution Psychiatrique*, 65, 4^e trim. : 641-761. (2000)
- « De l'étrangeté dans l'exil », *Cahiers Intersignes* 14-15 ("Clinique de l'exil") : 31-41. (2001)
- « Résister à l'ethnisation des souffrances psychiques » *Migrations-Santé*, 115/116 : 211-226. (2003)
- DOUVILLE Olivier & GALAP Jean (1999) « Santé mentale des migrants et réfugiés en France » *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-880-A-10, 1999, 11 p.
- DOUVILLE Olivier, NATAHI O. (1988) « De l'inactualité de l'ethnopsychiatrie » *Synapse*, 147, juin 1988 : 23-30.
- ESCHLIMAN, Jean-Pierre *Naître sur la terre africaine*. Abidjan, INADES-Édition, 1982.
- LALLEMAND Suzanne *La circulation des enfants dans la société traditionnelle. Prêt, don, échange*. Paris, L'Harmattan, 226 p. (« Connaissance des hommes ») (1993)
- LE ROY Jaak « Migrations, ruptures et reconstructions identitaires dans la modernité d'une capitale africaine : Kinshasa (R.D. du Zaïre) » *PTAH " Modernités - Résonances Psychiques"*, 1/2 : 139-152, (1997)
- LUTZ-FUCHS Dominique (avec la collaboration de Pierre ERNY) *Psychothérapies de femmes africaines*, Paris, L'Harmattan, 255 p., ill. (« Santé, sociétés et cultures ») (1994)
- MORO Marie Rose *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris, PUF, 1994.
- NATHAN Tobie « Autistes ou ancêtres » in *L'enfant ancêtre*. Grenoble, Éditions La pensée sauvage : 7-32, 2000.
- ORTIGUES Marie-Cécile et Edmond *Œdipe africain*, Paris, Plon, 335 p. bibliogr., lexique, index. (« Recherches en sciences humaines ») ; nouvelle éd. revue et corrigée Paris, EGE (Coll. « 10/18 », 746) ; 3^e éd. Paris, L'Harmattan, 1984, 324 p, 1966.
- RABAIN Jacqueline (1979) *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge chez les Wolof du Sénégal*. (Préface par Edmond Ortigues). Paris, Payot, 237 p. (« Bibliothèque scientifique ») (2^e éd. 1994)
- (1985) « L'enfant *Nit Ku Bon* au sevrage. Histoire de Thialo [1965] » *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, 4 : 43-58. (« L'enfant ancêtre » Textes réunis par Tobie Nathan). [Rééd. de la partie réalisée par l'auteur de l'article commun publié avec András Zempléni : Cf. ZEMPLÉNI András & RABAIN Jacqueline (1965)].
- (1986) « Systèmes familiaux africains et interactions mère-enfant (exemple sénégalais) » in ANAPASE (Association nationale des personnels et acteurs de l'action sociale en faveur de l'enfance et de la famille) : *enfance et cultures, Problématiques de la différence et pratiques de l'interculturel*. Toulouse, Privat : 125-136.
- (1987) « L'enfant et son développement. Perspectives transculturelles », Chapitre 3 in M. MANCEAUX M, S. LEOVICI,
- JEANNERET et al. (éds.) *L'enfant et sa santé. Aspects épidémiologiques, biologiques, psychologiques et sociaux*, Paris, Douin : 49-61.
- RANK Otto *Le mythe de la naissance du héros* [1909]. Paris, Payot, 1983.
- ZEMPLÉNI András (1968) *L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lebou du Sénégal*. Thèse de doctorat de troisième cycle en Psychologie, Paris, 1968, 543 p.
- ZEMPLÉNI András & RABAIN Jacqueline (1965) « L'enfant *Nit Ku Bon* un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolof et les Lebou du Sénégal ». *Psychopathologie africaine* 1, 3 : 329-441.

Chapitre III

FEMMES ET SOCIÉTÉ

PENSER L'ÉCONOMIE EN AFRIQUE, C'EST PENSER LA FEMME

Geneviève N'KOSSOU

J'ai été formée à l'Université Paris 8. J'ai obtenu un DESS d'ethnométhodologie à Paris 7 et je suis à présent doctorante en ethnologie à l'Université de Lyon lumière 2. J'interviens en tant que médiatrice ethno clinicienne au sein d'institutions diverses et dans différents cadres :

- PMI (Centre de Protection Maternelle et Infantile) ;
- Hôpitaux et associations ;
- ASE (Aide sociale à l'Enfance) ;
- PJJ (Protection judiciaire de la Jeunesse) ;
- SSE (Service social éducatif) ;
- AEMO (Aide éducative en Milieu ouvert).

Je suis ainsi amenée à travailler avec des professionnels de différents horizons dans des cadres pluridisciplinaires : médecins, éducateurs et travailleurs sociaux, psychologues et psychiatre, juges. Ma connaissance des langues de l'Afrique centrale et la compréhension de ce monde culturel m'aide particulièrement dans mes rapports de travail avec les personnes originaires de cette partie de l'Afrique.

Madame A., femme active au Congo, femme dépressive en France

Madame A. est une mère de famille. Elle a eu trois enfants : deux garçons et une fille. Cette mère de famille est analphabète. Je la rencontre en milieu hospitalier dans le bureau du psychiatre. Son état de santé paraît inquiétant. L'assistante sociale référente de la famille s'interroge sur la décision à prendre quant au placement de ses enfants. Madame A. refuse, ne comprend pas le sens de cette proposition. On a fait appel à moi pour un éclairage culturel, une médiation.

Madame A. est une femme de grande taille. Elle a un visage fin avec un sourire qui laisse voir ses dents blanches. Elle paraît fatiguée et laisse échapper : « Ma fatigue est due à la prise de médicaments ».

Elle entre en relation avec moi en lingala, langue véhiculaire parlée dans les deux Congo : le Congo Kinshasa et le Congo Brazzaville. Voici l'histoire de son parcours tel qu'elle me le restitue.

Son récit

« J'ai quitté mes parents pour la première fois à l'âge de douze ans. Je ne suis jamais allée à l'école. Mes parents n'avaient pas beaucoup d'argent. Ma mère est une femme au foyer. Mon père a préféré pousser mes frères à faire des études. Ma mère dit que : 'Les filles doivent se marier et faire des enfants' Moi, je n'ai pas grandi dans la capitale. Je suis née dans la région sud de notre pays. J'ai grandi au village. Je ne suis pas la seule fille du village à ne pas aller à l'école. Un jour, mon père décide de me conduire auprès de ma tante paternelle qui habite la capitale Brazzaville ».

A. chez sa tante paternelle

« Ma tante m'a accepté chez elle pour parachever mon éducation de jeune fille. Cette tante est une grande commerçante. Elle promet à mon père de m'inscrire à l'école. En fait, elle a fait deux propositions : soit elle m'inscrit à l'école et elle s'occupe de tout, en revanche, mon père doit se débrouiller pour subvenir au besoin de mes frères, soit elle m'initie au commerce, dans ce cas ma tante verse une certaine somme à mon père pour l'aider et aider les autres enfants membres de la famille. Mon père accepte cette seconde proposition.

J'ai vécu un enfer chez elle. Je me réveillais à 5 heures du matin. Je préparais le petit déjeuner pour toutes les personnes qui habitaient dans la maison.

Un jour ma tante m'explique que mon père m'a confié à elle pour que je sois initiée au commerce. Je ne comprenais pas ce qu'elle me disait sur le moment. Mais j'ai pensé : 'si je gagne beaucoup d'argent alors j'aiderais moi-même mes parents'. J'ai donc ainsi accepté cette situation sans me révolter.

Ma tante me répétait tout le temps : 'toutes ces guerres avec tous les désordres qui s'ensuivent ont entraîné la disparition d'emplois. Les hommes ne font plus rien. Nous, les femmes, nous devons trouver des voies et moyens pour subvenir aux besoins de nos enfants. Nous devons nous battre pour que vive l'Afrique. L'économie de notre continent est entre nos mains'.

Un matin, ma tante me confie une cuvette remplie d'oranges et de bananes. Je porte cette cuvette sur ma tête et je circule en faisant du porte-à-porte, proposant ces fruits. Un porte-monnaie en tissu accroché à mon cou, recevait toutes les pièces obtenues de la vente. Je faisais deux tournées par jour. Je parcourais ainsi des kilomètres. Le soir de retour à la maison je m'écroulais de fatigue. Parfois, j'allais au lit sans manger. Cette vente ambulante me donnait la possibilité d'alterner les fruits et les poissons. Je travaillais ainsi chaque jour et cela pendant trois ans ».

La souffrance d'A.

« Parfois, j'en voulais à mes cousines qui allaient à l'école. Je lavais leurs habits et les repassais pour elles. Mes cousines se montraient odieuses avec moi. J'avais l'impression d'être leur marchepied. Ma tante surveillait les devoirs de ses enfants. Ce qui me faisait mal c'est qu'en dehors de la vente, je préparais à manger et faisais le ménage à la maison. Plus tard, j'ai compris que l'école était obligatoire seulement sur les papiers. En réalité la pratique était tout autre chose. Je me cachais pour pleurer. Si ma tante me surprenait elle me battait et m'insultait devant ses enfants. Avant d'aller au lit, je faisais les comptes pour tous les articles vendus dans la journée, s'il manquait seulement un franc je ne mangeais pas pendant deux jours. Elle convoquait mon père et lui demandait de me parler. Elle menaçait de me renvoyer si cela se répétait. Ma tante était une femme rigide, les jeunes filles qui habitaient la maison, l'avaient surnommée : 'La Dame de fer'. En sept ans, je ne suis retournée qu'une seule fois chez mes parents, pendant dix jours. »

« Quand j'ai eu 17 ans, ma tante m'a remplacée par d'autres jeunes filles. Elle avait quelques travailleuses. Un jour, elle m'a confié qu'elle était arrivée au commerce de manière spontanée. Elle n'avait jamais eu de formation. C'est en regardant, les autres faire qu'elle y est arrivée.

Quant au mari de ma tante et ses amis, ils passent tout leur temps assis sous la véranda à jouer au jeu de 'dames'...En ce qui concerne mon initiation, ma tante qui avait tout prévu, me remet une ceinture en tissu. Elle m'explique que je dois désormais garder l'argent (en particulier les billets) de toute la semaine à l'intérieur de cette ceinture.

Chaque vendredi soir, elle m'apprend à compter et à classer les billets par catégories. Elle m'explique ensuite comment stocker cette masse d'argent dans la ceinture. Cette ceinture représentait pour moi ma banque ! Une fois par mois ma tante récupérait tout l'argent... »

A. dans l'émigration

« Après le mariage au pays, j'ai rejoint mon mari en France. Il m'a inscrit dans un centre d'alphabétisation pour l'apprentissage de la langue française. Je rêvais de devenir une grande commerçante. Ici, j'ai pris un crédit dans une banque sur les conseils de mon mari. J'ai commencé à faire le commerce de friperie entre la France et le pays. Ce commerce improvisé s'est avéré difficile. En plus, ma tante me dit que je ne lui ai pas demandé son autorisation. Elle voulait tout réceptionner, tout contrôler. Ma tante me demande chaque fois de l'argent et elle fait tout pour que mon commerce ne marche pas. Elle parle mal de moi à mon père et maintenant, je suis fâchée avec mon père. Selon les dires de ma tante, il aurait fallu que je demande aussi la permission des ancêtres de notre lignée avant de commencer le commerce 'friperie'.

J'ai de grandes difficultés pour rembourser le crédit et les huissiers ont commencé à défiler chez nous. Pendant deux semaines, je ne dormais pas, j'entendais des voix qui me réclamaient de l'argent. Nous habitons au 5^e étage, quand je regarde par la fenêtre, je vois une femme qui me demande de passer par la fenêtre pour aller la rejoindre. J'ai raconté tout cela à mon docteur et il a dit : ' je suis dépression ' Je dois retourner au pays pour régler ce problème avec ma tante. Je sais que ma tante à la bouche amère. Si je reste ici, les choses vont aller encore plus mal pour moi. J'ai ma sœur de seize ans qui est à la maison, elle pourra s'occuper des enfants.

Si ma belle-mère sait que 'je suis dépression' c'est grave. Elle ne voudra plus que je reste avec son fils. L'assistante sociale ne comprend pas quand je lui explique tout ça. »

La dynamique culturelle

À partir du récit de Mme A. je vais m'efforcer d'apporter l'éclairage culturel tant attendu. J'explique d'ailleurs aux professionnels que dans le monde d'où je viens un médiateur est appelé « Nzonzi » en kikongo et « Molobéli » en lingala ». Tous les nzonzi ou molobéli dans les grandes palabres au Congo sont toujours des hommes.

Avoir été reconnue comme « médiatrice » en France me donne une place particulière parmi mes compatriotes émigrés comme moi. La conséquence de cette pratique, dont les effets m'étonnent moi-même, est de me questionner sur ma propre culture alors que, dans le même temps, un savoir enfoui me revient en mémoire par bribes.

Le voyage qui nous a conduits, dans des circonstances et pour des motifs variables, des bords du fleuve Congo, aux bords de la Seine nous a donné l'illusion d'appartenir à un autre monde. Les difficultés de l'existence nous obligent à revenir aux sources pour y puiser nos remèdes...

Une association de femmes : la tontine ou makélemba

Makélemba signifie : société d'assistance mutuelle pour obtenir le nécessaire qui permet de faire face à la difficulté financière. Cette association regroupe les personnes qui exercent la même profession. Makelemba, c'est le nom donné à la somme d'argent qui est collecté et déposé. Les femmes se mettent souvent au nombre de dix pour faire la « makélemba ». Chacune d'elles met dans une cagnotte la somme de 20 euros par exemple. La responsable de la cagnotte remet à l'une d'elles, tout le montant de l'argent récolté. Selon l'accord conclu entre les membres, la responsable verse tous les quinze jours ce montant à chacune d'elles. Ainsi chaque femme se constitue un capital qu'elle utilise à sa guise.

Du système de la tontine au système bancaire occidental

Au pays, Mme A. gérait son petit commerce d'oranges A son niveau, elle participait sans le savoir au développement économique et social de son pays. Cela nécessitait beaucoup de détermination, de volonté, d'initiative et de créativité.

Ces « micros commerces » sont parfois viables et peuvent même s'agrandir.

Au pays, par son commerce, Mme A. était très active et autonome financièrement par le biais des tontines.

En France, sa situation est tout autre, elle redevient femme au foyer.

Le mari qui a bien perçu les qualités de commerçante de son épouse au pays, pense possible de les développer ici. Ce « rêve de grande commerçante » ils vont le partager et tenter de le réaliser. Mme A. qui ne parle pas le français devient par cet handicap dépendante de son époux, puis du système bancaire quand, sur les conseils de son mari elle fait un emprunt, tout en ignorant totalement les codes de fonctionnement de la banque.

Or, elle achète de la marchandise en France et envoie au pays pour qu'elle soit vendue, pense-t-elle, facilement là-bas. Mais les choses se vendent mal, elle est déçue. L'inquiétude s'installe, la banque lui demande en plus du remboursement de l'emprunt, des intérêts, cela devient très difficile. La pression monte et les choses se font pressantes, les huissiers menacent de saisir les meubles, son mari qui devrait la soutenir l'accuse de détournement.

De plus, elle doit s'occuper seule de ses trois enfants, elle est enfermée tout le temps avec eux. Son état de santé s'est dégradé depuis son arrivée en France. (Elle a commencé à décompenser suite à son vécu.)

Très vite dans le récit des faits, Mme A. fait allusion aux « *paroles amères* » de sa tante. « Paroles amères », est un concept dans la pensée congolaise qui veut dire « malédiction ». Elle explique toutes les difficultés qui lui arrivent d'une part par cette expression : ma tante a la *bouche amère*, d'autre part, elle parle de la femme qu'elle voit par la fenêtre, qui lui demande d'aller la rejoindre. Elle sait ce que cela signifie mais ne le dit pas. Elle profite tout simplement de réagir au mot « dépression » énoncé par son médecin, qui fait en même temps écho dans sa tête et elle fait tout de suite le lien avec sa belle-mère. C'est une manière implicite de dire les choses profondes qui lui font mal. Pour décoder cela, « je fais le pont entre le monde occidental et le monde congolais et je dis : dans le monde d'où elle vient on dit d'une personne dépressive qu'elle est habitée par les morts (on ne parle pas d'esprit de mort). Épouser une femme dépressive veut dire que le fils souhaite la mort de sa propre mère.

Les parents de la femme font appel au spécialiste qui traite ce type de mal. Le traitement dit-on ramène la malade dans le monde des vivants. Ce spécialiste évite ainsi à la belle-mère de s'interroger sur son fils qui lui amène une morte vivante dans sa lignée. Or, la plupart du temps que ce soit en Afrique ou ailleurs la mort s'explique par la maladie. C'est ainsi que les professionnels ont pu saisir le sens de ces paroles.

Ensuite il fallait expliquer à l'assistante sociale l'importance pour elle de retourner au pays en proposant de laisser sa sœur de 16 ans auprès des enfants. La négociation ne s'est pas faite facilement.

Lever les malentendus

J'ai expliqué à Mme A. la raison de ma présence à cet entretien avec les professionnels. Je sais qu'elle comprend maintenant le français, mais il fallait que je sois là pour dire les choses dans sa langue maternelle.

Je suis là pour expliquer les missions de l'Aide Sociale à l'Enfance et de la protection judiciaire concernant les enfants, ses droits, et la nécessité de travailler en collaboration avec ces institutions pour la prise en charge dans le cas où elle accepterait que les enfants soient placés provisoirement.

Mme A. me remercie et elle ajoute : « la barrière de la langue est un obstacle dans la communication entre nous. J'ai compris ce que l'assistance sociale me demandait. Je lui demande de me faire confiance pour les enfants. Ma sœur saura bien s'en occuper ».

Complexifier la clinique

Le récit de Madame A. dans sa langue et mon travail de médiation ont permis la production d'un texte nouveau qui fait surgir des concepts différents, qui complexifie la clinique et qui sera lieu de rencontre des interlocuteurs : la patiente, le psychiatre, l'assistante sociale.

Madame A. présente un tableau de dépression, une décompensation qui s'inscrit dans une suite de traumatismes : déjà au pays, arrachement des parents (qu'elle n'a revu qu'une fois en 7 ans), traumatisme du non sens chez une tante dont la « maltraitance » est incompréhensible, traumatisme physique (violences)...

Initiée par cette tante au commerce, Madame A. investit cette activité, la développe, elle peut donner ainsi sens à sa vie, « aider ses parents, sa famille » ..., le commerce lui permet de se restaurer sur le plan narcissique.

Quand son mariage l'a conduite à la migration, nous pouvons la penser confrontée à un nouveau traumatisme, voire à une succession de traumatismes : si venir en France était porteur d'espoir pour elle, rapidement s'installe la désillusion : elle se retrouve seule avec son mari et ses enfants, sans contenant sécurisant (sans famille élargie, elle doit élever seule ses enfants), elle perd son autonomie en tant que femme (ne parlant pas la langue), en tant que commerçante (ne maîtrisant pas l'argent). En effet elle a rêvé de devenir une grande commerçante et son mari qui partage ce rêve, l'entraîne à prendre un crédit, mais elle méconnaît les codes de fonctionnement de la banque. Son commerce périclète, elle se perd dans les arcanes bancaires, son mari l'accuse, les huissiers arrivent...

La médiation fait apparaître aussi les attachements, Mme A. appartient à un groupe. Elle s'est engagée dans le commerce ici, comme le ferait une femme occidentale, négligeant les obligations qu'elle a envers sa tante, son père, ses ancêtres, aussi des « paroles amères » sont déposées...

La médiation a permis d'explicitier la logique de la pensée de Mme A : son retour au pays s'impose à elle, pour traiter les désordres, pour apaiser la famille, les ancêtres et, ainsi, arrêter cette « malédiction ». La « dépression », selon la pensée traditionnelle, sera aussi certainement traitée.

Par ailleurs, elle propose les aménagements à apporter ici pour accompagner ses enfants, sa petite sœur pourra s'en occuper et le placement dont il était question initialement, pourrait être évité, d'autant qu'il ne serait qu'un ultime traumatisme pour Mme A.

Conclusion

En me révélant à moi-même, la médiation m'oblige à explorer ces systèmes que j'ai crus caducs et dont je découvre petit à petit la complexité et la logique opérationnelle. J'ai cru, pour être restée longtemps en France, que ma culture était de croyances primitives et, lors de mes retours au pays, je voulais instruire mes parents ! J'y retourne maintenant pour apprendre et faire progresser la connaissance sur nos pratiques en étant à la fois dehors et dedans. Cet exercice périlleux n'aurait pas été possible sans le cadre offert par le Centre Georges Devereux où l'exploration systématique des différences culturelles est à la base même de l'aide psychologique aux familles migrantes.

FEMMES D'ÉMIGRÉS ET CONJUGOPATHIE AU SÉNÉGAL

Une souffrance banalisée

Tabara SYLLA DIALLO *

I. Introduction

Dans notre activité quotidienne, nous sommes amenés à constater des changements dans les motifs de consultation de nos patientes en psychiatrie. En effet, les tableaux cliniques classiques décrits par Gueye [1995] tels que la bouffée délirante aiguë, la psychose puerpérale, les troubles de l'humeur aigus sont de moins en moins fréquents. Ils cèdent la place à des manifestations cliniques « moins bruyantes », telles que la dépression *a minima*, les troubles psychosomatiques dans des contextes souvent particuliers, comme le stress professionnel, les difficultés existentielles, les tentatives de suicide, le deuil pathologique. Très souvent, au-delà de ces diagnostics cliniques, se révèle la notion de conjugopathie sur le plan étiopathogénique.

Par exemple, dans une étude menée dans le service de psychiatrie de l'Hôpital Principal de Dakar portant sur les tentatives de suicide de 1999 à 2003, la conjugopathie occupait la première place avec 27,8 % des cas [Sylla Diallo. & Cao Huu Hai 2004].

Ainsi l'intérêt réside non seulement sur cette fréquence indéniable mais également sur la complexité de la prise en charge de ces types de patientes. Nous avons déjà souligné cet aspect thérapeutique et les nombreux questionnements du thérapeute dans une communication antérieure [Sylla Diallo 2004].

Cette complexité semble plus accentuée dans le cas des femmes dont les maris sont émigrés. Ceci pour différentes raisons que nous aborderons ultérieurement.

II. Définition et Contexte socioculturel

En se basant sur la définition de Robert Neuberger [1988], la conjugopathie peut être définie comme un dysfonctionnement de la dyade conjugale. Elle est caractérisée par une demande sous-tendue par une souffrance référée au couple, avec des symptômes rapportés au couple et une allégation centrée sur les problèmes du couple.

Dans notre contexte culturel, le couple ne se limite pas aux deux conjoints mais à certains membres des deux familles. Ces personnes ont souvent participé au projet de mariage, à sa concrétisation et à l'évolution du couple d'où la notion de « couple élargi ».

* Auteur : Docteur Tabara Sylla Diallo

Psychiatre, spécialiste des hôpitaux des armées, adjoint au chef de service

Service de psychiatrie, Hôpital Principal de Dakar, Sénégal

Et collaborateurs : -Diambéré Séga Dembélé, Serigne Modou Ndiaye, Psychiatres assistants

-Miquel Garcia Evelyne, psychiatre, chef de service

Service de psychiatrie, Hôpital Principal de Dakar, Sénégal

Tsala Tsala dans son article de 1992 « loyauté familiale et déconstruction du couple camerounais » publié dans la revue *Psychopathologie africaine* fait une description remarquable et comparative de ces deux types de couple. Selon cet auteur, le couple familial se caractérise par son manque d'autonomie et sa soumission au chef de la grande famille et à la loi du groupe qu'il représente. Plus autonome, le couple conjugal se veut maître de son destin et de ses projets. Il se situe dans la perspective de la famille restreinte. Par *sujet conjugal*, on entend le positionnement (imaginaire) d'un individu en tant que conjoint dans le couple alors que le groupe conjugal est composé des conjoints et de leurs familles d'origine respectives [Mbassa Ménik 1995].

Ainsi chaque membre de ces familles peut potentiellement constituer un élément favorable ou au contraire un élément déstabilisateur pour le couple. Il s'agit le plus souvent des belles mères et des belles sœurs. Dans la société wolof, l'épouse doit s'occuper particulièrement de deux belles sœurs qui sont une demi-sœur ou une cousine paternelle du mari, et une cousine maternelle.

III. Le mariage dans le contexte de l'émigration au Sénégal

En plus de ces caractéristiques, communes au mariage noir africain en général et sénégalais en particulier, le mariage dans le contexte de l'émigration révèle quelques spécificités :

Circonstances du mariage

Dans le contexte des migrations masculines de travail, le mariage est généralement contracté dans des circonstances particulières où très souvent les futurs conjoints se sont connus par l'intermédiaire d'une tierce personne : "arrangement" avec échange de coups de fil téléphoniques, photos ou plus rarement par mail, soit au cours des vacances de l'émigré au pays, après une idylle rapide.

Dans tous les cas, le temps de connaissance mutuelle est souvent réduit pour que chaque conjoint puisse définir sa place et son rôle au sein du couple conjugal et du milieu familial élargi. Le risque d'un « mariage par procuration » n'est pas négligeable.

La relation entre les conjoints

Les conjoints ne se voient que très rarement : une fois dans l'année ou une fois tous les deux ou trois ans. Parfois ils peuvent rester une dizaine d'années sans se voir, et dans les cas extrêmes ils ne se sont jamais rencontrés (lorsque les époux émigrés ne disposent pas de titre de séjour dans le pays d'émigration et sont en situation de clandestinité, ils ne peuvent plus ni revenir ni demander le regroupement familial).

Ainsi, la communication au sein du couple est entravée par l'éloignement géographique des conjoints qui se contentent du téléphone, ou d'internet. La régularité de l'usage de ces moyens de communication dépend également de la disposition des moyens financiers.

L'accès à la communication peut être rendu plus difficile par l'ingérence de la belle famille qui contrôle par ce biais la relation du couple.

Dans ce contexte où en plus de l'éloignement physique et affectif qui règne dans ces couples, de l'ingérence de la belle famille dans le fonctionnement du couple, la femme peut se retrouver dans une spirale de sentiments où se mêlent solitude, sentiment d'un avenir incertain, désir sexuel non assouvi.

Ainsi la femme se retrouve dans une impasse où l'unique moyen de montrer sa souffrance est de se retrouver « malade ».

IV. La symptomatologie clinique

La rencontre avec le psychiatre se fait le plus souvent par le biais de la psychiatrie de liaison où la patiente est référée par un confrère somaticien à la suite de longues investigations cliniques et paracliniques qui ne révèlent aucune atteinte organique ou une organicité bénigne rebelle au traitement. Dans ces cas, il s'agit de plaintes somatiques telles que des douleurs abdomino-pelviennes, de douleurs d'allure ulcéreuse, de pathologies cardiaques et dermatologiques (eczéma, lupus).

Parfois, la consultation est directement demandée par certaines patientes pour une persistance d'une insomnie, de céphalées chroniques.

Plus rarement, elles consultent dans un tableau clinique aigu tel que les bouffées délirantes aiguës, des crises d'angoisse...

Ces femmes consultent seules ou sont accompagnées par un membre de la famille en général. L'absence du conjoint ne s'explique pas seulement par le fait que son mari soit émigré, en effet classiquement les Sénégalais accompagnent rarement leur femme en consultation.

Même si l'homme est porteur de symptômes comme une agressivité physique, des conduites additives, une désertion du foyer conjugal, c'est la femme qui consulte le plus souvent. Il est par ailleurs fort rare de voir un couple venir consulter ensemble, et même si cela survient le mari pense que sa présence s'explique essentiellement par sa fonction de soutien financier et d'autorité.

Le statut d'émigré ne fait donc que renforcer une telle attitude. Certains époux prennent le temps de s'informer de l'état de santé de leur femme sans se rendre compte que leur absence prolongée peut constituer un facteur de risque pour leur compagne. Aborder cette question avec ces derniers, exacerbe en eux un sentiment de culpabilité et d'angoisse pour certains, ou le sentiment d'être instrumentalisé, pour d'autres.

Ainsi, nous nous retrouvons dans une relation thérapeutique où la prise en charge de la conjugopathie se base essentiellement sur celle de l'épouse.

Mais est-ce une raison suffisante pour ne pas considérer la demande de celle-ci comme celle du couple, la souffrance verbalisée ou manifestée uniquement par la femme comme celle du couple ?

À notre avis la présence physique de l'époux certes représente un atout dans la prise en charge des difficultés du couple conjugal, mais elle n'est pas une condition *sine qua non*.

Sur le plan psychique, au-delà de cette symptomatologie clinique variée et parfois variable, le diagnostic le plus fréquent est celui d'une dépression dont l'intensité peut aller de la dépression moyenne à une mélancolie avec une forte composante anxieuse.

Le lien commun avec toutes ces « Pénélope » est la souffrance de femmes seules, en désarroi dans l'incertitude d'un avenir fait d'attente, de *muñ* (la vertu de supporter une souffrance ou une difficulté dignement sans faillir) avec l'espoir de retrouvailles avec leur « Ulysse ». [*muñ* : orthographe selon le *Dictionnaire wolof-français* de Arame Fal, Rosine Santos, et Jean Léonce Doneux, Paris, Karthala 1990 : 135]

V. Signification et fonction symbolique de cette souffrance

« *Le corps parlant* »

Le corps peut être le moyen de révéler une souffrance psychique non verbalisée, méconnue par le mari et banalisée par la famille sans s'exposer à l'incompréhension de l'entourage, voire à son rejet.

En effet parler de solitude, exprimer un sentiment d'insatisfaction, alors que le mari envoie régulièrement de l'argent, c'est faire preuve d'immaturité et d'égoïsme, aux yeux du groupe.

Ce fut le cas de Kalsoum qui nous a été adressée par une collègue dermatologue pour une insomnie chronique dans un contexte de lupus systémique dont les recrudescences devenaient de plus en plus fréquentes.

Kalsoum est une belle jeune femme au visage triste et las, qui après s'être plainte de son insomnie, se met subitement à pleurer. Elle s'exprime ainsi : « Je suis maudite, je suis seule, comment vais-je faire s'il me voit dans cet état alors qu'il me demande de lui envoyer une photo. »

Son mari vit aux USA depuis dix ans. Ils sont mariés depuis cinq ans. Ils ne se sont jamais rencontrés physiquement. Ils se sont connus par échange de photos et par correspondance écrite et téléphonique. Kalsoum vit avec sa belle-famille, avec le secret espoir de rejoindre son mari.

Trois ans après le mariage, après de vaines démarches pour obtenir son visa, elle se rend compte que non seulement elle ne peut le rejoindre, mais surtout que son mari ne peut revenir au Sénégal, car il est en situation irrégulière aux USA. Dès lors, Kalsoum se mit à maigrir et à devenir insomniaque dans un contexte de prurit généralisé, de chute de cheveux et d'une hyperpigmentation prédominante au niveau du visage. Ce qui a motivé la consultation en dermatologie où le diagnostic de lupus est posé.

Pour Kalsoum, sa demande de soins est : comment retrouver son teint d'antan, elle ne peut associer son sentiment de malaise, de solitude et de désarroi à ce symptôme physique.

Il a fallu plusieurs séances d'entretien et surtout le constat de l'amélioration clinique pour qu'elle admette le lien existant entre ses problèmes existentiels et sa maladie organique.

Actuellement, même si Kalsoum est plus sereine et les poussées dermatologiques sont moins fréquentes, il n'en demeure pas moins que l'absence de son mari constitue l'épine irritative.

Le symptôme est un « outil de communication »

Dans certains cas, la maladie devient le moyen de maintenir la communication avec le mari absent, d'atténuer la distance relationnelle entre les conjoints.

Le cas de Dieynaba en est une illustration : c'est une femme de 35 ans mais ayant l'apparence d'une femme de 50 ans, maigre et ridée, portant sur son dos un nourrisson de neuf mois. Dieynaba consulte pour une insomnie, une perte d'appétit et des douleurs diffuses, avec une prédominance abdominale. Cette patiente a été adressée par un confrère gastro-entérologue. Son mari vit en France et il séjourne au Sénégal pendant deux mois, chaque année. Malgré cela, elle voit peu son mari qu'elle « partage » avec ses deux coépouses et la famille. Ils n'ont ni le temps de discuter, de partager de longs moments d'intimité et d'élaborer des projets de couple. De retour en France, par mesure d'équité le mari ne téléphone à aucune de ses femmes. Il communique avec sa mère qui lui donne les nouvelles de la famille. C'est également celle-ci qui s'occupe de la gestion financière, décide de celle qui aura le privilège de parler avec son mari. La communication directe n'est possible que dans les cas d'urgence où un membre de la famille, enfant ou épouse est malade. Dieynaba est consciente de ce fait. En effet, elle a constaté un certain rapprochement avec son mari lors de sa dernière grossesse qui était très difficile. L'accouchement a mis un terme à cette période d'intimité. Depuis lors, Dieynaba présente un syndrome dépressif avec une forte composante anxieuse et hypochondriaque.

L'analyse de ce cas nous suggère que Dieynaba a élaboré de manière inconsciente des mécanismes de protection pour sortir du carcan et de l'isolement dans lesquels la belle-mère les a maintenues, ses coépouses et elle-même, même si le prix à payer, celui de la maladie, est très fort.

Le symptôme comme un appel au secours

Toutes les patientes que nous avons vues dans ce cadre, quelle que soit la symptomatologie à l'origine de la consultation, présentent des caractéristiques communes telles que la solitude, l'absence d'une sexualité épanouie, l'insuffisance de communication avec le conjoint et surtout l'impossibilité volontaire ou imposée d'exprimer sa détresse.

Dans ce contexte, le symptôme constitue un appel au secours, une demande d'affection et de reconnaissance de la part du conjoint absent et de l'entourage également. La loi tacite des non-dits et des sujets tabous maintient ainsi ces femmes dans un silence orné d'espoir, de promesses mais surtout de déceptions et de frustrations.

Déceler cette souffrance à travers certaines pathologies somatiques, entendre cette détresse psychique souvent pas ou peu verbalisée, constitue déjà une aide considérable qu'on apporte à ces femmes.

La seconde étape consiste à leur faire prendre conscience de leur dilemme et les accompagner dans un processus d'apaisement. Notre objectif final est de leur permettre de retrouver une certaine liberté pour prendre en mains leur destinée. Ce projet peut être ambitieux pour nous mais souvent bénéfique à long terme. L'adhésion et la sensibilisation des maris lointains donnent souvent des résultats favorables : les visites sont plus régulières, les communications plus fréquentes, l'entourage familial plus attentif.

Cet accompagnement n'a ni la prétention, ni l'ambition de trouver des solutions à ce type de difficulté, mais peut contribuer à l'allègement de la souffrance qui en découle.

VI. Conclusion

Le mariage reste en Afrique un pilier de la société où la femme assume sa féminité. Malgré la reconnaissance et le respect qu'il confère à la femme sénégalaise, il exige beaucoup de contraintes sociales et culturelles. Les épouses d'émigrés, en plus de cela, sont l'objet d'un dilemme : partir ou rester ? Continuer ou arrêter ? Telles sont les questions intimes qui s'expriment par des troubles physiques et psychiques.

Une souffrance souvent ignorée, banalisée par l'entourage mais qui parvient malgré tout à se faire entendre.

Bibliographie

GUÈYE Momar (1995) « Facteurs psychosociaux et troubles psychiatriques chez la femme au Sénégal », *L'Information psychiatrique*, 71, 6, juin 1995 : 537-542.

MBASSA MÉNICK Daniel (1995) « La conjugopathie au Sénégal : une plainte angoissée de la féminité. *Mémoire de CES de psychiatrie*, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 10-13.

NEUBERGER Robert (1988) *L'irrationnel dans le couple et la famille : à propos de petits groupes et de ceux qui les inventent*. Paris, les éditions ESF, 167.

TSALA TSALA Jean-Philippe (1992) « Loyauté familiale et déconstruction du couple camerounais, *Psychopathologie africaine* 24, 3 : 289-314.

SYLLA DIALLO Tabara (2004) « La conjugopathie et le thérapeute féminin : la rencontre à travers le miroir » Communication orale au congrès belgo-sénégalais de l'ATFAS, Dakar.

SYLLA DIALLO Tabara, CAO HUU HAI Eric (2004) « Les tentatives de suicide à Dakar ». Communication orale dans "mercredi HPD", hôpital Principal de Dakar.

LA VOYANCE PAR LES CAURIS

*Amadou Makhtar SECK **

INTRODUCTION

L'Afrique cache ses mystères du fait que la plupart des thérapeutes traditionnels ne veulent pas raconter leur histoire aux chercheurs. C'est peut-être une perte énorme pour ce continent et peut-être pour l'humanité toute entière. En effet, dans le domaine de la médecine, il y a beaucoup d'inconnus et toute connaissance d'où qu'elle vienne peut apporter sa contribution à l'avancée de cette science pourvu qu'elle soit véridique. Il n'est certes pas facile de faire le tri dans le domaine de la médecine traditionnelle africaine surtout que le charlatanisme s'est largement diffusé au détriment du vrai mais aussi au détriment d'une grande majorité de la population. Mais il est impossible d'arriver à une clarification si aucun effort de discernement n'est fait. C'est pour cela que tout chercheur de la médecine officielle est interpellé et chaque fois que l'occasion est offerte, il ne faut pas hésiter à faire les investigations nécessaires en vue d'une réelle approche des faits qui les inspirent. C'est justement la rencontre avec une thérapeute de la médecine traditionnelle qui inspire ce travail. Une observation silencieuse, de longue durée, de même que les dires et témoignages innocents de patients en consultation psychiatrique sont à l'origine des motivations qui en sont le soubassement.

I. MÉTHODOLOGIE

Nous avons d'abord rapporté le cas d'Awa, voyante sénégalaise exerçant à Dakar, se servant depuis plusieurs années de ses dons de voyance par les cauris pour ses diagnostics et traitements auprès des nombreux clients qui viennent la consulter. Nous avons choisi d'abord de rapporter les faits l'ayant conduite à la voyance avant de faire part de ses méthodes, de sa pratique et des différentes particularités de celle-ci.

Pour mieux clarifier notre recherche, nous avons parallèlement interrogé deux autres guérisseurs dakarois dont l'un est de sexe masculin et l'autre de sexe féminin. Ces personnes étaient connues dans nos milieux pour leurs dons de voyance par les cauris et nous ont été présentées par des voisins qui vivaient avec elles depuis plusieurs années. L'interrogatoire de ces deux personnes nous ont permis de mieux conduire notre second et notre troisième entretien avec Awa et d'éclaircir certains aspects qui nous semblaient obscurs ou flous lors de notre premier entretien mais aussi de faire d'autres découvertes.

Dans une partie de commentaires, nous avons discuté les principales informations que nous avons pu recueillir auprès de ces trois personnes et nous nous sommes interrogés quand au soubassement et aux données fondamentales de cette pratique. Nous avons mené notre discussion aussi en faisant référence aux données culturelles et religieuses dans ce contexte particulier sénégalais.

Au plan éthique, nous avons essayé autant que possible de dissimuler l'identité des pratiquants que nous avons interrogés. Certes, dans un souci de clarification et pour rendre notre étude la plus compréhensible possible, des éléments pourraient apparaître mais, indépendamment de notre volonté de sauvegarder l'anonymat de ces honorables personnes. Enfin, nous avons conclu, en faisant une ouverture sur l'avenir.

* Psychiatre, Maître Assistant UCAD. Service de Psychiatrie du CHNU de Fann. Dakar

II. HISTOIRE D'UNE VOYANTE

Awa est une dame de 52 ans. Elle est divorcée, mère de trois enfants dont une fille et deux garçons et travaille depuis plusieurs années dans un lieu public particulièrement fréquenté. Elle y est bien connue par le personnel, toutes catégories confondues, de cette structure où plusieurs personnes l'auraient déjà consultée avec des demandes très variables des unes et des autres.

L'histoire d'Awa est assez particulière.

1. La maladie initiatique.

Jeune, Awa aimait s'amuser comme la plupart des filles de son âge. Elle allait souvent danser la nuit et rentrait parfois tard, seule ou ramenée par des amis.

Une nuit vers 3 heures du matin, alors qu'elle rentrait chez elle à la suite d'une sortie, accompagnée par cinq de ses camarades dont deux filles et trois garçons, elle eut la vision d'un homme d'âge mûr, barbu, habillé en boubou traditionnel. Ce dernier lui donna une giflette en lui ordonnant en même temps de « travailler ». Elle perdit aussitôt connaissance.

Elle reprit conscience quelques minutes après et se vit entourée par ses amis et une foule de personnes dont une dame âgée, vendeuse des environs, que ses amis étaient allés appeler. Cette dernière lui fit quelques prières en lui versant de l'eau sur le corps. Rentrée chez elle, elle dormit profondément. À son réveil, elle commença à faire des crises et ne sentit plus son hémicorps gauche. Elle était impotente des membres inférieurs et ne pouvait plus parler.

Une série de consultations traditionnelles suivit qui l'amena jusqu'à Nioro où elle retrouva enfin la guérison auprès d'un guérisseur de cette localité, un an après le début de la crise. Elle n'avait à l'époque que 16 ans. À la même période, elle perdit un frère consanguin. Ce dernier, après avoir présenté la même maladie quelques jours avant elle, décéda presque aussitôt.

Quelques jours après, en se réveillant un matin, elle découvrit devant sa porte un petit sachet contenant sept cauris. Elle comprit que c'était là le signe du travail qu'elle devait commencer. Une grand-mère et une tante paternelles pratiquaient déjà l'art avec beaucoup de succès dans leurs quartiers respectifs.

La consultation par les cauris débuta ainsi, par jeu, comme cela se passe dans la plupart des cours de maison entre filles et femmes et même avec des garçons ou hommes, puis de plus en plus sérieuse et fréquente. Constatant cela, sa mère qui ne voyait pas ces pratiques d'un bon œil, les lui interdit. Elle se cachait alors pour pouvoir satisfaire les gens qui continuaient à la consulter et comme droguée, ne pouvait plus s'arrêter, malgré les menaces sévères de la mère.

À 21 ans, elle fit une rechute suivie d'une autre un an après.

C'est à l'âge de 34 ans que la pratique devint vraiment une activité de guérisseuse avec des aspects de consultations réelles, thérapeutiques et lucratives. Ce fut après les menaces de la mère, par l'esprit vu en vision, qui ordonna à cette dernière de ne plus interdire à sa fille de toucher les cauris. Elle se concrétisa surtout quand la tante paternelle, guérisseuse, lui apporta ses « appareils », en lui confiant les petits secrets de l'art, avant de mourir presque aussitôt après. Ces faits lui confirmèrent que c'était elle qui était l'élue dans la famille.

Très jeune fille, elle était bien aimée, dansait durant les séances de ndëp, voyait déjà et prédisait : on disait d'elle « qu'elle parlait » ; et ses prédictions se réalisaient. Elle vit d'ailleurs, par les cauris, le décès de sa mère, avant de recevoir la nouvelle même de ce décès.

La pratique émane du côté paternel. Ses deux garçons « ont aussi des dons : l'un voit et l'autre prédit vrai. Mais elle les bloque, car c'est dangereux, et elle ne voudrait pas les encourager dans ce domaine ».

2. La pratique divinatoire.

Quant à sa pratique elle-même, ses consultations se font sur la base de divination par les cauris. Awa a besoin de 7 ou de 12 cauris pour pouvoir faire ses consultations. C'est pour elle le nombre adéquat sinon, elle ne voit rien, en dessous de ce nombre surtout. Sur ce support, Awa est guidée. Elle lit, sur indication de l'esprit qui l'accompagne, le rab (ou le djinn). C'était le même être qui l'avait giflé, la toute première fois. Djé Dieng, c'est son nom, a une femme, Ndiémé, et une multitude d'enfants qui le suivent un peu partout. Bien qu'elle lance les cauris et analyse les positions des perles, en fait, c'est l'esprit qui lit pour elle et elle ne fait que rapporter ce qu'il dit. Sur cette base, elle fait ses diagnostics et prescrit ses traitements.

Il y a des règles à cette pratique (des jours, des moments, des nombres de cauris définis, des sacrifices à faire en l'intention de l'esprit initiateur). Par exemple, elle peut consulter tous les jours sauf le vendredi et en période de ramadan. Les horaires, c'est surtout de 14H à 17H, en évitant l'heure de la prière de 17H et l'après crépuscule jusqu'au matin.

En plus, Awa a des xams (autels) où elle doit honorer les esprits accompagnateurs. Elle doit de temps en temps leur offrir du lait caillé ou leur sacrifier des poulets, des pintades ou des chèvres. Faute de quoi, c'est la punition, la maladie, la paralysie. Ses autels sont domiciliés chez la grand-mère paternelle léboue décédée, mais aussi à Nioro, Kaolack et Fatick où se trouvent ses « baobabs ». Le rab (esprit) de la famille, qui émane du côté paternel, habite le fleuve, le père d'Awa étant métissé ouolo-ouolo (ouolof), lébou et peulh, sa mère étant, elle, léboue.

Dans sa pratique, Awa a à faire avec toutes catégories de personnes, provenant même de l'étranger, hommes mais surtout femmes, mariés ou célibataires, riches ou pauvres, directeurs de société, ministres, marabouts et mêmes imams, malgré l'interdiction de la religion musulmane. Toutes les catégories sociales la consultent avec des objectifs variables : mariage, divorce, emploi, succès, gain d'argent, maladie et traitement...etc. Mais elle ne commet pas le mal, par exemple, pas de maraboutage. Elle ne fait que conseiller des traitements : bains, fumigations, sacrifices... Ses clients satisfaits, la comblent de cadeaux et en amènent toujours d'autres.

Elle n'ose pas arrêter la pratique car à chaque fois qu'elle essaie de le faire, elle est menacée et tombe malade : impotence fonctionnelle des membres, aphasie. Une fois qu'elle avait essayé d'arrêter, elle est tombée malade et le lendemain, elle a trouvé un sachet de cauris devant sa porte sans savoir d'où cela venait. Musulmane, elle sait que l'islam rejette la pratique (1) mais ce qui lui arrive quand elle arrête lui fait peur et son père lui a fait savoir qu'elle a été moulée dans cela et que de ce fait ce n'est pas un mal qu'elle pratique, surtout qu'elle ne fait pas le mal. En plus, elle y trouve un complément de revenus pour sa survie bien qu'elle travaille et a un salaire régulier. Malgré tout, le désir de Awa est d'arrêter et elle souhaite de toutes ses forces ne pas mourir avec cette pratique qu'elle sait animiste, bannie de Dieu et maudite (1). Tous les jours, elle prie dans ce sens.

III. INFORMATIONS CONTRADICTOIRES.

Au cours de l'investigation du cas d'Awa, pour affiner nos entretiens avec elle et étayer notre discussion, nous avons rencontré deux autres pratiquants avec lesquels nous nous sommes entretenus pour y voir plus clair. L'un est un homme, l'autre une femme. Tous les deux habitent Dakar comme Awa. Nous rapportons de manière raccourcie leur histoire juste pour mieux comprendre l'origine et les particularités de leur art.

1. Le cas de Sata ou l'apprentissage.

Sata, comme Awa est aussi voyante. Âgée de 59 ans, elle exerce sa pratique depuis l'âge de 44 ans. Mariée, mère de 4 enfants dont une fille et 3 garçons, elle n'a jamais eu de maladie du genre initiatique. Sa connaissance, elle l'a acquise par expérience, en fréquentant depuis l'âge de 10 ans, une vieille guérisseuse voyante des cauris qui l'affectionnait énormément. En l'observant et en lui posant des questions, elle apprit l'art divinatoire.

A la différence d'Awa, elle n'est animée par aucun phénomène surnaturel, aucun esprit ne la guide. Elle se base uniquement sur ce qu'elle voit à savoir, sur les différentes positions des perles et grâce à sa science, elle arrive à interpréter. Chaque position indique quelque chose. Quelques exemples : 2 perles couchées sur le dos, côté côté à côté = mariage de jeune fille ; 2 perles couchées sur le ventre = mariage de personne âgée ; 1 perle couchée sur le dos et 1 au dessus = grossesse ; 1 perle couchée et 1 dessus qui la traverse = fiancé rab (fiancé esprit). Selon elle, cette lecture est véridique mais exige l'utilisation d'un chiffre ou d'un nombre pair de cauris : 12 ou 14. Sinon les cauris ne parlent pas. Par habitude, elle en utilise 12. Comme Awa, elle a des autels, à Khombol (village du Sénégal), mais n'a pas de parents pratiquants ni d'héritiers présumés. Ses rabs (esprits accompagnateurs) n'interviennent aucunement sur sa pratique « qui est une vraie science ». Ses parents n'aiment pas ce qu'elle fait et lui conseillent d'arrêter mais c'est son seul moyen de subsistance, c'est pourquoi elle est obligée de continuer à pratiquer surtout qu'elle ne fait pas le mal. Elle ne fait que conseiller des traitements : bains, fumigations. Elle n'utilise pas le coran comme Awa qui récite quand même la sourate de l'ouverture (1^{ère} sourate du coran) (1) avant de lancer ses perles. Pour elle, il n'y a pas de danger dans sa pratique car il n'y a de risque que pour ceux qui sont assistés par les esprits, comme Awa. C'est pourquoi elle n'a jamais eu de maladie depuis qu'elle pratique. Cependant, elle compte cesser cette pratique après son pèlerinage aux lieux saints de l'islam car, musulmane, elle sait bien, comme Awa, que ce qu'elle fait est « haram » : illicite. Elle gagne quand même auprès de ses clients et clientes, 500F ou 1000F par séance, et plus même quand elle se déplace. Ce n'est pas négligeable pour une indigente comme elle qui n'a pas d'autres moyens de subsistance. Elle traite les possédés par les fiancés rabs, la mauvaise langue, aide à la recherche de prestige et de richesse. Elle peut bénéficier de l'aide de ses consœurs. Elle reçoit davantage des femmes qui ont plus de préoccupations mondaines que les hommes : mariage, polygamie, grossesse...etc. Selon elle, les femmes qui pratiquent cette science sont de loin plus nombreuses que les hommes.

2. Le cas d'Issa ou le rêve qui instruit.

Cette fois-ci nous avons affaire à un homme.

Âgé de 70 ans, Issa est marié, bigame (il a perdu l'une de ses 3 épouses), père de 10 enfants. Très tôt, à l'âge de 13 ans, avant même de travailler comme chaudronnier, il manipulait les cauris sous forme de jeu. A l'âge de 21 ans, il fait un rêve : une femme qui le conduit dans une chambre obscure et sans porte, qui l'instruit à partir de 12 cauris. Il attendit longtemps quand même avant de débiter une vraie pratique de guérisseur, à l'âge de 59 ans. Il consultait surtout la nuit, après son travail dans une société de la place. Par la suite, à sa retraite, il s'est mis à exercer sa pratique divinatoire nuit et jour soit chez lui soit au domicile de ses clients. Depuis lors, il consulte tous les jours sauf le vendredi car selon lui, le vendredi est « fort ». Cela veut dire que tout ce qu'on voit le vendredi se réalise, même la mort de celui qui consulte. Les horaires s'étalent de 14H à 23H. Il utilise 10, 12, 14 ou 20 cauris. Ses nombres préférés sont 12 ou 14 cauris. Selon lui, contrairement à Awa, avec moins de 10 cauris, on ne voit pas. 9 par exemple, n'est pas un chiffre sûr. À partir de ce qu'il voit, il dicte ses

prescriptions : sacrifices surtout mais bains aussi. Sacrifices d'animal, aumônes d'aliments. Les bains doivent se faire le vendredi et les aumônes ou sacrifices le jeudi. Il faut acheter les éléments la veille et passer la nuit avec sinon cela ne marche pas. La façon de distinguer et de comprendre les sacrifices à faire différencie les voyants et explique les différences de compétence. Il faut attendre l'ordre du djinn avant de pratiquer. Il faut être protégé aussi. Les sacrifices animaux (mouton, poulet) que le guérisseur fait, le consolident mais le protègent aussi. Selon Issa, cette pratique est considérée « haram » dans l'islam car « c'est la voyance par les cauris qui a dévoilé l'arrivée du prophète Mohamed ». Ses clients sont de tout sexe, de toute origine, même de l'étranger aussi. On le consulte pour des questions de mariage, de procréation, de richesse, de travail, de divorce, d'harmonie conjugale, etc. Ses tarifs varient entre 200F et 1000F. Au début, il ne demandait que 25F.

Depuis qu'il a reçu l'enseignement en rêve, il pratique de la même façon. Quelques exemples : 1 cauri sur 2 = mort (homme : les cauris sont fermés ; femmes : les cauris sont ouverts) ; 2 cauris côte à côte = démon ; 1 cauri sur 1 = aliment nuisible mangé par quelqu'un ; 4 cauris = auto ; 6 cauris = avion ; plusieurs cauris = vent du démon.

Il ne se connaît pas d'héritier ; peut-être, une de ses filles qui a les dispositions. Il n'a jamais reçu d'interdiction de pratiquer de qui que ce soit. Il n'a jamais été rendu malade par le djinn qui l'a enseigné mais a été attaqué une fois par un démon et il s'en est sorti de lui-même grâce à ses procédés.

Il ne peut pas arrêter d'exercer ce travail car c'est source de revenus pour lui. Il pense qu'il ne fait pas de mal car il ne ment pas à ses clients qui sont toujours contents de lui et lui font toutes sortes de cadeaux (par exemple son téléphone portable) et le paient même parfois plus que demandé : honoraires de 50000 à 100000 F. Ce qui lui semble bizarre, c'est qu'il subvient à ses besoins vitaux avec ce qu'il gagne mais n'arrive pas à économiser.

IV. COMMENTAIRES.

Le cas d'Awa est intéressant à plus d'un titre et ouvre la porte sur un secteur jusqu'à présent inexploré par nous bien que certains de nos prédécesseurs aient tenté, dans le passé, de le faire (2). Les témoignages de ses confrères guérisseurs comportent certes des divergences mais dans plusieurs aspects de leurs discours, des éléments se recoupent que nous essayerons de discerner. Ce recoupement est significatif car malgré la diversité des expériences, la convergence d'éléments dans une étude est toujours un élément qu'il faut prendre au sérieux car allant dans le sens de la cohérence des faits observés.

Dans ces trois cas, bien que l'induction de l'utilisation des cauris ne soit pas la même et bien que l'élection du nombre de cauris potentiellement utilisable soit variable d'un cas à l'autre, le nombre 12 semble être le nombre utilisé préférentiellement par les trois tradithérapeutes. Selon les pratiquants, l'intervention d'un esprit est nécessaire pour deux cas sur trois de façon évidente. Dans le troisième cas, cela semble moins clair bien que la guérisseuse affirme ne pas avoir besoin de l'assistance de ces derniers. En effet, elle possède un autel comme les deux autres ; de plus, elle-même a présenté une maladie pour le moins bizarre qui a été diagnostiquée avec échographie à l'appui et qui s'est volatilisée la veille de son intervention chirurgicale, une nouvelle échographie effectuée en ce moment étant revenue tout à fait normale. Ce fait a d'ailleurs fait annuler l'intervention qui avait été programmée, à la surprise de la famille et de la guérisseuse en personne. Comme quoi, il y a eu un phénomène inexplicable dans ce cas, quoi qu'on puisse dire.

D'autre part, les sommes exigées habituellement par les trois voyants sont insignifiantes et même si ce qui est versé généreusement comme honoraires est parfois important, les thérapeutes sont incapables de réaliser un investissement important avec, ni d'économie

substantielle. De même, s'il y a divergence quant aux horaires préférentiels de pratique, le vendredi, jour saint dans l'islam, est toujours forclos.

En plus, dans deux cas sur les trois, les sacrifices sont indispensables aussi bien pour l'efficacité du guérisseur et que pour sa protection. Enfin, dans tous les cas, la reconnaissance du rejet par l'islam est admise mais avec impossibilité d'arrêter d'exercer même quand on affirme être musulman et honorer régulièrement les rites de l'islam. Pour terminer, dans un cas, le fait d'avoir arrêté la pratique a, à plusieurs reprises, eu comme conséquences des rechutes de la maladie initiale et les deux autres thérapeutes non concernés, affirment tous que les sacrifices de protection n'ont certainement pas été exécutés par leur consœur comme il se devait. Toutes ces constatations dans l'étude sont édifiantes et nécessitent donc de notre part, réflexion et approfondissement dans le futur.

CONCLUSION

Cette étude, premier pas pour nous dans ce domaine, nous invite par certaines données à poursuivre nos recherches. Elle nous permet de percevoir, qu'en partant d'éléments solides et fiables, il est possible de faire des analyses intéressantes et d'arriver à des résultats notoires et peut-être irréfutables.

Le domaine de la voyance a de tout temps ébloui l'homme à tel point que certains n'entreprennent aucune démarche sans avoir au préalable consulté l'avenir. La plupart des populations y font référence, les méthodes étant multiples : cartomancie, numérologie, horoscope, lecture par la paume des mains, tout peut être consulté pour peu qu'on envisage un projet important. Y a-t-il du vrai et du sérieux dans ces sciences occultes ? Quelles en sont les vraies bases ? Êtres invisibles ou discernement fin de type scientifique différent que seuls certains experts expérimentés sont capables de réaliser ? Qu'en est-il exactement ? Notre étude sur la voyance par les cauris est un des jalons jetés dans ce domaine que seule l'opiniâtreté associée à de la persévérance est capable de percer. Les cas exposés sont riches d'enseignement que ces qualités peuvent aider à fructifier. Une approche plus honnête par la collaboration médecine traditionnelle médecine moderne ne serait-elle pas une des clefs de la réussite dans cette recherche ?

Bibliographie

1. Le Noble Coran. Coran traduit en langue française. Traduction réalisée par Dr Mouhammad Hamidallah et révisée par Dr Mouhammad Ahmad LO, Cheikh Ahmad Mouhammad al-Amine al-Chinquiti et Cheikh Fodé Soriba Camara.
2. Zemleni A : L'interprétation et la thérapie institutionnelle du désordre mental chez les wolofs et lébous (Sénégal). Thèse de 3^{ème} cycle. Faculté des Lettres et Sciences Humaines. Paris. 1968. 543 p.

« SAMA JIGUEEN » (ma sœur) ou l'ambiguïté d'une figure féminine dans l'espace conjugal sénégalais

Omar SYLLA *

« Sama Jigueen » dans la langue wolof, signifie ma sœur. Mais cette signification varie : en fonction du lien, biologique ou non, de la relation et de l'histoire de cette relation entre l'homme (genre masculin) et sa « sœur » ; en fonction des circonstances et du contexte de la présentation de celle-ci, etc.

D'une façon particulière, par rapport au couple conjugal, deux figures de « sœurs » se détachent : la belle-sœur et « l'autre ».

L'ambiguïté dont il est ici question concerne l'autre « jigueen ». Et s'il faut placer cette « sœur » dans l'environnement conjugal, le couple serait au centre, enveloppé par les familles des conjoints et enfin cette « jigueen » qui est sans place fixe, tournant autour du couple ou faisant lien avec la famille d'origine du mari. Présente dans la marge conjugale, parfois dans l'intimité du couple, souvent dans le quotidien du couple, elle est partout et nulle part.

Le même constat demeure en thérapie du couple, en milieu sénégalais, au moment de l'identification et de la mobilisation des ressources, en tant que ressource positive (pour le mari) et négative (pour l'épouse).

Mais cette « jigueen » s'avère aidante pour la photographie du couple et fréquemment la compréhension de sa dynamique.

* Professeur agrégé de psychiatrie à l'hôpital universitaire Fann de Dakar, Directeur de l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS)

NDEYE ET SES DJINNS OU UN DÉLIRE BIEN PARTICULIER

*Amadou MAKHTAR SECK **

INTRODUCTION

Dans notre pratique quotidienne, nous sommes parfois confrontés à des situations particulières où tous les repères sont faussés. Dans ces situations, la réflexion s'impose d'autant que nous vivons dans un contexte particulier où, très souvent, des croyances ancestrales priment sur tout le reste.

Les représentations traditionnelles (2) de la maladie en milieu sénégalais, occupent une place importante et permettent ainsi aux thérapeutes traditionnels d'exercer toujours leur art et ce avec les mêmes prérogatives que dans le passé, malgré l'évolution vers le modernisme. Des personnes atteintes de maladie mentale peuvent aussi avoir des prétentions particulières telles celles de devenir guérisseurs, après leur maladie.

Au cours de nos activités, il nous est arrivé de suivre, en clinique, puis en ambulatoire, une dame dont la prise en charge nous a fait réfléchir en tenant compte de beaucoup de paramètres. Il s'agit de Ndèye, l'une de nos patientes, dont le suivi s'est essentiellement fait à domicile.

Dans cette communication, nous rapportons les péripéties de cette prise en charge particulière, suivies de nos commentaires et des conclusions que nous tirons à la suite d'une analyse succincte.

I. MÉTHODOLOGIE

Nous avons choisi d'exposer notre cas de manière chronologique car cela nous a semblé plus pratique, étant donné les particularités de cette prise en charge. En effet, dans ce type de prise en charge où le malade est essentiellement suivi à domicile, le médecin n'est plus le maître du jeu. Très souvent, la plupart de nos interventions se faisaient les week-end et jours fériés. Pour cause, nous avons été confrontés, d'une part, à des difficultés de disponibilité dues aux aléas liés à nos responsabilités hospitalières et à nos obligations familiales et sociales. D'autre part, nous étions limités par des problèmes d'accessibilité au domicile de la patiente en jour de semaine, après notre sortie de l'hôpital, vu les embouteillages de la circulation routière en heure de pointe à Dakar.

Nous avons décidé, au début de la prise en charge, d'intervenir suivant une certaine périodicité mais, par la suite, vu toutes ces difficultés, nous ne sommes intervenus, finalement, la plupart du temps, que suite aux demandes de la patiente et de son mari qui ne

* Psychiatre, Maître Assistant UCAD. Service de Psychiatrie du CHNU de Fann. Dakar.

nous sollicitaient, heureusement aussi, que suivant une certaine périodicité et de façon très raisonnable quand même.

Dans la suite, nous avons essayé de commenter notre cas en tenant compte de la réalité cartésienne psychiatrique mais aussi de la réalité culturelle et des implications religieuses, dans ce cas particulièrement sensible où tout semble intriqué.

Enfin, nous avons essayé de conclure, suite à cette analyse, en essayant d'être le plus ouvert possible, pour permettre une discussion aussi fertile que possible pouvant aider à trouver le juste milieu dans ce cas-ci spécialement, mais aussi, dans des cas semblables, dans le futur.

Au plan éthique, nous avons bien sûr gardé l'anonymat des personnes cibles de ce texte, les prénoms utilisés étant fictifs.

II EXPOSE DU CAS.

1. L'hospitalisation en clinique.

Notre première rencontre avec Ndèye remonte au mois de novembre 2007. Nous avons été sollicités par le médecin chef d'une clinique de la place pour lui apporter assistance.

Ndèye était alitée, dépressive, d'humeur morose, ouvrant à peine la bouche pour exprimer ses problèmes. Ce n'était pas la première fois qu'elle subissait une hospitalisation dans cette clinique ou d'autres, mais c'était la première fois qu'on faisait appel à moi. Elle avait déjà été suivie par d'autres confrères dont surtout des psychiatres et avait reçu, dans le temps, des traitements à base de neuroleptiques et de tranquillisants, mais sans grands effets. Elle restait, malgré tous les suivis passés, dans la même situation et ni sa famille, ni elle, n'arrivaient à comprendre ce qui se passait.

Au cours de notre premier entretien, son mari était présent de même que l'une de ses filles accompagnée par son époux. Ce qui ressortait d'emblée, c'était une atmosphère dépressive avec émergence de plaintes somatiques multiples : céphalées, lourdeur corporelle, mal partout, insomnie, anorexie, apragmatisme notoire, attitude couchée, le visage couvert par le drap, comme si elle avait peur de mettre la tête dehors. Depuis quelques temps, Ndèye, qui depuis toujours était une excellente ménagère, n'arrivait plus à vaquer à ses occupations quotidiennes. Elle restait tout le temps clouée au lit et tout lui était servi à cet endroit par un mari attentionné et bienveillant qui accourait sans broncher pour satisfaire ses besoins les plus élémentaires. C'était en quelque sorte une situation de régression-dépendance que le mari supportait avec un calme, une tolérance et une complicité dignes d'éloge. Pourtant, depuis très longtemps, Ndèye n'arrivait même plus à assumer ses devoirs conjugaux intimes car le mari était rejeté à la moindre sollicitation sexuelle. Sa proche présence la gênait et la mettait dans un état insupportable avec chaleur corporelle et transpiration intense : « c'est comme si on avait introduit en elle quelque chose qui lui faisait rejeter le mari malgré toute sa gentillesse ». Au fur et à mesure que Ndèye s'habituaient à notre présence, un délire assez particulier commençait à se manifester, après quelques jours de suivi.

En dehors de ses plaintes somatiques, Ndèye était sujette à des « visions » : elle voyait comme elle nous voyait nous, des êtres qui, assis à ses côtés ou devant elles, s'entretenaient avec elle, lui donnait des directives ou des conseils. Tout ce qu'elle révélait de ses visions était noté minutieusement par le mari dans un cahier qu'il tenait avec beaucoup de soins, tel un scribe et qu'il me fit lire avec beaucoup de sérieux. Ainsi, selon leurs dires (mari et femme), Ndèye communiquait avec des djinns qui la protégeaient et voyait d'autres djinns qui la persécutaient. Elle citait, avec une extraordinaire lucidité, les noms de tous ces êtres qui lui étaient très familiers : il y avait Jean, le grand djinn protecteur, le plus puissant de tous, qui n'attendait que ses ordres pour agir. Il changera de nom par la suite et deviendra Mohamed, car il était musulman.

Il y avait aussi Daouda, l'esprit blanc, celui qui lui faisait des conseils de régime et qui lui dictait ce qu'elle devait manger ou éviter et en quoi il y avait traitement ; il était plus un esprit érudit, « un *rawane* » (esprit protecteur ou esprit mi-ange mi-homme), qu'un djinn. Ndigal Fall était le djinn baye-fall qui attendait ses ordres pour sévir ; il deviendra Ibrahim. Moussa, lui, était le djinn venu spécialement du Pakistan, rien que pour la protéger. Il y a aussi Serigne Fallou qui lui dicte les noms de Dieu à répéter et Fallou, le djinn converti qui l'a longtemps sollicitée pour faire partie de la troupe protectrice. L'histoire de Fallou est particulière. Il vient du Rwanda et il a une troupe importante de djinns rebelles sous ses ordres, venant tous du Rwanda aussi. Fallou, qui s'appelait Sadibou au départ, s'est converti à l'islam pour pouvoir faire partie des amis djinns de Ndèye. Il était incroyant et était le fiancé *rab* (fiancé esprit) d'une fille amie d'une des filles de Ndèye ; il la suivait partout et l'empêchait de se marier. Quand il s'est converti, il l'a fait courtiser par un de ses soldats car disait-il, cette fille était trop libertine et ne méritait pas qu'on la laisse se marier. C'est pourquoi ils la courtoisaient ainsi et se la passaient. Sadibou a fait savoir à Ndèye qu'il tuerait toute personne qui tenterait de soigner cette fille. C'est à Ndèye seule qu'il pourrait permettre cela car il ne peut rien contre Ndèye qui est quelqu'un de particulier, une sainte en quelque sorte, protégée de Dieu. Ces révélations sur le fiancé *rab* de cette fille avaient été faites par d'autres guérisseurs que la fille avait consultés. Quant Ndèye a parlé de cela à la fille un jour qu'elle a vu Sadibou la suivre, la fille fut ébahie et déclara que Ndèye était une sainte car plusieurs guérisseurs avaient attesté la même chose, à l'insu de Ndèye, qui la consultait spontanément pour la première fois ce jour là. Elle avait un don extraordinaire, selon elle, qui était le pouvoir de vision. Après la conversion de Sadibou, Ndèye convertit 11 puis 111 soldats de ce dernier qui ont tous déposé leurs armes et se sont rangés. Lors de sa conversion, Sadibou, alias Fallou, qui était toujours en rastas s'est rasé, a porté d'autres habits, apporté un œuf et a prié ainsi Ndèye de le convertir. Cette dernière qui n'avait pas confiance en lui au départ, finit par céder. Maintenant, elle doit faire des sacrifices réguliers pour que tous ces esprits qui la protègent puissent se nourrir : aumône d'aliments, d'argent, sacrifices de chèvres ou de poulets à immoler. Le vendredi Ndèye fait régulièrement ces offrandes.

En fait, ces esprits la protègent depuis longtemps mais c'est surtout dans leur maison, dans une des cités de la banlieue dakaroise, que la famille habite actuellement, qu'ils se manifestent.

Il y a enfin les djinns persécuteurs. Ils sont une multitude de petits djinns de nombre incalculable, tellement ils sont nombreux, dirigés par leur mère, animée d'une méchanceté extrême. Tout le mal qui lui arrive, sa maladie aussi bien que ses blocages sexuels, les maladies qui arrivent à ses enfants, viennent de cette dame et de sa progéniture multiple. Jean, alias Mohamed, n'attend que ses ordres pour les pulvériser et les réduire à néant mais la bonté de Ndèye fait qu'elle ne peut pas donner cet ordre.

C'est après quelques-unes de ces révélations (une grande partie ayant été livrée à domicile) et une légère amélioration sous traitement tranquillisant, antidépresseur et neuroleptique associé à quelques adjuvants antimigraineux, anticolopathiques et bétabloquants, que la sortie est décidée.

Ndèye ne veut pas venir à l'hôpital, elle n'aime pas les hôpitaux où il y a trop de misère et elle est très sensible à la souffrance d'autrui.

Pour cette raison, elle préfère que la postcure se fasse à domicile. Un accord est établi entre elle, son mari et nous car elle ne veut pas rompre cette relation qui lui fait beaucoup de bien, car elle « a trouvé enfin quelqu'un qui sait l'écouter et qui la comprend ». Elle n'en demandait pas mieux. Son mari, aussi, est satisfait car il sent sa femme « revenir » après tant d'années « d'absence ».

2. Le suivi à domicile.

C'est justement après la sortie dans le suivi à domicile que la situation va se clarifier.

En fait, un drame se joue depuis plusieurs années que Ndèye vit de façon sournoise et dépressive. Le mari est au courant, sait très bien ce qui se passe mais, complètement sous l'emprise mystique de son épouse, il semble perdre toute lucidité quant à ce qui se passe. Sans broncher, il obéit aux ordres de cette dernière, court, accourt, écrit, apporte ceci ou cela, appelle le médecin ou les guérisseurs qui sont au nombre de deux, achète tel ou tel médicament etc. La situation le dépasse totalement et, subjugué, il satisfait tous les caprices de son épouse avec une sérénité exemplaire. Il est tout à fait complice de tout ce qui se passe. Les enfants sont dans une attitude ambiguë. Ils observent, s'irritent parfois, entrent en conflit de temps en temps avec leur mère, compatissent quand cela le nécessite, semblent parfois tout à fait adhérer à ce qui se passe et suivent même les conseils et traitements de guérisseuse que Ndèye leur prodigue face à telle ou telle situation. En fait, depuis son mariage, Ndèye est victime de la malveillance et de la rivalité de sa belle-mère et de certaines de ses belles sœurs qui lui en veulent à mort et la maraboutent, selon elle, à tout bout de champ. Elle a subi toutes sortes de méchancetés et d'humiliations de la part de ces dernières. Et pourtant, elle a toujours œuvré pour leur bien, aussi bien par les conseils qu'elle donnait à son mari dans leur intérêt, que par les biens qu'elle prodiguait en leur intention. Mais elles, elles n'ont semblé chercher que sa destruction et sa ruine et ce, de tout temps.

A la sortie de clinique, irrité, Jean, le djinn protecteur, décide de mettre fin aux actions malveillantes des mauvais djinns. Aidé des autres protecteurs, elle leur coupe les mains avant de les tuer pour de bon.

Comme par miracle, parallèlement à ce fait et à l'amélioration clinique de Ndèye, la paix revient entre Ndèye et sa belle-famille qui commence à lui rendre des visites d'amitié, à passer la journée chez elle, à lui apporter des cadeaux. Sa belle-mère évoque même la possibilité de « tours de famille » pour que les enfants puissent se connaître.

Ndèye commence à sortir, ce qu'elle ne faisait plus depuis plusieurs années, à rendre visite aux voisins et reprend le travail ménager en main. Elle renoue de nouveau avec le mari et dit même ne jamais l'avoir autant aimé. Elle éclate de rire facilement et amuse souvent les enfants par ses petits jeux puérils. Enfin, elle envisage même de reprendre la conduite automobile qu'elle avait suspendue depuis plusieurs années. Tout est bien finalement qui finit bien.

III. DISCUSSION

L'histoire de sa jeunesse et les débuts de la vie conjugale de Ndèye vont nous permettre d'étayer notre discussion.

Ndèye est une femme musulmane, âgée actuellement de 55 ans. 4^{ème} d'une fratrie de 8 enfants dont deux décédés en bas âge, elle est, elle-même, mère de 8 enfants dont 3 garçons et 5 filles toutes mariées. Elle et son mari, ingénieur, de cinq ans son aîné, vivent en monogamie depuis leur mariage. Née d'un père jardinier et d'une mère vendeuse de fleurs et de légumes, elle arrête ses études en classe de 4^{ème} primaire et aide sa mère dans son commerce, en la suivant sur de longues distances, une calebasse toujours pleine sur la tête. Elle était très belle, timide, réservée et se cachait toujours du regard d'autrui d'autant que les autres lui faisaient toujours des compliments sur sa beauté et sa correction. On disait d'elle, et un marabout le lui aurait prédit, qu'elle aurait une destinée particulière, qu'elle n'était pas n'importe qui.

A l'âge de 20 ans, elle se marie et les premiers conflits avec la belle-famille débutent, quand elle et son mari doivent déménager après qu'elle ait rejoint, dans un premier temps, le

domicile conjugal. Ses problèmes de santé débutent aussi. Elle n'en avait pas de particulier avant.

Ses premiers accès psychiatriques se manifestent à la naissance de son second enfant, une fille, sous forme de bouffées délirantes avec fugues. Elle habitait à l'époque dans une maison qu'on disait hantée.

Deuxième épisode, six ans après, puis les accès se succèdent depuis lors sous forme d'épisodes, anxieux, dépressifs, hystériques, psychosomatiques et parfois psychotiques avec prises en charge multiples traditionnelles et psychiatriques. Ses symptômes s'associent à des perceptions psychosensorielles multiples avec révélations coraniques, et de dons maraboutiques alors qu'elle n'aurait pratiquement pas étudié le coran. C'est depuis lors qu'elle subit ces multiples « visions » et aurait même une fois, eu en « vision », les ailes de l'ange Gabriel dans sa chambre. Ses ailes l'auraient même frôlée ce jour-là.

Si ce n'est la léthargie imputable aux accès, ces différentes manifestations sont décrites et vécues avec une totale lucidité et une relative bonne adaptation à la vie socio-familiale, Ndèye donnant des ordres et surveillant tout pour la bonne marche de la vie domestique. On pourrait ici parler de diplopie psychique.

La personnalité de Ndèye est fortement hystérique avec suggestibilité, histrionisme, une certaine immaturité affective se traduisant par une forte labilité émotionnelle et des réactions presque puériles quand l'humeur est améliorée.

L'ensemble de la symptomatologie est bien sûr, selon la nosographie française en faveur d'une paraphrénie dépressive (à cheval sur la forme fantastique et la forme confabulante), survenant sur une structure fortement hystérique.

Mais que dire devant les aménagements observés dans la vie familiale, conjugale et sociale de Ndèye après l'élimination des djinns qui la persécutaient ? La paix familiale s'est presque miraculeusement installée après ce phénomène. Comment expliquer de manière cartésienne cette mutation ? Si les djinns persécuteurs peuvent être interprétés comme la symbolisation et la projection secondaire de la malveillance de la belle famille et les djinns protecteurs comme l'émanation du moi pacifique et généreux de Ndèye, comment expliquer cette mutation « magique » dans ses relations avec la belle famille, après la destruction des mauvais objets ? Ce sont les membres de la belle famille qui la persécutaient unilatéralement, qui sont ensuite gentiment venus vers elle, sans motivation aucune dans le réel. Comment expliquer les acquisitions coraniques de cette patiente ? Comment expliquer ses actions thérapeutiques qui, selon la famille, portent leurs fruits à tel point que Ndèye commence à être consultée par le voisinage et les amies de ses filles ? Comment expliquer que ses prédictions ou ses interprétations coïncident avec celles d'autres thérapeutes réputés de son environnement ou d'ailleurs ? Même si, la complicité du mari peut facilement être considérée en analyse psychiatrique comme une situation de délire à deux, cela n'empêche qu'il existe certes des zones d'ombre dans la totalité de cette analyse. Ndèye ne serait-elle pas appelée à être l'une de ces futures guérisseuses telles qu'on en connaît en milieu traditionnel africain, qui après une maladie initiatique, deviennent de respectables thérapeutes traditionnels ? Selon elle, Jean, alias Mohamed, lui a d'ailleurs donné l'autorisation de soigner. En milieu traditionnel en effet, avant de soigner, il faut toujours l'autorisation de l'esprit protecteur, si esprit il y a. Mais elle, elle attend. Comme elle l'a précisé, elle préfère toujours être en accord avec ses djinns mais aussi avec ses thérapeutes avant de faire quoi que ce soit. Pour le moment, elle ne soigne que les membres de sa famille : bains, sacrifices. Ses nombres fétiches sont 11 et 111 et elle sait lire par la main, moyennant 55F. Précisons toutefois, que Ndèye n'a pas de problèmes financiers. Elle est riche. En effet, elle loue depuis plusieurs années un immeuble qui lui rapporte 1 500 000 F par mois. Ses capacités mystiques sont donc un plus.

Avec ces précisions et ce qui a été déjà décrit, ces questionnements revêtent un intérêt significatif. En outre, l'existence des djinns n'est-elle pas attestée par le coran (1) : sourate Ar

Rahman (55^{ème} sourate), (sourate Al djinns (72^{ème} sourate), sourate Nas (114^{ème} sourate etc. Quel musulman, dans nos milieux et partout dans le monde, mettrait en doute les paroles de Dieu dans le Saint Coran ou dans l'un de ses livres saints ?

CONCLUSION

La psychiatrie est une discipline complexe. Le cas de Ndèye le confirme encore une fois. Entre la réalité clinique et la réalité environnementale, les divergences sont grandes. L'analyse cartésienne se heurte parfois à des aspects environnementaux difficiles à interpréter classiquement. Dès ce moment, la prudence est de règle et une autre manière de voir s'impose qui fait dès lors intervenir d'autres éléments. Parmi ceux-ci, l'ouverture à un autre modèle d'interprétation, moins basée sur la logique fondamentalement scientifique mais axée plutôt sur des croyances culturelles et religieuses semble privilégiée. L'observation de Ndèye nous fait réfléchir et semble nous inviter à l'investigation et à la découverte de l'invisible. Dieu, en qui la plupart d'entre nous croient, n'est-il pas lui-même invisible ? Ne nous parle-t-il pas lui-même de ces autres êtres invisibles que sont ses anges et les djinns ? L'approche plus radicale de la médecine traditionnelle qui, depuis des millénaires travaille dans ce domaine, éclairée par l'analyse plus approfondie des écrits saints, devrait aider en cela.

La leçon tirée de ce travail est une invitation à cela. Elle semble aussi confirmer l'assertion selon laquelle la psychiatrie est à la croisée des chemins entre la médecine, la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, l'ethnologie, la philosophie... Ne sommes-nous pas destinés, nous psychiatres, à apprendre à être toujours dans le juste milieu ?

Bibliographie

Le Noble Coran. Coran traduit en langue française. Traduction réalisée par Dr Mouhammad Hamidallah et révisée par Dr Mouhammad Ahmad Lo, (Cheikh Ahmad Mouhammad al-Amine al-Chinquitte et Cheikh Fodé Soriba Camara

Zempléni A : L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les wolofs et lébous (Sénégal). Thèse de 3^{ème} cycle. Faculté des Lettres et Sciences Humaines. Paris. 1968. 543 p.

Chapitre IV

FÉMININ ET CRÉATIVITÉ

FÉMININ/FÉMINITÉ

Quelle évolution au début du XXI^e siècle ?

*Véronique NAHOUM-GRAPPE **

L'universel humain est sexué, comme l'a souvent écrit la philosophe Geneviève Fraisse. C'est-à-dire que « les femmes » ne sont pas une sous-catégorie identitaire parmi d'autres, « tribus », « minorités » ou autres sous-groupes aux droits bien particuliers, à ne pas oublier dans les droits de l'Homme. Cet « homme » des droits de l'homme subsumerait alors les droits non oubliés dans toutes ses versions possibles, enfant, vieillard, femmes etc. et de toutes ses couleurs possibles, ce monstre holographique. Les femmes ne sont pas une autre espèce, une classe à part, un continent distinctif, dont on louangerait et piétinerait l'énigme dans un même mouvement.

Le féminisme anglo-saxon des années 70 n'a pas su déjouer ce piège maintenant bien compris d'enfermer « les femmes » dans un champ séparé, à cause de la trop grande tentation de les inscrire dans la grande chaîne des solidarités entre « les noirs », « les gros », « les juifs », « les homosexuels », enfin *les opprimés*. Les faits détruisent cette belle harmonie des lignes de séparation et les femmes homosexuelles, noires et juives, obèses, handicapées, prolétaires et prostituées au fond d'un bouge de l'extrême sud, ne sont pas à la pointe de la plus grande distance d'avec le « wasp », toujours un homme, au teint si clair, hétérosexuel, évangéliste, grand patron de grand groupe, phallus et cigare en érection dans la jouissance du pouvoir...

Le monde réel n'est pas une bande dessinée de science-fiction et la femme est présente à chaque stade de différenciation des sociétés humaines : à côté du « wasp », il y a sa femme, sa sœur, sa fille et sa collègue et le monde des esclaves économiques est à moitié rempli de femmes. Il y a des femmes dans toutes les familles politiques et lorsqu'elles touchent au pouvoir, elles sont aussi différentes entre elles que les hommes. Elles sont présentes au sein du « social » dès que cet adjectif prend un contenu. L'universel humain est sexué. Pour l'homme, pas pour l'escargot.

Et de ce constat, épuisant parce qu'on ne sait pas ce qu'il doit nous entraîner à penser, naît toute une série d'autres données : ici s'inscrit le fait que la plupart des sociétés connues et décrites à ce jour tendent à montrer que cette présence des femmes à part égale ou à peu près démographiquement s'exprime le plus souvent dans une inégalité fondamentale de statut, appelée par Françoise Héritier la « valence différentielle des sexes ». Les travaux de la plus grande anthropologue française de la seconde moitié du XX^e siècle sont devenus des classiques auxquels je renvoie le lecteur, faute de pouvoir les résumer d'un trait, afin d'en utiliser la force heuristique pour penser notre présent en modeste ethnologue.

* Anthropologue, Paris

En effet, de cet horizon *du fait de cette vaste dissymétrie inégalitaire de base*, avec toutes ses variantes « imaginables », (pensables mais parfois impossibles), en termes de jeu, de résistance, de retournement, d'inversion ludique et de contre-mouvement dans les groupes sociaux non occidentaux surgit notre problématique contemporaine de « lutte des femmes ».

Comment s'organisent les termes du débat ? C'est bien au cœur de notre contemporanéité, à Dakar comme à Paris, que surgit alors la césure entre féminin (un genre grammatical, un sexe biologique, une identité subie) et féminité (un système sémiologique plus ou moins idéalisé ou stigmatisé d'identification du féminin dans la femme). De nombreuses approches, de nombreux écrits traitent de cette question et le champ bibliographique est immense.

L'ethnologie du présent peut aussi intervenir dans le champ, à sa façon, artisanale, descriptive : une description sans entrave *qui prend le risque de choisir les traits qu'elle définit comme signes*, sans pour autant prétendre à autre chose qu'à poser d'autres questions.

Premier trait qui fait signe :

Sur nos affiches, au fond de nos écrans, sur les pages de nos magazines, le passant perçoit comme image la plus fréquente *le visage et le corps de la Belle Femme*, comme argument de séduction pour vendre une voiture, un ordinateur, une lessive etc. La parité ici n'est pas respectée pour l'homme, le bel homme est beaucoup moins mis en image et lorsqu'il l'est, il perd en masculinité. Il faut un faciès renfrogné, une barbe de deux jours, un tatouage de pirate, au petit minet poings dans les poches, mannequin masculin de la revue française *Elle* pour viriliser son apparence délicate. Il y a un lien de proximité entre beauté mise en image et féminité, car la femme « féminine » est non seulement belle, mais cette beauté est d'emblée objet de représentation. On trouve à la bibliothèque Nationale un ouvrage intitulé « La Belle Paule », rédigé au XVII^e siècle par un chroniqueur anonyme et qui cite cette exigence des habitants d'un quartier, qui ont obtenu que la plus belle femme du lieu, appelée Paule se mette à sa fenêtre chaque semaine pour être vue. Comme si la beauté de la belle femme appartenait au lieu et que la contempler était un dû, un droit de l'homme *de voir cela*. Injonction de fiction ici, interdit là-bas, c'est bien le féminin, sa chevelure, *sa féminité distinctive* qui est interdite d'être vue dans le port du voile intégral. C'est à dire que la vieille, la laide, la *hors norme* est moins « femme ».

Nos sociétés contemporaines ont démultiplié les images sur les murs et c'est un fait que la Belle Femme s'y donne à voir, quel que soit l'argument. La Belle femme, c'est-à-dire la figuration de la féminité, cette essence du féminin, que les commentaires psychologiques des magazines féminins tentent à l'envie de cerner. Depuis Roland Barthes, la sémiologie des images sociales est en chantier et il faudrait son talent pour commenter une réponse à un courrier de lectrice anxieuse : il s'agit d'être *féminine*, pour garder un mari, ni trop ceci ni trop cela, ni se la jouer ni se la péter, parfaite, parée toujours, mince et bonne cuisinière, cultivée, artiste, drôle, reposante, musclée, douce. Elle chante en disposant des fleurs, passe des concours et pense aux courses etc. La Belle Femme n'est pas une flemmarde, elle est une « vraie femme », qui accouche en serrant les dents et se jette dans le feu pour son enfant. La féminité est un blason qui comprend tout et s'adapte aux injonctions de l'esprit du temps. Son programme est ardu et ses devoirs nombreux, au premier rang desquels : être belle.

La femme socialement belle, dorée, très mince, brillante, dessinée selon un même moule venu de l'hémisphère nord, envahit tous les écrans du monde sur tous les continents et les hémisphères, le poids de son image se traduit en profit faramineux pour les industries de produits amincissants, décolorants, dépigmentant, pour la chirurgie esthétique etc.... sur tous les continents.

Cette emphase contemporaine portée sur l'image du corps et visage féminin redessinés comme beaux, socialement beaux en fonction de canons en voie de mondialisation et qu'une

technologie extraordinaire fait circuler en temps réel sur tous les écrans du monde, accompagne la montée en légitimité sociale culturelle et politique *de la question des femmes*.

C'est notre deuxième trait, caractéristique de notre contemporanéité :

Les femmes ne sont plus exclues des droits de l'homme en principe, comme elles l'ont été par le XIX^e siècle européen, pourtant inventeur de la démocratie républicaine comme alternative politique possible. C'est un des pires siècles pour la condition féminine, histoire oubliée parce que non écrite dans les manuels scolaires. Enfermées dans la maison et dans leur « utérus », tout accès à l'extérieur se devait d'être médiatisé par l'homme. Il y a un beau texte de Balzac où il écrit (si bien) que le génie de la femme doit irriguer l'intérieur de son foyer afin que les hommes de la famille puissent poser le pied sur ce si beau tremplin, pour l'exprimer en leur nom dans l'espace public. Comme, aussi dans Balzac, cette maîtresse qui dit à son amant « marche sur moi, pour mieux sauter dans le monde » ...

Il faut relire Michelet, sur les règles de sa femme, et Zola dans son roman nullissime *Fécondité* : la femme est une autre espèce instable, entre la fleur et le chat, désirable, inquiétante, qui sans enfants légitimes et hors la houlette d'un mari, peut conduire le monde à la perdition. Sans compter le tabou meurtrier de la virginité, l'enfer de la sexualité hors mariage comme vecteur de souillure dont elle seule porte la faute et la honte, même si elle a été violée, à moins qu'elle n'en meure. Combien de destins féminins broyés, combien d'avortements clandestins, de suicides, a produit un tel tabou ? Quelle impunité formidable allouée aux transgressions masculines surtout celles qui s'exerçaient à l'encontre d'inférieures hiérarchiques, comme les domestiques, dont les grossesses dévoilées, entraînaient l'exclusion sociale ?

Dans ce monde où, sous bien des aspects, les femmes sont plus mal traitées socialement, culturellement et politiquement qu'au XVIII^e siècle, l'idéalisation de la féminité, sous l'angle de sa sexualité, de sa fécondité et de son beau corps emblématique de toutes les valeurs collectives, la Liberté, la République, son beau corps de statue moulée, fort, aux lourdes hanches somptueuses prend un essor particulier. Plus tard, au XX^e siècle, les régimes fascistes européens d'entre les deux guerres ont connu ce double mouvement d'exalter la féminité esthétique en l'enfermant dans son corps, sa beauté et sa fécondité potentielle, d'exhiber son beau corps dénudé sculpté sur la place publique pour mieux exprimer les valeurs nationales, tout en l'excluant juridiquement de tous les champs sociaux et professionnels, économiques et politiques, offerts aux hommes.

Il y a aussi ce mécanisme énigmatique, que plus une religion est totalitaire, au sens d'exclusivité et de mélange de tout, et plus la femme est interdite d'exister en dehors de la maternité légitime. Son corps, ses règles, ses cheveux, sa cheville, ses activités, sa façon de marcher et surtout son regard, tout cela doit alors être saisi dans un corset d'interdits qui gère aussi le statut de sa visibilité, de son invisibilité sociale.

Mais en ce début du XXI^e siècle, il semble et c'est notre deuxième trait que la légitimité de la question des femmes, de leurs droits, s'est imposée dans les cultures, avant d'être mises en pratique réellement. En quelques siècles en Europe, la baisse du nombre des enfants s'est articulée avec l'accès progressif des femmes au champ social hors foyer pour changer leur position. Écoles, sport, postes d'excellence, de pouvoir ne sont plus des impossibilités même si la parité n'est pas réalisée aux échelons politiques et économiques les plus cruciaux. Les jeunes filles se trouvent dans une situation où le féminin a gagné en poids moral et politique, où la féminité est une hantise collective majeure et où le tabou de la virginité féminine est tombé en désuétude : il n'est plus tragique d'avoir des enfants hors mariage, il est seulement problématique d'avoir un enfant « seule », sans père. La laïcité est cruciale pour les femmes,

c'est la condition d'une sortie d'un enfer, celui qui lie souillure et (corps) sexe des femmes comme matrice de sexualité dangereuse.

Pour une jeune fille européenne, maigrir et faire des études c'est répondre à la double injonction du féminin qu'elle doit faire exister *comme un homme*, « *pareil* » et à celle de la féminité exacerbée sur les murs, du « devoir être belle ».

Mais au plan mondial et ici à Dakar, les strates historiques et culturelles se chevauchent. Les religions n'ont pas quitté le politique et le champ social, la polygamie, l'excision, ne sont pas encore exclues de la vie des femmes. Leur sexualité est encore parfois un terrible tabou. Et le modèle qui pourrait les aider vient du nord, il est porté par les images de féminité occidentalisées. Les hommes qui refusent le poids de l'Europe peuvent aussi se payer le luxe de dénoncer la question des femmes comme question « européano-centrée », post colonialiste. La lutte des femmes ici est la plus difficile qui soit, il faut qu'elles luttent aussi, ces femmes remarquables qui travaillent, contre certains hommes remarquables qui les entourent.

Ces femmes remarquables, que je salue, sont en face d'un immense chantier.

PROCESSUS CRÉATIF ET CLINIQUE AU FÉMININ

*Thierry DELCOURT**

POURQUOI LIER PROCESSUS CRÉATIF ET CLINIQUE ?

Il ne s'agit pas d'une approche esthétique de la souffrance psychique et de la maladie mentale. Le créatif dépasse largement la question de l'artistique et concerne avant tout la condition humaine. Un lien fort et complexe associe la capacité créative de l'individu et sa capacité à exister dans les conditions qui lui sont faites ainsi qu'à la manière dont il s'y adapte, mais aussi dont il transforme ces conditions en forgeant son être et en pliant le monde pour réussir à exister malgré tout. Et l'on sait jusqu'où certains êtres puisent en eux une capacité de vivre, parfois de survivre, dans des situations d'inhumanité extrême.

DÉFINIR UN PROCESSUS, LE PROCESSUS DE CRÉATION D'EXISTENCE

Le processus, dans sa version humaine, signifie le mouvement organisé d'un ensemble de phénomènes qui inscrivent le corps et le psychisme dans une temporalité et un espace ajustés à la singularité de chacun. Les caractéristiques dynamiques et évolutives du processus de création d'existence traduisent la relation de l'être avec le monde. De cette relation résulte la façon unique dont se nouent les éléments de base d'une construction psychique singulière, depuis les schèmes originaires et perceptifs jusqu'aux figures imaginaires, en passant par les empreintes sensibles, traumatiques et affectives. Ces éléments ont tout intérêt à être repérés et identifiés si l'on veut comprendre un tant soit peu la chose clinique.

DE QUOI PARLE-T-ON AVEC DES MOTS SI USITÉS : FEMME, FÉMININ, FÉMINITÉ ?

Le féminin définit un champ incertain qui traverse hommes et femmes, en interrogeant la question de l'identité, qui n'est pas une évidence, ainsi que les comportements indexés et référencés dans la culture. Le féminin n'est donc pas seulement référé au sexe anatomique, biologique et même culturel. Il n'est pas, non plus, synonyme de femme et de féminité. Il couvre, bien au-delà d'une identité assignée, tout le champ humain, depuis les archétypes jusqu'aux modalités d'être au monde, y compris dans la passion et la folie.

Le féminin, devenu substantif, permet d'exprimer un concept en mouvement qui accompagne le développement des actions de libération et d'émancipation des femmes. Le féminin ne se définit pas par des caractères, des comportements, des attributs, l'absence d'attribut, pénien, pileux ou musculaire, mais par un certain rapport à soi et au monde, à la question de l'identité, aux perceptions sensibles, à l'ouverture sur l'inconscient et donc, au désir et à ce qui le met en tension.

La féminité est indexée à des valeurs culturelles qui en définissent les caractéristiques fixes, mais établies par qui, pour qui et au service de quoi ? On sait ce que véhicule, en lien avec la féminité, la notion d'éternel féminin, chargée de pérenniser ce que la femme se doit d'avoir

*Psychiatre, psychanalyste. Reims

et d'être pour prendre place, souvent d'objet et d'instrument, dans un monde régi par les hommes et pour les hommes, au service d'un dieu masculin et du phallus triomphant dont elle porte la marque en creux.

La féminité est, donc, plutôt référée à ce que l'on attend d'une femme, ce à quoi elle doit se conformer pour préserver l'illusion phallique en l'incarnant ou en feignant de l'incarner. Les modèles et les critères sont variables selon les cultures, l'âge, la situation au regard de la virginité et de la maternité. Mais une dimension esthétique valorisant le paraître y est toujours associée : être belle au regard selon les canons culturels, être douce, aimable, serviable, un tantinet coquine et rebelle mais point trop n'en faut ! Tout est affaire de dosage, très variable selon les cultures et leur lien avec les religions en place. Les femmes ont appris à leurs dépens, et donc, dans un intérêt immédiat, à trouver la juste place. Elles peuvent devenir expertes dans cette adaptation et y trouvent alors, des bénéfices secondaires non négligeables : séduction ravageuse, reine de beauté, pouvoir des mères et des belles-mères, habileté dans l'utilisation d'une théâtralisation... Mais ce sont là de bien maigres conquêtes illustrant plutôt la résistance à la force de l'occupant qu'une réelle émancipation. S'y complaire ne fait que traduire l'acceptation de l'éternel féminin et de son aliénation.

On est donc, là, avec la féminité, du côté des stéréotypes aliénants. La non-conformité aux critères restrictifs de féminité, qu'elle provienne d'un manque de générosité de la nature, d'un choix délibéré ou d'une motion inconsciente, risque fort de générer un rejet, et donc, une souffrance et une profonde solitude. Les oubliées et les exclues doivent péniblement tisser un autre rapport social, souvent axé sur le travail, la mission, la sous-mission. Tout cela masque et tente de compenser un contexte dépressif. À l'extrême, on ne les voit pas, on ne les regarde pas, on les utilise en exerçant sur elles un pouvoir sadico-condescendant. Les hommes s'en servent comme objet sexuel de dépannage : elles sont une sonnette, un trou, un déversoir !

Préférons donc le féminin, notion qui anticipe un potentiel en mouvement autant qu'un possible actuel et qui peut, à terme, redéfinir la féminité sur d'autres bases, avec d'autres représentations et références. Mais tout reste à faire dans la difficulté car le féminin est une réalité en partie insaisissable qui tisse le devenir-femme grâce à des constructions imaginaires. Celles-ci peuvent interroger et malmener les références symboliques, pour mieux libérer.

DU CRÉATIF À LA CRÉATIVITÉ, PARLONS DE LA CAPACITÉ CRÉATIVE

La capacité créative de l'enfant le construit dans son rapport à l'autre et au monde. Cette capacité nécessite un espace de travail, de mise au travail de la découverte et de l'expérience. Cet espace est à la fois espace transitionnel inconscient, comme le décrit D.W. Winnicott et espace d'échange mimétique et identitaire dans le miroir de l'autre. Il est aussi espace de jeu et de mise en scène virtuelle en tant qu'espace de travail d'une conscience qui construit, à mesure que cet enfant conquiert son espace propre, un Moi à la fois illusoire dans son unité et indispensable pour faire face aux situations de vie.

Cette capacité créative, en tant que fonction vitale, concrète et pragmatique, mobilise en chacun de nous des enjeux fondamentaux et donc, parfois embarrassants dans ce que ça met à jour, parfois à jouir. Les créateurs, artistes et inventeurs, apprennent à utiliser cette capacité créative avec une maîtrise du temps et de la production. Ils veillent à ne pas s'épuiser et surtout à ne pas racler en permanence le fond de l'être, se protégeant ainsi de l'angoisse et de la folie. Cet apprentissage différencie la capacité créative de la capacité à créer.

ENTRE ÊTRE ET N'ÊTRE, NAÎTRE FEMME N'EST PAS UNE ÉVIDENCE

En 1949, Simone de Beauvoir déclare dans *le Deuxième sexe* : « Tant que (la femme) a encore à lutter pour devenir un être humain, elle ne saurait être une créatrice. » Et bien, non ! La capacité créative reste une arme essentielle contre l'oppression et ce, jusqu'au fond du cachot où il est encore possible d'imaginer un monde dans un rai de lumière ou un bruit assourdi et donc, de lutter et de survivre en attendant une libération. Quand ça n'est plus possible, quand cette capacité créative est annihilée, et je pense là, entre autres drames humains, à ces enfants aux prises avec la violence destructrice de certaines écoles coraniques, ici, à Dakar ou à Mbour, c'est la désespérance et la mort par autodestruction.

Mais on pourrait parler aussi de la violence organisée et systématique subie par les femmes dans de nombreuses cultures qui ferment les yeux sur la terreur exercée par les maris, les frères, les pères, les belles-mères et même les mères qui ne sont pas les dernières – revanche et tradition obligent –, à tyranniser et tuer leurs filles. La capacité créative y a-t-elle encore une place, et laquelle, en espérant qu'elle soit autre que destructrice ?

On sait la fragilité des conquêtes féministes. Elles ont besoin d'un enracinement sur plusieurs générations car cela concerne autant les inflexions données aux pratiques sociales et au langage que la transformation en profondeur des mentalités. On sait que ces mentalités sont sous-tendues par les inscriptions inconscientes des représentations du féminin et du masculin gravées au cœur des mythes fondateurs de notre culture. On sait aussi l'impact trop limité de ces conquêtes, plutôt à l'œuvre dans les sociétés privilégiées occidentales, en partie dégagées de la précarité et des aliénations religieuses.

Être une femme, serait-ce une maladie ? Née comme appendice de l'homme, elle a commis la faute originelle. Elle est impure car soumise aux menstrues. Son ombre et le gouffre de son sexe ont des pouvoirs maléfiques et destructeurs. Elle est sorcière, elle est possédée, elle est hystérique. L'homme est sérieux, la femme inconséquente, l'homme a du charisme, la femme est hystérique, l'homme est puissant, la femme est soumise à ses hormones, l'homme est vrai, la femme est artifice...

Toutes ces stigmatisations sont au service d'une dépréciation de l'être-femme alors que tout concourt, dans le fait social, à démontrer le contraire. En effet, qu'en est-il réellement du sérieux, du charisme, de la puissance et de la sincérité des hommes, si l'on y regarde d'un peu plus près ?

L'affranchissement nous concerne tous, avec comme horizon libérateur, celui de pouvoir être enfin juste un homme, rien qu'un homme, juste une femme, rien qu'une femme. Il n'est pas question d'idéaliser, en les mettant en rivalité, un camp contre l'autre mais de mesurer et d'en finir avec la mauvaise foi et l'inexactitude de ces assertions dégradantes et insultantes ayant pour fonction d'entretenir l'asservissement.

Les femmes en lutte montrent quel effort et quel parcours il faut "se coltiner" pour libérer l'être, prendre la parole et trouver une identité non asservie. La moindre des obligations qui nous est faite dans le domaine des soins à la personne, c'est de prendre en compte et de mettre à mal cet asservissement en dénonçant ses conséquences dans la vie psychique, et donc, ne pas se contenter d'un constat.

LA CLINIQUE AU FÉMININ EST INTRIKUÉE AU PROBLÈME SOCIAL ET POLITIQUE

C'est vrai de toute clinique, c'est plus vrai encore pour celle des femmes compte tenu de ce que nous venons d'évoquer. Tentons de dresser un état des lieux :

La mise en question des outils cliniques

L'approche clinique des femmes en souffrance nous impose, actuellement, de naviguer entre des armatures psychopathologiques fossiles issues de constats dépassés et des protocoles d'évaluations calibrées, aussi déshumanisés que débiles. Penser une clinique au féminin oblige donc à remettre en question les évidences conceptuelles et la tyrannie de la doxa, qu'elle soit psychiatrique, psychanalytique, bien-pensante ou politiquement correcte.

La pensée politique s'impose comme condition de l'acte psychiatrique, avec un minimum requis : le droit à la parole, le droit à être entendu dans la confidentialité et sans mesure de rétorsion, de perquisition ou de rétention, le droit à questionner sans concession la culture, notamment en ce qui concerne l'impact des perversions sociales et des déviances religieuses et sectaires, de leurs pratiques aliénantes, dégradantes et sacrificielles.

Et donc, la condition de l'acte psychiatrique, particulièrement en ce qui concerne les femmes, c'est d'œuvrer pour penser et défendre un système qui laisse place à leur singularité et qui accepte de mettre en question la contrainte totalitaire et le phallocentrisme comme sources principales d'aliénation et de souffrance.

La théorie peut se mettre, parfois à son insu, au service d'une idéologie conservatrice, ânonnant une cause établie une fois pour toutes :

- Je pense notamment à la récitation incantatoire autour du phallus dans une confusion entretenue et toujours opérante entre réalité anatomique signant la différence sexuelle et métaphore du fondement symbolique. Cette confusion délibérée est là et agit depuis la première articulation freudienne, même si Freud était resté dubitatif et interrogatif.

- Je pense aussi à l'hystérie, évidence clinique balancée à tout va, dont on ne sait plus très bien si elle opère comme insulte, dépréciation réactionnaire et conservatrice de la femme et de sa parole, entité psychiatrique, psychanalytique ou politique. Au bout du compte, je crois, avec Lucien Israël, Luce Irigaray, Sarah Kofman, Antoinette Fouque et bien d'autres, heureusement, que l'hystérie est une, et même, la question politique cristallisée autour de l'être-femme. La richesse de ce qui circule et se mobilise autour de cette non-évidence clinique oblige à une déconstruction radicale, non pas celle du DSM anglo-saxon, territoire du déni et de la destruction clinique, mais celle travaillant le phénomène dans sa phénoménalité et sa dynamique évolutive, en tenant compte de tous les opérateurs en jeu : psychopathologique, politique, social et culturel. Cette déconstruction visant à un réagencement de la clinique part d'un état des lieux de tout ce qui s'est engouffré et figé depuis les grecs dans cette dénomination fourre-tout supposant un utérus fou. Cette déconstruction s'amorce à peine et suppose la créativité de l'acte, de la pensée du psychiatre et la confrontation des cultures psychiatriques.

L'obligation phénoménologique, c'est la créativité du thérapeute

Pour écouter, entendre et penser, il faut apprendre à désapprendre. Il ne s'agit pas de renier le savoir mais, en se frottant à une multitude de savoirs sans y adhérer ni les appliquer, faire l'expérience de la connaissance. Et, en ce qui nous concerne, la connaissance, c'est le patient, en l'occurrence la patiente, qui en ouvre la voie. Il se forge, à partir de là, une expérience qui ouvre à une capacité de comprendre, à un savoir libéré du préconçu, du prêt-à-penser, des grilles et des évidences théoriques. On entre alors dans une conceptualisation en mouvement travaillant le singulier, son hétérogénéité et les passerelles vers le pluriel. Cette approche se fait dans l'incertitude, la fragmentation et la précarité d'agencements et de réagencements inédits. Il s'agit de l'accepter si l'on veut espérer rencontrer et soigner sans aliéner.

REVISITER UNE CLINIQUE EN MOUVEMENT OUVERTE SUR LE MONDE

Le désarroi, entre liberté, aliénation et désillusion

Le droit au travail, le droit à l'autonomie constituent une liberté conquise, mais à quel prix ?

Celui de venir ajouter obligations et contraintes dans des sous-emplois, sous-payés, à la limite de l'illégalité au regard du droit du travail.

Celui de se démultiplier dans un grand écart ubiquitaire : entre emploi, mère des enfants et souvent du mari, femme de ménage, cuisinière, gouvernante, comptable, chef de travaux, sans compter le devoir conjugal, le tout en restant apprêtée, avenante, souriante, disponible et confidente. Sinon, gare aux représailles : depuis les réprimandes d'un mari contrarié jusqu'au droit du mâle à une maîtresse si madame n'est pas disponible ou se laisse un peu aller.

Celui, de plus en plus souvent, d'assumer une famille monoparentale, le mari ayant retrouvé une seconde jeunesse et donc une jeune femme ou alors, il a bien fallu le quitter pour faire l'épreuve de la liberté ; le quitter aussi car la vie devient parfois impossible, entre violence, propos dégradants et harcèlement sexuel venant d'un mari qui n'est plus supportable, plus aimable et qui se laisse aller jusqu'à imposer son hygiène déplorable et la gesticulation de ses fantaisies pornographiques, y compris échangistes.

Celui de n'en rien laisser paraître dans sa vie sociale. Il faut, pour cela, user de cosmétiques, d'excitants, de médicaments en ayant plus souvent qu'il ne faudrait l'idée de les prendre d'un coup pour se reposer enfin. Le suicide, on le sait, est très fréquent chez les femmes.

Et bien, non, tout cela n'est pas une caricature et je l'entends tous les jours dans mon cabinet !

Une patiente en grande souffrance, aux prises avec la multitude de ses tâches et de ses rôles, me dit : « J'ai l'impression que j'ai trois vies. Je me sens coupée en morceaux. » Écartelée entre son métier, ses enfants, sans aucun soutien de leur père qui s'est envolé, avec les études qu'elle y ajoute pour une plus-value de salaire et de reconnaissance, elle ne ressent plus qu'épuisement jusqu'au désespoir. Elle n'existe pas dans ce qu'elle nomme sa vie de femme, en jachère depuis trop longtemps. La souffrance est là, due à l'absence de répit qui génère une immense fatigue. Cette souffrance est aussi induite par le sentiment d'échec lié à une non-maîtrise d'une vie ballottée entre des fonctions multiples et enchevêtrées.

C'est le cas pour de nombreuses femmes qui sont submergées, et donc, démunies d'un opérateur structurant et distribuant leurs positions existentielles. Le jeu entre ces positions est possible s'il s'inscrit dans une identité mouvante, alternative, dont les choix et les variations restent articulés au désir ; mais ceci reste le privilège des créatrices exigeantes, pas seulement artistes, mais femmes déterminées à ouvrir leur propre chemin. Par le risque qu'elles ont pris et imposé de vivre dans et à travers leur engagement, souvent envers et contre la puissance de forces aliénantes, ces créatrices refusent de s'identifier à l'être-femme auquel elles sont en principe assignées.

Ces propos, cette souffrance, cet épuisement, c'est ce que l'on entend dans un cabinet de psychiatre, excepté dans les beaux quartiers, là où existent des échappatoires liées à des conditions matérielles et culturelles privilégiées, mais dans un contexte de dépendance dont la liberté est souvent le vernis narcissique.

L'épuisement fait passer doucement d'une posture de liberté à l'objet, puis au déchet. Il génère une désaffection dépressive que certains nomment '*burn out*' en le réservant aux

travailleurs, mais les femmes y sont concernées en première ligne et c'est la pathologie la mieux partagée par les femmes quelque soit la culture et l'environnement politique ; mais, plus les conditions de développement sont précaires, pire sont ces souffrances, d'autant qu'elles ne sont pas reconnues et qu'il n'est finalement pas si choquant qu'une femme devienne déchet, sa condition impure y incitant.

QUELQUES SITUATIONS CLINIQUES

Attila de soi

Une patiente vient me consulter, poussée par son entourage. Elle est dans un état de paralysie sociale aux allures de phobie et de retrait dans l'isolement et l'abandon de soi. Elle explique, au cours d'un travail approfondi, qu'elle a choisi de s'enkyster dans un 'mal être et ne rien faire', choix tout relatif au regard des enjeux inconscients.

Elle me dit : « Je sais que je ne peux plus rien, pas même me voir dans une glace, mais c'est comme ça ; et c'est moins difficile de ne rien faire et de ne rien espérer. Je refuse de donner quoique ce soit aux hommes. Je ne veux pas les satisfaire, ni en me réalisant, ni en leur offrant mon corps. Je ne veux pas non plus qu'ils me satisfassent. Je ne veux pas avoir besoin d'eux, mais j'en souffre. »

Voilà l'étrange et coûteux dénouement d'une crise existentielle majeure issue d'une histoire douloureuse. Ce dénouement dans une néantisation évoque une politique de la terre brûlée. Le corps et l'existence sont figés par l'acharnement rageur à l'écrasement du désir et par le refus de s'éprouver dans un rapport à l'autre au risque, finalement, d'une dépendance aggravée. Il y a de la colère et du désespoir dans cette position extrême, ce qui n'est pas si rare si l'on s'attarde à écouter les laissées-pour-compte des trottoirs, entre clochardes et prostituées. On recueille alors des histoires personnelles douloureuses qui ont buté sans aucun recours sur un renoncement dans une position de fantôme silencieuse : c'est le piège du refus en bute à ce qui n'a pu se dénouer dans un combat, une rencontre ou une création, le piège du non-être de la victime éternelle qui s'arc-boute dans une inertie mélancolique et agressive. Tout cela masque une attente aussi passionnelle que secrète de ce qui ne viendra plus, de ce qu'on ne peut plus identifier sous les strates de pétrification, et donc, de ce qui ne peut plus se créer dans une tentative d'auto-engendrement ou de résilience.

Indomptable, entre passion et maltraitance de la chair

La passion ne se choisit pas ; elle s'impose à l'être telle une fatalité ; elle le traverse et le dépasse, indomptable, et ne peut se soumettre à aucune autorité. Même si la passion n'est pas l'apanage des femmes, elles y ont une raison subversive que la raison ignore. Les figures de l'engagement passionnel associent souvent une mise à mal du corps entre anorexie et rejet de la dimension sexuelle.

Ces passions ne peuvent se contenter d'une explication politique, même si celle-ci est argumentée autour du refus féministe d'être objet désiré et consommé. On ne peut réduire ces passions à la défense inconditionnelle d'une cause par une identification à la loi et une lutte contre les marchands du temple qui détournent et corrompent le droit à leur profit.

L'anorexie qui accompagne ces passions ne peut pas se comprendre simplement à partir d'une analyse sociologique renvoyant à la tyrannie de l'image d'un éternel féminin actualisé dans la mode d'ultra-minceur. Ainsi va un corps virginal, asexué et éthéré tel qu'il s'illustre

dramatiquement dans la pantomime de mannequins squelettiques, modèles aussi artificiels qu'aliénants. On sait les dégâts qu'occasionne le mimétisme en la matière.

Il faut donc distinguer une passion de l'anorexie, entre refus et aliénation, de la passion de femmes telle Simone Weil, traversées, entre autres exigences, ascèse et négligence de soi, par l'anorexie. L'histoire singulière de ces passions prend corps, ou plutôt perd corps, dans les limbes d'un arrachement entre mère et fille, un arrachement effacé de la mémoire consciente et subi par l'une et par l'autre jusque-là fusionnées : « J'ai rêvé que tu me disais : je t'aime trop, je ne peux plus aimer personne d'autre. Et c'était épouvantablement pénible... Arracher malgré elle une jeune fille à sa mère. La plus grande et la plus douloureuse violence qui soit possible parmi les hommes. C'est elle qui sert d'image à la grâce. »

Simone Weil, qui écrit cela à sa mère, ne peut que maltraiter ce corps qui ne lui appartient plus, faute de ne plus appartenir, dans une relation originaire et essentielle, à sa mère ; elle doit déplacer son appel vers une cause idéalisée, transfigurée, un rêve de grâce qui unirait le monde et les hommes. Ascétique, inébranlable, verrouillée dans ses opinions, refusant toute concession, elle couche à même le sol pour s'adapter à l'urgence et à la nécessité. Simone Weil, décharnée et acharnée, a mené son combat pour l'autre en attendant sa mort qu'elle voulait voir, si ce n'est l'orchestrer.

Le drame, c'est d'abord l'abdication nécessaire de la mère et l'arrachement à celle-ci, une affaire de chair, de chaleur et de voix, une affaire de corps abandonné qui vide l'être de sa substance affective jusqu'à renoncer à appeler la mère. Éviter la souffrance et la dérégulation mélancolique oblige à encrypter ce drame de l'abandon affectif et charnel et à tendre vers une ligne héroïque, déniaut au moi tout appel tragique, émotif et toute expression sensible aut centrée.

Plus généralement, cet univers maternel habité de chair et de mots, donne à l'être sa première forme, trop vite réduite au silence, sans être, pour autant, éteinte par la construction symbolique qui donne accès au monde social. Ce monde du langage structuré et de la fonction dite paternelle détache, arrache parfois, de la mère, de sa dimension de naissance du sensible et du langage. Cette référence à un monde symbolique maternel est dévaluée, pour ne pas dire niée, de par sa dimension indicible et sa connotation féminine ramenée au fragile, à l'émoi. Il appartient aux hommes de ne rien laisser paraître du sensible refoulé, et pourtant, il est bien là ! Quant à la femme, on l'accepte car, témoin de son infériorité, le sensible justifie sa protection et sa position de mineure dans une tonalité mineure et défective.

Antoinette Fouque, psychanalyste et militante, s'est confrontée, avec d'autres, à la théorisation freudienne, puis lacanienne, du tout phallique et de la fonction paternelle comme références unaires du symbolique fondateur. Elle tenta une révolution de ce symbolique pour y introduire la dimension de ce qu'elle nomme un peu maladroitement le lien natif homosexué à la mère pour la petite fille. Antoinette Fouque dit : « Le plus souvent, cette terre native est simplement forclosée en une espèce de retrait, de chambre noire, d'ombre qui fait que les femmes ont peur d'elles-mêmes, peur de leur autre, qui est leur semblable et en même temps de la différence. » Antoinette Fouque veut lever cette forclusion du corps de la mère et en désigner la fonction symbolique. Elle ajoute : « Cette homosexualité des femmes, native, c'est la première chambre à soi, d'où élaborer une langue, une pensée, un corps, une vie à soi : narcissisme, oui, mais topique, dynamique a- et post-phallique ; homosexualité structurante, vitale pour le devenir femme ; homosexualité qui n'a rien ou pas grand-chose à faire avec le lesbianisme, qui, lui, désigne une homosexualité de type secondaire, construite sur une identification au père. »

Lors d'une interview télévisée, Antoinette Fouque précise : « Il y a une homosexualité primaire qui n'est pas de l'ordre de l'homosexualité telle qu'on l'entend. Le premier corps d'amour pour la fille et pour le garçon, c'est une femme. Si la fille ne retrouve pas à un moment de sa vie ce premier amour, elle est amputée d'une partie d'elle-même. Il m'est

même arrivé de penser que si une fille ne retrouve pas cet amour charnel pour sa mère, elle ne pourra pas aimer un homme. Elle n'aura pas traversé tout le champ de potentialités de son corps même... »

Doit-on maintenir ce terme d'homosexualité qui prête à confusion mais qui donne tout de même la dimension d'intense intimité comme une condition pour ouvrir à ce champ symbolique maternel ?

Je propose, en le rapprochant de l'entre-deux femmes de Daniel Sibony comme construction d'une identité puisant dans l'originnaire et non centrée sur le phallus, le terme d'entre-deux chairs native. Cette intimité active tant du côté de la mère que de l'enfant, fille ou garçon, y compris durant son séjour dans le ventre maternel, va de l'allaitement jusqu'aux caresses réciproques, de la comptine au regard parlant, de la richesse de l'infra-verbal aux premiers phonèmes et mots qui méritent l'expression de langue maternelle pénétrant le corps et en émergeant dans une vibration jouissive.

Cette construction originnaire, actualisée dans le rêve et la création, reste inconsciente mais toujours opérante dans le moindre acte ou la moindre perception d'un être s'il n'est pas coupé de cette origine. Nombre de 'baby blues' suivant l'accouchement gagneraient à être considérés à l'aune de ce symbolique maternel forclos.

Je me souviens d'une patiente qui avait très tôt perdu sa mère et avait vécu ensuite une situation de maltraitance sournoise de la part d'une belle-mère ; n'ayant pu avoir d'enfant, stérilité mystérieuse, cette patiente a enfin osé une adoption dont elle était ravie : ravie car heureuse mais soudainement dérobée à elle-même, comme si le sol se dérobaient sous son corps défait. C'est ce qu'elle a éprouvé à l'arrivée de sa fille et lorsque celle-ci, cherchant le contact, l'appela maman. Elle s'effondra alors dans l'incapacité psychique à répondre à cet appel convoquant sa chair et sa position symbolique. Elle ne savait et ne pouvait qu'assurer le quotidien de l'enfant. Il lui fallait d'abord entendre son propre appel et repeupler ses premiers instants avec sa mère de la chaleur d'un contact brutalement perdu. C'est exactement là, cette entre-deux chairs native dont elle fut amputée, comme Simone Weil, mais sous une autre forme. Même si une psychanalyse avait depuis longtemps revisité ces premiers instants, ce n'est que de les vivre qui pouvait opérer une réelle ouverture à recevoir et transmettre cette entre-deux chairs native.

Créer pour surmonter le trauma

Le suicide touche les femmes qui n'ont pas réussi à constituer un recours efficace pour résoudre une équation d'existence compromise. C'est ce recours qu'avait trouvé Niki de Saint-Phalle, comme d'autres créatrices, lors d'une dépression profonde. Il lui fallait peindre, elle qui n'y connaissait rien ; c'était un défi, une voie d'expression et de catharsis dont on sait en partie l'origine : le viol par le père lorsqu'elle avait onze ans. Ce traumatisme ne peut résumer son parcours créateur mais elle en a exprimé l'impact dramatique dans un livre *Mon secret*, dans ses propos souvent acerbes sur les hommes, mais aussi à travers certaines de ses réalisations artistiques dans lesquelles Niki de Saint-Phalle s'approprie les armes masculines pour exprimer et dénoncer la violence à l'œuvre partout où l'on se tourne, y compris sa propre violence faite de révolte, de rage et de vengeance.

Connue pour ses Nanas généreuses, colorées et à l'érotisme vorace, elle a aussi réalisé le fabuleux '*Jardin des tarots*' en Toscane où elle logea dans la '*carte de l'impératrice*', une construction en forme de corps-sphinx féminin. Ici, dit-elle, « je vivais à l'intérieur d'une sculpture mère que j'avais créée ». Elle vivait et travaillait dans le ventre et le sein aménagés pour elle. Ceci n'est pas sans évoquer un retour à l'originnaire qui rentre et puise au cœur de cette entre-deux chairs native pour y tenter une réparation, une réappropriation et une

consolidation identitaire de femme. Et donc, Niki de Saint-Phalle devait accepter le risque de réinterroger l'origine pour se réconcilier avec la chair maternelle devenue dévorante/dévorée dès lors qu'on en subit la douloureuse perte. Je vous renvoie, pour mémoire, à ce qui se dit des mères dans nos cabinets, objets de passion qui furent toujours trop ou pas assez, laissant un gouffre qui n'est pas que de frustration. La faille du sujet se situe là.

Fillette en phallus sous le coude

Quoi de plus joyeux que de regarder la belle photographie réalisée en 1982 par Robert Mapplethorpe montrant l'artiste Louise Bourgeois avec sa sculpture *Fillette* – un monumental appareil génital masculin entier – sous le bras. Le sourire jusqu'aux yeux, Louise Bourgeois nous regarde d'un air assuré, entendu et apaisé. Elle porte une fourrure de singe à poil long et tient délicatement entre ses doigts la base du gland ; elle semble partir en voyage avec pour seul bagage, finalement assez léger, ce qu'elle a conquis, non pas le phallus ni le droit de le porter, ce dont elle n'a cure, préférant le voir et le toucher en bonne place comme elle le dit, sur son mari, mais ce qu'elle a conquis d'elle-même grâce à un long et douloureux parcours de vie libéré par sa création, d'où le titre *Fillette*.

Elle ne baissera plus les yeux devant les hommes comme devant le père à qui elle a réglé son compte dans une œuvre réalisée à partir d'un rêve-fantasme de démembrement-dévoration du père.

Elle ne porte plus en elle, la honte ni la sourde révolte de sa vie douloureuse de fillette, après toutes ces années à les avoir travaillées dans son art et à se relever dans sa vie. Mais ce n'est pas pour autant un trophée qu'elle porte. Elle se refuse au combat militant, victorieux d'avoir arraché le phallus et ses génitoires au guerrier qui s'en sert, entre autres, pour assujettir la femme. Ce n'est pas la victoire contre, mais avec l'homme, qui lui donne ce sourire dans un jeu dédivinisant et dédramatisant le phallus qui semble nous dire : ce n'est que ça, je vous le fais combien ? Et puis non, je le garde au chaud, après tout ! Au revoir... Supposition très subjective bien sûr, mais la beauté limpide du visage de Louise Bourgeois traduit qu'elle est femme libre et pas 'que femme' ou 'surtout femme' ; elle le devient en signifiant qu'elle promène légèrement et sans complexe l'objet du conflit, un phallus allégé, horizontal et affectueusement féminisé, puis diminué en fillette.

Louise Bourgeois bouleverse la donne et donc les références de domination, fondées sur la différence sexuelle. Sa lutte, joueuse après avoir été sans merci, n'en est pas moins décapante dans sa création.

Le propos créatif de l'artiste, comme celui de nos patientes, traverse une mémoire événementielle et affective. Il se met à l'épreuve d'une décontextualisation dans une dimension dramatique ou sur un mode parodique, provocateur et parfois choquant. Artistes et patientes se réapproprient ainsi une mémoire et une origine en soi, l'entre-deux femmes, qui donne à exister et à se trouver, à se réaliser dans une identité plurielle, non figée, non aliénée.

Bibliographie

BONI Tanella *Que vivent les femmes d'Afrique ?* Paris, Éditions du Panama, 261 p., bibliogr., ill. (collection « cyclo »), 2008.

BOURDIEU Pierre « La violence symbolique » in Michel de MANNASSEIN (dir.) *De l'égalité des sexes*. Paris, Éditions CNDP (Centre national de documentation pédagogique) : 83-87, 1995.

DELCOURT Thierry *Au risque de l'Art*. Lausanne, Éditions L'Age d'Homme, 288 p, 2007.
Artiste féminin singulier. Lausanne, Éditions L'Age d'Homme, 271 p, 2009.
 DUBY Georges & Michelle PERROT (eds) *Histoire des femmes en Occident*, Paris, Éditions Plon, 5 volumes 1991-
 FÉDIDA Pierre *L'absence*. Paris, Éditions Gallimard, 356 p. (« Connaissance de l'inconscient ») rééd. En poche, 522 p. (« Folio essais »), 1978.
 FOUQUE Antoinette *Il y a deux sexes : essai de féminologie*. Paris, Éditions Gallimard, 277 p. (« Le Débat »). Rééd. revue et augmentée 2004, Le Débat, Gallimard, 1995.
 HÉRITIER Françoise (1996) *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*. Paris, Éditions Odile Jacob, 332 p, index. rééd., 2002.
 RAIMBAULT Ginette & Caroline (1989) *Les indomptables*. Figures de l'anorexie. Paris, Éditions Odile Jacob, rééd. 1996, 280 p. Odile Jacob (« opus »), 2001 (poches Odile Jacob).
 SIBONY Daniel (1991) *Entre-deux. L'origine en partage*. Paris, Le Seuil, 398 p. (« La couleur des idées ») ; rééd. En poche, « Point essais », (1998), 2003.
 THÉRY Irène *La distinction des sexes. Une nouvelle approche de l'égalité*. Paris, Éditions Odile Jacob, 676 p, 2007.

LA LANGUE MATERNELLE ET LE DESSIN D'ENFANT

*Michel FRUITET**

Depuis plus de 25 ans, j'utilise le dessin d'enfant dans mon travail de thérapeute et depuis maintenant 6 ans, je forme d'autres thérapeutes à ce travail singulier, dont j'ai appris l'essentiel avec le Docteur Anne-Marie Navon.

Je vous invite dans mon bureau. Nous allons chercher dans la salle d'attente un garçon de 8 ans que je vois pour la première fois. La consultation commence d'emblée. Il est debout, son regard m'étonne, ses yeux tournent en tous sens. A mon invitation, il se précipite dans mon bureau sans serrer la main que je lui tends. Il va s'asseoir dans un fauteuil et son regard explore attentivement mon bureau et la vue au-delà de ma baie vitrée. Il ne prête pas attention à ma présence. Je lui dis que ses yeux voient ce que les autres ne voient pas. Il s'immobilise, me regarde et me dit : "sur tes rideaux, les femmes n'ont pas de contours." En fait de rideaux, ce sont de grandes peintures en forme de tentures, avec un travail à base d'empreintes de corps, où les limites des personnages ne sont pas dessinées. Je lui propose de venir s'installer à mon bureau et de dessiner avec ses yeux. Ce qu'il fait, très concentré. Un motif « décoratif », qui me fait penser aux murs des odalisques de Matisse, apparaît en premier. Puis un personnage, au corps filiforme, qui flotte sur la feuille, mais dont la tête est imposante, il a un côté de "E.T.". Sur le visage au milieu de la joue gauche, un troisième œil, très différencié des deux autres. Il reprend la forme de l'élément décoratif, il fait penser à une cicatrice. Je lui demande ce que c'est. " Un œil." Je lui demande ce que cet œil voit, à la différence des autres. Sa réponse est immédiate : "des monstres". Je vais utiliser la correspondance entre le motif décoratif et la cicatrice pour évoquer combien certaines pensées peuvent venir l'envahir et ne lui laisser aucun repos. La question des monstres va revenir et c'est avec empressement qu'il va dessiner tout un bestiaire où les places respectives des uns et des autres vont s'élaborer ; notamment quant à leur filiation.

Voilà une illustration clinique qui donne une certaine idée de ma façon de faire avec le dessin. Je demande à l'enfant de dessiner ce qu'il veut, ce qui lui vient, où plus rarement ce qui vient pendant le temps de la séance (comme dans ce cas). Le dessin est toujours adressé. Il est fait pendant le temps de la rencontre. Il est à entendre dans une dimension transférentielle. Ce qui apparaît sur la feuille blanche est structuré comme une langue.

Une langue singulière à cet enfant-là. Elle nous est étrangère, incompréhensible à priori, seul l'enfant la connaît sans le savoir (figure de l'inconscient).

Nous sommes les traducteurs d'une langue ancienne, oubliée. Pour cela nous allons utiliser deux choses :

* Docteur Michel Fruitet
Pédopsychiatre-Psychanalyste
357 rue du Pont de Lavérune. Montpellier 34070
Tel : 0467522120 docteurfruitet@hotmail.fr

La première, c'est l'écoute des parents de l'enfant, notamment de la mère. Nous allons être particulièrement attentifs, à l'histoire familiale, aux questions de filiations, aux accidents, décès survenus aux alentours de la grossesse. Ainsi qu'aux émotions, états affectifs de la mère durant cette période où les résonances et reviviscences sont si fortes. Les premiers mois de vie sont à explorer pour repérer les éléments de répétitions. Et ainsi mieux saisir la place que cet enfant prend dans l'histoire familiale.

La seconde, c'est l'écoute de l'enfant. Nous allons travailler le dessin comme on travaille le rêve dans une analyse, comme une formation de l'inconscient. Certes, nous allons écouter le récit que fait l'enfant de son dessin, mais au-delà de son discours manifeste c'est au discours latent que nous allons être particulièrement attentifs. Notamment en sollicitant les associations et les jeux de correspondances. C'est entre les lignes du récit que des liens significatifs vont se nouer et que cette langue va prendre corps, inscrite dans la relation à un autre.

Dans ce travail de décryptage de cette langue, nous allons tenter d'entendre les mots de l'enfant, ses mots à lui, qui sont les seuls qui ont valeur. Ce que Lacan appelle le signifiant. C'est avec eux que nous allons pouvoir jouer pour que cette langue puisse sortir de l'oubli.

Cette langue a à voir avec la langue maternelle, mais ce n'est pas ce que nous nommons habituellement la langue maternelle. Je propose de l'appeler « *Langue Placentaire* ». Il me semble que cela rend bien compte de ce qu'elle est. Elle se constitue dès la conception de cet enfant, au cours de la grossesse, et pendant les deux premières années de la vie. Elle est intimement liée à la mère, notamment à l'enfant phantasmatique qui habite la mère, mais comme le placenta, ce n'est pas la mère, mais une interface entre mère et enfant. J'ai aussi choisi ce nom, du fait que dans certaines sociétés traditionnelles d'Afrique de l'ouest, le placenta est appelé le jumeau, et qu'il est traité avec beaucoup de respect, enterré au pied d'un grand arbre. Son pouvoir est grand. Il peut être l'objet d'acte de sorcellerie terrible pour le sujet.

Cette langue placentaire n'est pas que verbale. Stern parle de connaissance implicite, qui est une connaissance non verbale, non symbolique, non consciente. Ce sont des perceptions, des sensations, des états affectifs qu'on ne peut pas mettre en mots. Cette connaissance implicite occupe une place très importante dans cette langue des origines. Le dessin d'enfant va nous permettre d'y avoir accès. Notre travail de traduction va se faire au fil des rencontres, toujours en référence à la relation transférentielle.

Cette langue placentaire est indissociable du lieu où elle est articulée. Quand je parle du lieu, je fais référence bien entendu à la langue maternelle de la mère, et à la culture de la famille, avec notamment les questions de filiations. Le travail des ethnopsychiatres et des anthropologues est passionnant à ce propos. Je pense notamment à Tobie Nathan. Même s'ils ont soulevé légitimement beaucoup de controverses. Mais je pense aussi au lieu géographique dans lequel cette langue placentaire a pris corps. Plusieurs éléments me poussent à faire cette hypothèse. Dans le travail d'analyse avec les adultes, la connaissance implicite quand à un lieu mythique des origines peut être très prégnant et se retrouve au centre de réminiscences et d'expériences très singulières.

Dans mon travail de thérapeute avec des enfants nés dans d'autres pays d'où ils sont exilés dès leur plus jeune âge, les traces de ce lieu d'origine se doivent d'être reconnues, ce qui n'est jamais simple pour des enfants adoptés par exemple. Nous sommes aussi des passeurs entre le lieu des origines et le lieu de vie de nos jeunes et moins jeunes patients.

Dans toute cure d'enfant, on retrouve un dessin clef que l'on pourrait nommer le phantasme des origines et dans lequel la place du thérapeute sur le plan transférentiel est présente. La question du sujet quant à son incarnation, ou ce que Lacan appellerait sa vérité, y est au premier plan.

POUR UN ÉLOGE DE LA LECTURE DANS LA FORMATION DES JEUNES CLINICIENS EN SANTÉ MENTALE EN AFRIQUE

*René COLLIGNON**

Aucours des dernières années, dans le cadre de mes activités éditoriales régulières au service de revues dont *Psychopathologie africaine*, j'ai été frappé par l'expression répétée par des jeunes collègues africains de leur désarroi devant les exigences de l'écriture lorsqu'ils sont confrontés aux commentaires critiques des manuscrits qu'ils soumettent aux comités de lecture des revues scientifiques susceptibles de les publier. Je pense ici plus particulièrement à ceux qui n'ont connu au cours de leur formation comme modèle quasi exclusif dans les écoles de médecine qu'une conception cumulative d'un rapport au savoir qui semble privilégier le souci de la valorisation des dernières connaissances tenues pour acquises souvent au détriment d'une approche des problèmes méthodologiquement plus soucieuse d'exigence critique dans l'exercice rigoureux de l'examen et de la mise en perspective historique des questions, selon un modèle épistémologique plus conforme aux usages scientifiques et universitaires. Les critiques majeures que suscitent leurs manuscrits portent généralement sur des défauts de construction du texte, en particulier sur l'insuffisance de présentation des matériaux cliniques recueillis auprès des malades, qui devraient constituer le socle solide du travail d'élaboration interprétative proposé par la suite dans leurs analyses argumentées. Est assez généralement soulignée également la faiblesse de la revue de la littérature traitant de la question susceptible d'autoriser un commentaire comparatif sur l'apport des observations originales de l'auteur par rapport à la littérature déjà disponible. Ce désarroi des jeunes auteurs une fois exprimé reste généralement sans autre écho de l'entourage que l'éventuelle référence à des recommandations générales pour l'écriture destinées souvent à un modèle d'exposé inspiré des protocoles scientifiques généraux souvent de peu d'usage dans le champ de la clinique en matière de santé mentale qui nous intéresse plus particulièrement. Face à une telle situation, je voudrais proposer modestement à ces jeunes praticiens soucieux de réfléchir sur leur pratique et de partager leurs réflexions avec leurs pairs dans le monde, un plaidoyer en faveur de la lecture. Comment en effet entretenir une ambition d'écrire et de partage d'expériences si l'on ne soutient pas cette ambition en contrepartie par une exigence régulière de lectures susceptibles de proposer des modèles d'inspiration stimulants et matière à méditation ? Encore faut-il pour tirer parti de ces lectures ultérieurement, penser à développer une documentation de fiches de lectures quelque peu systématisée et entretenue.

À cet égard, il existe de bons manuels d'initiation à la recherche documentaire et à l'écriture scientifique, dont celui, conçu à Dakar par un ancien directeur de l'IFAN, le professeur Djibril Samb (1999).

* René COLLIGNON

Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative (LESC)
UMR 7185 CNRS-Université Paris Ouest La Défense Nanterre
21 Allée de l'Université, 92023 Nanterre Cedex France
rene.collignon@mae.u-paris10.fr

Cette valorisation de la lecture dans un monde où s'affirme de plus en plus l'omniprésence des technologies nouvelles de l'information, me paraît d'autant plus nécessaire, qu'elle peut passer pour surannée aux yeux de certains thuriféraires de la modernité, fanatiques d'internet. Or la fréquentation naïve de cet outil de communication, sans le recul qu'une expérience régulière de la lecture critique permettant de mettre en perspective les informations, de tirer parti des ressources du net, fait trop souvent la preuve de ses faiblesses dans l'exercice parfois fort décevant d'un vain butinage sans ordre ni hiérarchie de valeurs débouchant parfois sur la confusion du malheureux internaute amateur.

La lecture dont j'entends ici souligner l'apport est une lecture aux horizons non exclusivement bornés *a priori* à une littérature professionnelle spécialisée. Elle suppose une attention largement ouverte à la littérature extra médicale comme matrice susceptible de constituer pour le clinicien le terreau nourricier d'une réflexion naissante pour mieux documenter les questions auxquelles les observations recueillies auprès des patients le confrontent et qui débordent largement les stricts registres médicaux pour inclure une pluralité de dimensions susceptibles de contribuer à la quête commune du sens où le thérapeute accompagne son patient dans son interrogation sur ce qui lui arrive dans son existence à l'occasion des épisodes pathologiques qui viennent éprouver ce dernier dans l'angoisse et la souffrance, et qui motivent son recours à une demande d'aide. Il me semble par ailleurs que la thématique retenue en exergue du présent colloque – *Psychiatrie et Féminité au cœur de la Culture* – nous invite, en raison de la singularité dans l'histoire de la médecine de la rencontre de l'instance médicale et de la femme, à un retour réflexif sur la question des modalités de constitution des savoirs et des pratiques des médecins face aux femmes¹⁴, qui méritent d'être réinterrogées par la confrontation des discours professionnels sur la féminité avec des discours alternatifs : ceux portés par les traditions orales et les coutumes, ceux dont témoignent les travaux des sociologues et des anthropologues, ou encore les témoignages, les essais et les œuvres de fiction d'auteurs femmes...

Je m'inscris d'autant plus volontiers dans une telle perspective qu'elle m'apparaît se situer dans la continuité d'une approche en matière de santé mentale en Afrique qui s'est initiée grâce à l'essor des courants de la psychiatrie sociale, de la psychanalyse, et aux développements des recherches de l'anthropologie médicale, au début des années 1960 autour du professeur Henri Collomb au sein de l'équipe associant autour de lui à la clinique psychiatrique de Fann des soignants et des chercheurs en sciences sociales. De cette alliance est issu un dispositif original d'écoute qui, dans la conjoncture singulière de l'entretien clinique, porte une attention nouvelle à la parole du patient en respectant le choix de ses propres modalités d'expression ; certains aspects de ce matériau ainsi recueillis pouvant trouver, dans un second temps, des éclairages particuliers à partir de leur confrontation avec les données en provenance des enquêtes ethnographiques attentives elles à la parole collective de l'entourage du patient et à dégager les catégories collectives d'interprétation dont elle est porteuse. Une telle approche de la souffrance psychique, qui déplace les perspectives, a permis de repenser sur de nouvelles bases la clinique psycho-pathologique en Afrique en restituant aussi pleinement que possible la parole aux patients.

¹⁴Ici la lecture de l'ouvrage déjà ancien de Lucien Israël (1976) *L'hystérique, le sexe et le médecin* me paraît rester d'un grand intérêt encore aujourd'hui pour tous les jeunes médecins face à leurs consultants femmes.

Pour ceux qui partageraient quelques réminiscences de lectures plus anciennes, est-il nécessaire de rappeler cette notation de Sigmund Freud dès les *Études sur l'hystérie* (1895) qui remarquait combien il était frappé lui-même d'une façon singulière, de ce que les histoires de malades qu'il écrit se lisent comme des nouvelles, comme des romans. Freud était un grand lecteur sachant reconnaître ses dettes de lecture. Ce que l'on sait peut être moins, c'est qu'il fut en tant qu'écrivain distingué par le prix Goethe de la ville de Francfort-sur-le-Main en 1930 pour l'ensemble de son œuvre, reconnaissance majeure du milieu littéraire germanique pour ce grand styliste qui fait du père de la psychanalyse l'un des créateurs de langage les plus impressionnants qu'il y ait eu, particulièrement soucieux du respect dû aux mots et plus singulièrement encore de ceux de ses patients dans l'attention particulière qu'il y apporta jusqu'à l'introduction de certaines composantes novatrices de sa méthode psychanalytique qu'il inventa et mis au point à partir de cette écoute nouvelle accordée aux patients, à tout ce qu'ils avaient à dire, et notamment dans l'étude de l'activité onirique, de celle des ratés du langage, le lapsus, le mot d'esprit, les actes manqués, etc.¹⁵

Fidèle à une telle tradition ancienne et toujours féconde pour la clinique, on pourrait évoquer d'autres exemples de cette attention aux mots portée par les premiers psychiatres sénégalais de l'équipe de Fann. Comment ne pas remarquer par exemple la liberté de réflexion d'un Moussa Diop manifestée dès sa thèse de médecine soutenue à Bordeaux en 1958 ? Dans ce travail portant sur l'angoisse chez l'Africain dans son contexte ethnique, il s'interrogeait déjà sur des notions wolof relatives à la question de l'identité sexuelle telle qu'elle s'exprime par le truchement de la langue même : l'expression *góor-jiggéen* (litt. : hommes-femmes) par exemple, faisait de sa part l'objet de commentaires, de même qu'une série d'autres termes relatifs à des catégories traditionnelles d'interprétation : *dëmm* (sorcellerie-anthropophagie), *liggéey* (travail magique, maraboutage), ou des états de conscience : *jafur* (état de sidération au cours duquel le sujet s'accuse de pratiques de dévoration anthropophagiques), etc. On peut encore souligner les considérations qu'il développera plus tard autour de certaines pratiques mystiques telles que le *listixaar* ou le *xalwa* qu'il aborde longuement dans une étude de cas qui relate un épisode pathologique survenu lors de l'exercice de pratiques ascétiques de retraite dans une grotte isolée pour un "travail" magique (Diop & Collomb 1965 a), ou encore ses développements autour des notions de succubes ou incubes *farujinne*, ou *jabar u jinne* à propos d'une étude de cas d'impuissance chez un polygame âgé (Diop & Collomb 1965 b). Ces publications, mêmes anciennes, restent des modèles d'inspiration par la précision et la richesse tout en finesse des observations rapportant en détail les propos des patients ainsi que des rêves qu'ils ont rapportés abondamment, éléments corrélés à des élaborations mythiques au sein du groupe. De nombreuses publications des collaborateurs du service témoignent de la fécondité de cette démarche. Je voudrais signaler deux d'entre-elles plus particulièrement pour la clarté didactique dans l'exposé de la méthode d'articulation des données issues de la clinique avec les données culturelles dont elles font preuve : l'une concerne une observation de bouffée délirante chez une jeune femme (Ortigue M.-C., Martino & Collomb 1967), l'autre relate « la psychothérapie d'un enfant Serer et ses rapports avec les rites traditionnels de guérison » (M.-C. Ortigue ([1964], 2007-2008) ; l'ouvrage de Marie-Cécile et Edmond Ortigue *Œdipe africain* (1966, 1973, 1984) constituant à cet égard, la somme systématique la plus achevée des travaux de l'équipe de Fann à cette époque.

Sans multiplier les exemples, je voudrais évoquer ici certaines réflexions originales du professeur Babakar Diop qui avait esquissé une lecture lacanienne de certaines expressions fortes de la tradition wolof. Dans son approche clinique, Babakar Diop était très sensible à la

¹⁵Voir Walter Musch (1959) « Freud écrivain » et « Introduction à la lecture de "Freud écrivain" » par Jacques Schotte (1959).

dynamique de l'entourage familial du patient, et lorsque cela s'avérait possible, il aimait travailler avec le groupe familial, convoquer le conseil de famille, réunions où l'usage des paroles métaphoriques, les aphorismes traditionnels et les dictons trouvaient toute leur place dans une économie traditionnelle de la gestion de la parole¹⁶. Dans ses réflexions sur la clinique, il aimait à faire usage des expressions wolof : *liggéeyundey* (le travail de la mère) et *geñobaye* (la ceinture du père) rapportées l'une et l'autre aux rapports homme-femme au sein du couple. La société wolof, dans un unanimité parfaite, hommes et femmes confondus sur ce point, partage l'idée que la réussite des enfants dépend du "travail de la mère", autrement dit de la manière dont la mère remplit ce qu'en termes lacaniens Babakar Diop propose de considérer comme la fonction maternelle, c'est-à-dire la manière dont le discours de la mère fait référence à la loi, à l'autorité du père (symbolisée ici par la "ceinture du père" ou *geñobaye*). Il est à remarquer que dans sa réflexion originale, Babakar Diop évoquait toujours les deux notions comme nécessairement articulées l'une à l'autre, et comme telles, à ses yeux, structurantes. Ce qui est généralement mis en avant au Sénégal dans les commentaires sur le *liggéeyundey*, sans qu'on corréle généralement cette expression à celle de *geñobaye*, (serait-elle à ce point implicite qu'il n'est plus nécessaire même de la mentionner ?), c'est l'abnégation de l'épouse toute entière dévouée au service du mari pour assurer l'avenir radieux de sa progéniture, sa soumission et son obéissance à l'autorité du mari. La femme est ainsi campée en tant que gardienne des valeurs domestiques. Je voudrais souligner que la publication récente du livre de Fatou Binetou Dial, *Le Mariage et le divorce à Dakar (Itinéraires féminins)* (2008) me semble apporter des éléments nouveaux susceptibles de jeter un éclairage plus nuancé pour une poursuite de la réflexion. En sociologue avertie ayant travaillé au sein d'une équipe de démographes, il ne lui a évidemment pas échappé notamment l'écart d'âge important existant entre les conjoints au Sénégal (une dizaine d'années en moyenne) et les positions fort inégalitaires des partenaires en union. En bonne observatrice de sa société, et en bonne enquêtrice auprès des femmes dont elle a su manifestement gagner la confiance, Fatou Binetou Dial, souligne à plusieurs reprises le caractère très conservateur de la société sénégalaise en matière de modèles matrimoniaux. Mais de ses enquêtes il ressort, à côté de l'interprétation bien connue du *liggéeyundey* généralement mise en avant qui vante l'abnégation de l'épouse, qu'une seconde interprétation existe également, que notre auteur dit compatible avec la première : à savoir celle qui souligne, aux dires de ses informatrices de toutes générations, l'importance du registre de la satisfaction sexuelle du mari pour bien comprendre cette notion de *liggéeyundey*. Ces notations sociologiques nouvelles issues de l'enquête (je n'en connaissais pas trace jusqu'alors dans d'autres publications) apporteraient donc des arguments intéressants à prendre en compte pour un réexamen de l'interprétation esquissée par Babakar Diop à partir de ses observations en milieu clinique. Ceci vient me conforter – s'il en était encore besoin –, dans l'idée de l'intérêt pour les cliniciens et les chercheurs en sciences sociales, de ne pas s'ignorer réciproquement, de rester attentifs aux travaux des uns et des autres, de se lire attentivement, voire d'établir des alliances ponctuelles de recherches à partir de questions les interpellant réciproquement.

¹⁶Pour un bel exemple de fonctionnement traditionnel de ces conseils de famille, on peut se reporter à l'extrait d'un roman de Mame Younoussé Dieng (1997) *L'ombre en feu*, extrait réédité dans *Psychopathologie africaine* (1998-1999) 29, 1 : 77-90. Pour un autre exemple de sensibilité remarquable à la dynamique interne des groupes, on peut se reporter à la pièce de théâtre d'Abdou Anta Kâ mettant en scène les réunions institutionnelles qui se tiennent au sein du service de psychiatrie de Fann, le *péncoù* cohabitent les patients hospitalisés, leurs accompagnants et les soignants, qui mettent en acte une modalité de circulation de la parole qui s'inspire de la palabre traditionnelle villageoise, tel qu'il a pu largement l'observer lors d'un séjour qu'il fit dans le service à l'époque du professeur Collomb. Cette pièce qui a obtenu le prix littéraire annuel 1969 de la revue américaine *Arts d'Afrique* de l'African Studio Center de l'Université de Californie à Los Angeles est publiée dans un recueil de textes de cet auteur sénégalais paru à *Présence africaine* (Kâ 1972 : 77-139).

Mais dans un horizon plus largement ouvert encore, sur nombre de questions l'écrivain, en dehors des représentants classiques des disciplines de sciences sociales spécialisées, n'est-il pas un témoin privilégié de l'évolution des sensibilités sociales, une caisse de résonance qu'il faut savoir écouter également ? N'est-il pas en mesure de faire entendre des voix décalées aux acteurs sociaux que leur formation théorique et technique de type biomédical risque d'éloigner des sensibilités et des valeurs des patients qui leur sont confiés et d'enfermer leur pratique dans une logique exogène au milieu ? C'est parce que non seulement elles constituent un reflet, mais aussi tout à la fois une interrogation des conceptions médicales, culturelles, politiques de leur temps, que les interprétations littéraires de la folie, par l'exploration qu'elles proposent des processus symboliques de transformations des influences de ces conceptions et de leurs effets sur les personnages (Feder 1980), qu'elles méritent une attention plus grande de la part des représentants des professions de la santé mentale en Afrique que cela n'a été le cas jusqu'à présent. Le thème de la folie est présent dans la littérature sénégalaise, des romans d'Ousmane Socé, *Karim* (1935), *Mirages de Paris* (1937), en passant par Cheikh Hamidou Kane, *L'Aventure ambiguë* (1961), jusqu'aux témoignages de Boubacar Sy, *Pas si fou* (1978), de Ken Bugul (1984) *Le Baobab fou*, ou plus récemment encore il est au cœur du roman de Fama Diagne Sène, *Le chant des ténèbres* (1997). Souvenons-nous aussi combien les écrivains sont susceptibles de nous sensibiliser à des questions sociales douloureuses, dérangeantes, en révélant des dimensions sociales souvent inaperçues au plus grand nombre. Je pense à la manière dont Ousmane Sembène a abordé la question de l'inceste en milieu villageois dans sa nouvelle *Vehiciosane* (ou blanche genèse) (1966) ; en encore à la manière dont il aborde l'économie des rapports de pouvoir dans la société et celle des rapports hommes-femmes et le recours à l'usage de sortilèges visant à compromettre les titres à l'union que constitue la pratique du *xala* rendant impuissant, inapte à consommer l'union, dans son roman *Xala* (1995), dont il a tiré aussi un film. On pourrait également évoquer le roman d'Aminata Sow Fall *La grève des battù* (1979) dont la mise en scène d'une grève des mendiants à Dakar va révéler les conséquences sociales insoupçonnées pour le fonctionnement du corps social dans son ensemble qui s'en trouve profondément perturbé.

Il est intéressant de voir comment la littérature africaine s'est emparée d'une série de questions que l'actualité dramatique du continent a mis au premier plan : les effets de la guerre sur les plus faibles, les femmes, les enfants, etc. Questions sur lesquelles les professionnels de santé mentale en Afrique n'ont pas encore tellement contribué par de travaux documentés dans leur champ particulier de compétence. Sur les enfants-soldats, on remarquera en particulier le traitement original qu'en a proposé l'écrivain Nigérien Ken Saro-Wiwa dans *Sozaboy (Petitminitaire)* (1998), roman écrit en "anglais pourri" comme le dit son auteur qui fut pendu par la dictature militaire pour son action de défense des droits de la minorité Ogoni face à l'exploitation des compagnies pétrolières dans le delta du fleuve Niger. Cet exemple fut suivi par l'Ivoirien Ahmadou Kourouma dont le roman *Allah n'est pas obligé* (2000), a connu un accueil assez favorable de la critique et du public. Parmi la profusion de publications qu'a suscité la tragédie du génocide au Rwanda, paraît particulièrement remarquable à signaler l'initiative ayant mobilisé une dizaine d'écrivains africains dans l'opération "Rwanda : Écrire par devoir de mémoire" conçue par l'association Arts et Médias d'Afrique et soutenue par la Fondation de France qui leur a permis de bénéficier d'une résidence d'écriture en juillet et août 1998 au Rwanda, ayant débouché sur la publication d'une dizaine d'œuvres que ces massacres leur ont inspirées. Ont participé à cette initiative le Guinéen Tierno Monenembo, *L'ainé des orphelins* (2000), le Djiboutien Abdourahmane Waberi, *Moisson de crânes* (2000), le Sénégalais Boubacar Boris Diop, *Murambi le livre des ossements* (2000), ainsi que d'autres écrivains en provenance de Côte d'Ivoire, du Tchad, du

Burkina Faso, du Kenya et du Rwanda. Cette entreprise de mise en mots d'une réalité proprement innommable à laquelle se sont prêtés ces écrivains fournit une leçon à méditer pour le clinicien en position d'être sollicité dans l'accompagnement de cette traversée du miroir qu'ont à affronter ceux qui ont pour tâche de survivre, vivre malgré tout sur ce champ de décombres. Ont témoigné de cette tragédie aussi des rescapés Rwandais : à cet égard il faut signaler en particulier le témoignage courageux, lucide, bouleversant d'une sage-femme Yolande Mukagasana (1997, 1999, 2001), engagée à travers les années dans sa croisade contre l'oubli, un combat sans relâche pour faire éclater toute la vérité sur cette période d'horreur et l'entretien du travail de mémoire et le travail de reconstruction des survivants. À signaler également le triptyque que Jean Hatzfeld a consacré plusieurs années à documenter cette page noire de l'histoire du génocide a construit autour d'abord des témoignages de 14 Tutsi rescapés du génocide dans un premier volume (*Dans le nu de la vie. Récits des marais rwandais* (2000), suivi d'une seconde série d'entretiens avec des acteurs hutu du génocide recueillis en prison (*Une saison de machettes* 2003), et enfin *La stratégie des antilopes* (2007) constitué d'entretiens rassemblés après la sortie de prison des anciens tueurs venant se réinstaller sur les collines aux yeux notamment des rescapés qu'ils vont devoir côtoyer.

Parmi les travaux concernant les enfants et jeunes d'Afrique "victimes" et "bourreaux" des guerres civiles, je voudrais signaler un ouvrage collectif *Makers & Breakers*, édité par Alcinda Honwana et Filip de Boeck (2005) ainsi que les travaux un peu antérieurs que Pamela Reynolds (1990, 1996), une anthropologue sud-africaine a consacrés au rôle essentiel qu'ont joué les guérisseurs traditionnels du Zimbabwe dans les soins apportés aux enfants traumatisés par leur participation comme témoins et/ou acteurs aux violences de la guerre de libération. Deux textes d'Alexandra Fuller, me paraissent également intéressants pour le clinicien attentif aux questions du traumatisme, et de la résilience. Dans *Larmes de pierres* (2002) cette jeune femme relate le récit d'une enfance africaine, la sienne, placée sous le signe d'une double tragédie : tragédie familiale avec l'alcoolisme puis la folie d'une mère brisée par la mort de trois de ses enfants, et tragédie politique, celle d'une Afrique australe déchirée par les guerres (de libération de la Rhodésie/Zimbabwe). Le second récit *L'Afrique au cœur, carnet de route* (2005), reprend la question de l'héritage des traumatismes du passé à partir de la rencontre par l'auteur d'un homme hanté par les cicatrices d'un passé violent de combattant dans un commando d'infanterie dont les membres étaient tous blancs, engagés dans les affrontements raciaux, les batailles dans la brousse et la torture. Ce carnet de route aborde sans complaisance ce retour commun de l'auteur et de celui qui l'accompagna dans cette quête commune sur un passé partagé de violence sur lequel l'une et l'autre s'interrogent sur la manière d'exorciser dans le présent les effets récurrents d'un tel passé.

Bien d'autres références pourraient être encore convoquées. Je voudrais terminer mon propos en évoquant une figure littéraire mondialement célébrée, alors qu'elle reste quasiment inconnue dans le monde francophone, bien qu'une demi-douzaine de ses livres soient disponibles en traduction française. Je veux parler de la Sud-africaine Bessie Head dont l'œuvre singulière et forte, conçue dans le contexte historique de l'apartheid, offre une possibilité de reprendre à nouveaux frais la question des rapports entre création littéraire, et expérience existentielle du malaise de l'étrangeté, et peut témoigner de façon saisissante du poids du mal-être, du mal de vivre, comme source vive de l'écriture, ainsi que des difficultés de la lutte pour la construction d'une subjectivité créatrice dans un milieu hostile.

Bessie Head est née en 1937 à Pietermaritzburg au Transvaal, d'une mère blanche divorcée et dépressive, internée en asile après l'avoir conçue avec un palefrenier noir au service de sa riche famille. L'enfant fut élevée par une famille métisse : elle n'était pas adoptable par la

société blanche sud-africaine. Après le décès de sa mère en hôpital psychiatrique, elle reçut une somme en héritage pour lui assurer une éducation solide. Elle fréquenta une école de mission pour jeunes métisses où on lui révéla brutalement l'histoire de sa mère folle et où on la mit vigoureusement en garde : elle devait faire attention, sinon elle finirait folle elle aussi ! À la moindre bêtise, on l'enfermait, elle était soumise à des périodes d'isolement ; ce traitement spécial en fit vite un souffre-douleur de ses condisciples qui trouvaient un malin plaisir à la provoquer à la faute. Cette révélation bouleversante sur ses origines lui fut faite sans ménagement lorsqu'elle avait treize ans, alors qu'elle croyait encore fermement être l'enfant de sa famille d'accueil où elle avait grandi depuis sa naissance.

L'élève qu'elle était fut cependant marquée par la rencontre dans cette institution missionnaire d'éducation d'une formatrice qui lui fit une forte impression par son caractère vif, rebelle, libre, au point d'avoir attribué plus tard le nom de cette dernière au personnage principal de son deuxième roman (*Marou*). La formation acquise fut complétée par l'obtention d'un brevet ; elle enseigna pendant quelques années à Durban avant de faire du journalisme au Cap puis à Johannesburg. Lorsqu'elle quitta l'Afrique du Sud en 1964, répondant à une annonce pour enseigner au Botswana, ce fut en exilée politique porteuse d'un permis de départ sans possibilité de retour. Elle emmenait avec elle son jeune fils après un mariage brisé avec un Sud-Africain. Elle passa au Botswana les vingt-deux dernières années de sa brève existence, longtemps maintenue dans un statut précaire de réfugiée avant d'obtenir la citoyenneté de son pays d'accueil en 1979. Elle rencontra bien des difficultés d'intégration, perdit son emploi d'enseignante, connut des épisodes d'effondrement psychique qui occasionnèrent un séjour en milieu psychiatrique dont l'expérience a nourri son troisième roman intitulé : *Question de pouvoirs* [QP]). Elle fut emportée à moins de cinquante ans par une hépatite en 1986 alors qu'elle était en train de développer depuis plusieurs années une partie moins fictionnelle de son œuvre, se consacrant à des essais sur la culture et l'histoire du Botswana et de l'Afrique australe.

On peut difficilement imaginer parcours plus traumatisant que cette trajectoire de vie qui conjugue autant de thèmes destructeurs pour l'équilibre de la personne : la bâtarde, le secret des origines, l'oblitération de l'histoire familiale, les stigmates de la folie de la mère, le métissage, la discrimination raciale, l'oppression politique, l'exil, l'hostilité subie, le rejet... Cependant la figure de Bessie Head et son œuvre s'affirment avec force dans sa puissance créatrice, au-delà de toute approche victimaire qui pourrait lui être appliquée au regard des circonstances de sa naissance et de ses débuts "pleins de calamités et de désastres" en Afrique du Sud¹⁷. On dispose sur cet auteur d'une documentation permettant de mieux prendre en compte une pluralité de registres de nature à retenir tout l'intérêt du clinicien dans l'appréciation de cette œuvre¹⁸.

Comment lire un texte [QP] dont la critique s'accorde à reconnaître qu'il ne peut être tenu pour une simple fantaisie un peu gratuite sur la folie en Afrique ? Un texte dont la lecture qu'en fait Elizabeth Evasdaughther (1989) suggère que la structure décrit très précisément avec une grande vérité clinique la trajectoire de la schizophrénie paranoïde restituée de l'intérieur¹⁹. Alors, autobiographie symbolique, texte à la frontière de la fiction et de la chronique, compte rendu semi-fictionnel d'une crise d'effondrement psychique dans laquelle

¹⁷Cf son article « Notes from a Quiet Backwater » *Drum* 1982: 35-36.

¹⁸Outre des recueils de correspondances et un certain nombre d'interviews, des textes autobiographiques permettent désormais une mise en perspective des choses ; sans compter ses essais de nature plus historique, et l'existence d'une biographie bien documentée (Eilersen, 1995) et de nombreuses études qui lui sont consacrées.

¹⁹On y retrouve tous les critères correspondants du DSM III, dernière version à l'époque disponible du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* de American Psychiatric Association.

il y aurait comme un excès de communication se traduisant par des voix dans la tête avec lesquelles le personnage dialogue ? Comment appréhender ce récit lorsque les personnages hallucinatoires représentent, telle une allégorie, le combat du Bien et du Mal, de l'amour égalitaire et du pouvoir malin sur l'autre ? Où placer le curseur entre fiction et chronique expérientielle ?²⁰ « Il n'est pas sûr que l'on puisse le lire sans se sentir soi-même devenir un peu fou. Cela fait partie du défi du livre », remarque Jacqueline Rose (1994 : 404) un de ses commentateurs les plus aigus, qui ajoute qu'elle le tient pour un très rare texte lui ayant donné une compréhension interne réelle de ce que Victor Tausk (1919) a décrit comme la "machine à influencer" dans la schizophrénie.

Ce qui fait le prix de cette transformation d'une expérience de la folie en écriture créatrice par une réfugiée sans racines en terre d'exil, c'est que ce texte apporte un rare témoignage d'une intériorité individuelle africaine montrant le caractère mouvant des frontières entre réalité et hallucinations. La recherche anthropologique sur les représentations de l'infortune et du malheur en Afrique a montré que des expériences de contact avec des esprits, des expériences psychosensorielles, des représentations auditives ou visuelles n'apparaissent pas d'emblée pathologiques en elles-mêmes au regard du milieu que de telles expériences n'étonnent pas, comme l'attestent notamment les travaux d'András Zempléni (1968) au Sénégal au sein de l'équipe de Fann. Dans le cas présent, Bessie Head ne disposant pas dans sa vie d'exilée du soutien d'un groupe d'appartenance partageant des représentations traditionnelles communes avec elle, on est cependant sans doute plus proche des "fantômes" que des "esprits" (on dirait les *rab* en milieu wolof) de l'Afrique traditionnelle ; de fantômes tels qu'on les conçoit dans les processus de transmission transgénérationnelle selon des développements récents d'un courant de la réflexion psychanalytique (Abraham & Torok 1978), c'est-à-dire le retour, la hantise chez la personne des lacunes laissées en elle par les secrets inavouables d'un autre, d'un ascendant. Les registres du secret de famille, du trauma de l'engendrement qui parle de l'histoire de la division raciale (*apartheid*), la question du roman familial chez Bessie Head sont abordés et documentés par plusieurs études, dont celle de Susan Gardner (1986) et celle de Teresa Dovey (1989), cependant que les ouvertures les plus stimulantes vers les voies récentes de la réflexion psychanalytique sont le fait de Jacqueline Rose qui souligne combien le mouvement qui va du personnel, à l'historique, à l'universel est central dans les écrits de Bessie Head à propos de qui elle déclare : « Je ne connais pas d'auteur posant la question suivante avec plus d'acuité : "Quelle place, s'il en est une, pour le concept d'inconscient, avec ses propres lois de transformation, dans un environnement produisant de l'atrocité ? » (Rose 1994 : 418).

J'espère que ces quelques mots d'évocation de Bessie Head, de sa vie et de son œuvre vous seront une invite à lire cette femme au destin tragique, auteur africain majeur du continent trop injustement méconnu du côté du public francophone, et à faire la découverte de bien d'autres auteurs encore... Je vous souhaite en leur compagnie la prime de plaisir qu'apporte toute bonne lecture susceptible de gratifier la pulsion épistémophilique qu'on se doit d'entretenir et de nourrir. Je me réjouis par ailleurs d'apprendre la mise sur pied récente à l'hôpital de Fann d'un séminaire régulier de lecture de textes freudiens qui me paraît un élément essentiel dans le dispositif de formation des jeunes en formation en psychiatrie et qu'on ne peut qu'accompagner de nos vœux et encourager vivement.

²⁰On peut signaler ici une autre tentative de mise en forme dramatisée (sous forme de pièce de théâtre "Disease" and witchcraft in our society") d'une expérience pathologique personnelle d'un patient camerounais (un cas de paranoïa) suivi en milieu psychiatrique par un psychiatre allemand travaillant à l'époque au Nigeria. Le Dr Alexander Boroffka a entretenu une correspondance régulière pendant des années avec son patient rentré au Cameroun et a édité ses textes en le présentant comme un "cas Schreber africain" (Boroffka 1980) par référence à l'étude célèbre de Freud ayant fondé l'étude psychanalytique de la paranoïa.

Bibliographie

- DIAL Fatou Binetou *Mariage et divorce à Dakar. Itinéraires féminins*. Paris/Dakar, Karthala/ CREPOS, 200 p. 2008.
- DIENG Mame Younouss, *L'ombre en feu*. Roman. Dakar, Les Nouvelles éditions Africaines du Sénégal.
« Conseil de famille » *Psychopathologie africaine* 29, 1 : 77-90.1997.
- DIOP Boubacar Boris *Murambi le livre des ossements*. Paris, Stock, 233 p. 2000.
- L'Afrique au-delà du miroir*. Paris, Philippe Rey. « Génocide et devoir d'imaginaire » (17-35) ...2007.
- DIOP Moussa *Contribution à l'étude de l'angoisse chez l'Africain dans son contexte ethnique*, Bordeaux, Thèse de Médecine N° 118, 61 p. 1958.
- DIOP Moussa & COLLOMB Henri (1965 a) « Pratiques mystiques et psychopathologie. À propos d'un cas » *Psychopathologie africaine* 1, 3 : 487-511.
« À propos d'un cas d'impuissance » *Psychopathologie africaine* 1, 3 : 487-511.1965 b.
- DOVEY Teresa « A Question of Power: Susan' Gardner's biography versus Bessie Head's auto-biography » *English in Africa* 16,1: 29-38. 1989.
- EILERSEN Gillian Stead *Bessie Head: Thunder Behind Her Ears. Her Life and Writings*. Portsmouth, NH/London, Heineman/James Currey/David Philip 1995.
- EVASDAUGHTER Elizabeth N. Bessie Head's A Question of Power read as a mariner's guide to paranoia » *Res. Afr. Lit.* 20,1: 72-83.1989.
- FALL Aminata Sow *La grève des battù*. Dakar, Nouvelles éditions africaines. 1979.
- FEDER Lilian *Madness in literature*. Princeton, Princeton University Press. 1980.
- FULLER Alexandra *Larmes de pierres. Une enfance africaine*. Traduit de l'anglais par Anne Rabinovitch. Paris, Éditions Calmann-Lévy, 320 p. (Coll. 10/18, domaine étranger).2002.
- L'Afrique au cœur. Carnet de route*. Traduit de l'anglais par Anne Rabinovitch. Paris, Éditions des deux terres, LGB, 320 p. (Le livre de poche, 30738).2005.
- GARDNER Susan « Don't ask the true story: a memoir of Bessie Head » *Hecate* 12, 1-2: 110-129.1986.
- HATZFELD Jean *Dans le nu de la vie. Récits des marais rwandais*. Paris, Éditions du Seuil, 238 p., cartes, photos N&B de Raymond Depardon (Points 969). 2000 Prix France-Culture 2001.
- Une saison de machettes*. Récits. Paris, Éditions du Seuil, 296 p., cartes, (Points 1253) 2003 Prix Femina 2003.
- La stratégie des antilopes*. Récits. Paris, Éditions du Seuil, 308 p., cartes, (Points 1993) 2007 Prix Médicis 2007.
- HEAD Bessie *A Question of Power*. London, Davis-Poynter 1973.
- Question de pouvoirs* (traduction française D. Perrin). Carrouge-Genève, Éditions Zoé. 1996.
- HONWANA Aldinda & DE DOECK Filip (eds) 2005 *Makers et Breakers. Children and Youth in Postcolonial Africa*. Oxford/Trenton/Dakar, James Currey/African World Press, CODESRIA
- ISRAËL Lucien *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Paris, Masson, 253 p. (Médecine et psychothérapie). 4^e tirage. 1980.
- Le médecin face au malade*. Liège, Dessart, 338 p. 1974.
- KEN SARO-WIWA (1998) *Sozaboy (Petitminitaire)*. Roman écrit en "anglais pourri" (Nigeria) traduit par Samuel Millogo et Amadou Bissiri. Arles, Actes Sud, Coll. Babel, 579, 312 p, 2003.
- KOUROUMA Ahmadou (2000) *Allah n'est pas obligé*. Paris, Éditions du Seuil, 160 p., cartes, (Points 1377). Prix Renaudot.
- Quand on refuse on dit non*. Paris, Éditions du Seuil, 160 p., cartes, (Points 1377).2004.
- MONÉNEMBO Tierno, *L'ainé d'orphelins*. Paris, Le Seuil, 157 p. (Points, P 1312). 2000 Prix Tropiques 2000.
- MUKAGASANA Yolande, MAY Patrick *N'aie pas peur de savoir*. Rwanda : une rescapée tutsi raconte. Paris, Éditions Robert Laffont, 350 p. (J'ai lu, document 5453)1999.
- La mort ne veut pas de moi*. Paris, Éditions Fixot .1997.
- Les blessures du silence*. Arles, Actes Sud. 2001.
- MUSCH Walter, « Freud écrivain » *La Psychanalyse* (Recherche et enseignement freudiens de la société française de Psychanalyse) : 69-108. Notes par Jacques Schotte : 109-1241959.
- NDIONE Abasse *La vie en spirale*. Roman. Les Nouvelles Éditions Africaines, 2 vol. 1984.

- La vie en spirale*. Paris, Gallimard (Série noire, 2485).1998.
- ORTIGUES Marie-Cécile et Edmond (1966.) *Œdipe africain*. Paris, Plon (Recherches en sciences sociales) ; 2^e éd : 1973, Paris, Plon, UGE (10/18) ; Paris, L'Harmattan.3^e éd 1984.
- ORTIGUES Marie-Cécile (1964) « La psychothérapie d'un enfant Sérér et ses rapports avec les rites traditionnels de guérison » *Psychopathologie africaine*, 1 : 2007-2008.
- REYNOLDS Pamela "Children of Tribulation: The Need to Heal and the Means to Heal War Trauma" *Africa* 60, 1: 1-38.1990.
- Traditional Healers and Childhood in Zimbabwe*. Athens, OH, Ohio University Press. 1996.
- ROSE Jacqueline « On the 'Universality' of Madness: Bessie Head's A Question of Power » *Critical Inquiry* 20,3: 401-418.1994.
- SAMB Djibril *Manuel de méthodologie à l'usage des étudiants, des auteurs, des rédacteurs, des éditeurs et des secrétaires*. Dakar, IFAN Cheikh Anta Diop, 298 p. (Catalogues et documents).1999.
- SCHOTTE Jacques « Introduction à la lecture de "Freud écrivain" *La Psychanalyse* (Recherche et enseignement freudiens de la société française de Psychanalyse) : 50-68.1959.
- SEMBÈNE Ousmane *Vehi Ciosane* ou Blanche-genèse, nouvelle précédant *Le Mandat*. Paris, Présence africaine : 19-109.1966.
- Xala*. Paris, Présence africaine. 1995.
- WABERI Abdourahmane, *Moisson de crânes*. Paris, Le Serpent à plumes. 2000
- ZEMPLÉNI András, *L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lebou. (Sénégal)*. Paris, Thèse de 3^e cycle en psychologie. 1968.

Chapitre V

FÉMININ, CULTURE ET ALTÉRITÉ

D'UNE CULTURE A L'AUTRE

Le groupe thérapeutique pluriculturel comme soutien à la construction identitaire

*Florence FAUCHERRE**

La Consultation Psychothérapeutique pour Migrants d'Appartenances, à Lausanne, reçoit régulièrement, parmi ses patients, des adolescents issus de l'immigration présentant une souffrance psychique en lien avec leur double appartenance culturelle.

Tirillés entre la culture de leurs parents et la culture qui imprègne leur quotidien social, ils peinent à se construire une identité, perdus face aux multiples repères identificatoires, parfois très divergents, qui s'offrent à eux. Les parents souvent ne leur facilitent pas la tâche. Ceux-ci, surtout s'ils ont dû quitter leurs pays de manière forcée et précipitée, restent très attachés à leur culture d'origine et comptent sur leur progéniture pour la perpétuer (von Overbeek Ottino & Ottino 2001). Une position trop rigide de leur part risque de pousser l'adolescent à faire à un choix radical, qui privilégie exclusivement une culture dans un mouvement d'opposition à l'autre. Les conséquences d'un tel choix peuvent être graves puisqu'il peut mener tant à une exclusion de la famille et de la communauté qu'à une ghettoïsation au sein de la société.

La différence culturelle devient, dans ces cas, un obstacle dans le processus développemental d'émancipation propre à l'adolescence et génère une souffrance psychique, constituée de culpabilité et d'angoisses de perte, qui se traduit par des tableaux symptomatiques variés : états dépressifs, troubles du comportement alimentaire, troubles des conduites, anxiété, somatisations, crises dissociatives.

Chez les jeunes filles en particulier, la différence du statut et du rôle des femmes entre la culture d'origine et celle du pays d'accueil peut rendre le processus d'émancipation particulièrement tendu et laborieux.

Face à ces jeunes dont la problématique s'articule spécifiquement, mais pas uniquement, autour de la différence culturelle, l'idée est née d'insérer dans leur dispositif thérapeutique un espace de parole et de partage centré sur cette question, en complément des entretiens psychothérapeutiques individuels et des entretiens de famille.

II. DISPOSITIF ET COMPOSITION DU GROUPE

Compte tenu de la spécificité des difficultés rencontrées par les jeunes filles, nous avons décidé de constituer un groupe exclusivement féminin.

Les critères d'indication sont les suivants :

- être une jeune fille/femme entre 15 et 25 ans.
- appartenir à la 1^{ère} ou à la 2^e génération d'une famille immigrée en Suisse.
- comprendre et parler le français.
- présenter une problématique psychique en lien avec une double appartenance culturelle : conflits intergénérationnels, difficultés d'émancipation, flottement identitaire.

* Psychiatre-psychothérapeute d'enfants, d'adolescents et d'adultes. Médecin responsable de la Consultation Psychothérapeutique pour Migrants (CPM) d'Appartenances-Vaud, à Lausanne. Membre de l'Association Romande pour la Psychothérapie Analytique de Groupe (ARPAG).

Les séances durent une heure et ont lieu toutes les deux semaines. Il s'agit d'un groupe « slow open » qui peut accueillir de nouvelles participantes en cours de route. Je l'anime seule. Les consignes données sont celle de la libre association et de la confidentialité et une participation régulière aux séances est demandée.

Le groupe fonctionne depuis deux ans et demi. Son nombre de participantes a varié entre trois et cinq. Elles sont actuellement trois :

– M., 18 ans, issue de la minorité serbe du Kosovo, chrétienne orthodoxe, arrivée en Suisse à l'âge de 11 ans, au bénéfice d'un permis de séjour provisoire, en dernière année de scolarité.

– H., 18 ans, Kurde de Turquie, musulmane, arrivée en Suisse un mois après sa naissance, possédant un permis de résidence stable, apprentie aide-pharmacienne.

– L., 18 ans, Equatorienne, catholique, arrivée en Suisse à l'âge de 10 ans, sans permis de séjour, en dernière année de scolarité.

III. EXTRAITS DE SÉANCES ET COMMENTAIRES

Extrait n° 1

H : Les parents de mon copain sont venus faire la demande de mariage à ma mère.

M : Ah, c'est comme ça qu'on fait chez vous ? Chez nous, tu vas vivre directement avec le gars.

H : Mais si tes parents apprennent que t'as un copain, ça fait quoi ? Ils te forcent à te marier ?

M : J'sais pas, ils te laissent plus sortir et tu peux plus le voir.

H : Chez moi aussi, c'est ça ou le mariage forcé. Moi, ma mère, elle ferait jamais ça, mais c'est ce qui se passe dans les villages.

M : Et si ton copain il est pas Turc ?

H : Elle me forcerait à l'épouser seulement si on a fait l'amour ensemble, tu vois. Là, on serait obligés parce que c'est l'honneur en fait, l'honneur de la famille... même si on n'est pas du même pays, de la même religion... même s'il est pas musulman le gars, si on baise, c'est fini.

Cet extrait est assez représentatif des échanges entre les jeunes filles. Les rapports hommes-femmes sont au centre de leurs préoccupations et amènent régulièrement un questionnement sur leur condition de femmes. Mariage, divorce, maternité, sexualité sont des thèmes récurrents qui sont débattus sans tabous. Les jeunes filles, s'entraînant les unes les autres, se lâchent davantage – comme le montre le vocabulaire qu'elles utilisent – qu'en entretien individuel. On remarque aussi dans ce passage que la référence à la culture d'origine est systématique, les participantes se montrant à l'affût des similitudes et des différences entre leurs coutumes respectives.

Extrait n° 2

L : Moi, je lui dis à ma mère : « t'as pas à décider avec qui je dois sortir ».

M : Pourquoi tu lui as dit que tu sortais avec un garçon ?

L : C'est mon grand frère qui m'a vue... Il a dit à ma mère : « laisse-la respirer », mais elle a dit : « c'est une fille ».

M : C'est comme ça chez nous aussi : « c'est une fille ».

L : Ça me faisait du bien de sortir un peu de chez moi. Avec mon père et mon p'tit frère à la maison, je pète trop un plomb.

M : Maintenant elle te laisse plus sortir ?

L : Elle me punit de sorties. J'en ai marre, j'te jure.

Les rapports avec leurs parents occupent bien sûr aussi une grande place dans le contenu des séances. Les adolescentes rapportent les divers interdits liés à la fidélité tenace de leurs parents aux valeurs traditionnelles, partagent leur révolte face aux sanctions qu'elles subissent et se racontent avec un plaisir non dissimulé les transgressions qu'elles ont commises ou simplement rêvées. Mais les avantages de l'éducation traditionnelle sont également relevés et parfois défendus.

Extrait n° 3

L : Chez nous, il y a beaucoup de gens qui parlent. Ma mère a peur des réactions des autres, la réputation tout ça.

M : Ouais, et pis ils disent chez nous, si avec le premier homme ça marche pas, ça marchera plus avec aucun.

H : Vous pouvez vous marier une deuxième fois ?

M : Ouais, mais c'est pas la même chose.

H : Mais les gens, ils parlent pas ?

M : Si, après ils vont te critiquer et y a aucun homme qui va te prendre. Ils vont dire : « elle, c'est une divorcée ».

H : Et la virginité ? Ils vont pas dire : « elle est plus vierge » ?

M : Ouais, c'est peut-être aussi à cause de ça. Mais les mecs, eux, ils ont le droit, ça c'est sûr.

H : C'est ça qui m'énerve justement. Et ils le savent, alors ils en profitent encore plus.

Les relations avec la communauté d'origine représentent aussi un sujet courant dans les entretiens. Les participantes du groupe s'accordent en général pour se plaindre du poids des rumeurs et du qu'en-dira-t-on et des pressions exercées sur elles et leurs familles par les membres de la communauté. On remarque aussi dans cet extrait la solidarité qui les unit autour des sentiments d'injustice quant à leur condition de femmes.

De façon plus générale, on observe un fort investissement du groupe par les participantes qui manifestent ouvertement leur plaisir à se retrouver. La forte charge libidinale qui se dégage du groupe prend par moments des allures d'hystérie collective. Les pulsions agressives en revanche sont évacuées du groupe et ne s'expriment pas ouvertement ni entre elles ni avec moi. A quelques occasions, le ton est devenu plus grave, notamment lorsqu'elles ont abordé des sujets, tels que la guerre ou le racisme, sujets tabous ou difficilement partageables dans leur milieu social ou familial en raison des sentiments de honte qui y sont associés (Douville 2007).

Quelle était ma place dans la dynamique groupale ? Tantôt considérée comme l'une des leurs, elles projetaient sur moi l'image d'une migrante en supposant que j'étais Italienne et m'incluaient dans leur complicité. À d'autres moments, j'occupais une place plus différenciée, en tant que représentante de la culture locale ou en tant qu'adulte appartenant à la génération de leurs parents.

Sur le plan de leur évolution clinique, les jeunes filles ont toutes rapidement montré des signes du soulagement apporté par l'effet élayant du groupe. Leur niveau d'anxiété était moindre et leurs problèmes leur semblaient moins dramatiques et moins insolubles. Au fil des séances, on les a vues prendre confiance en elles. Leur rapport à leur culture d'origine s'est modifié, assoupli et s'est imprégné d'ambivalence. Plusieurs, sur la base de leur amélioration symptomatique, ont diminué progressivement la fréquence de leurs entretiens individuels pour ne garder finalement que les séances groupales afin de consolider leurs progrès.

IV. Conclusion

L'objectif de ce dispositif groupal était de travailler spécifiquement avec des adolescentes autour de leur construction identitaire et de leur accession à une autonomie d'adulte dans un contexte migratoire. Le simple fait de réunir des jeunes filles issues de l'immigration, d'origines variées, confrontées à des difficultés liées à leur double appartenance culturelle, a naturellement donné une dimension métaculturelle au processus thérapeutique, tant au niveau du contenu des échanges verbaux qu'au niveau de l'expérience de l'altérité suscitée par la rencontre avec la culture de l'Autre.

On a vu que la dynamique du groupe était caractérisée par une dialectique entre deux mouvements opposés : l'un tendant vers une recherche des similitudes entre les participantes, l'autre tendant au contraire à mettre en avant les particularités individuelles des unes et des autres. Le fait que les jeunes filles partageaient plusieurs points communs a facilité les processus d'identification dans un premier temps et autorisé une ouverture à la différence dans un deuxième temps. L'effet valorisant du narcissisme des petites différences (Freud [1921] 2003) leur a permis de prendre conscience de l'attachement à leur culture, pour mieux s'en émanciper dans un deuxième temps. Ce double mouvement d'identification et de différenciation au sein du groupe les a conduites, à travers leur processus de construction identitaire, vers une position plus métissée, au sens où François Laplantine (2001) l'entend, entre l'indifférenciation - l'uniformisation - et une exacerbation différentialiste des particularismes identitaires.

Le risque inhérent au groupe multiculturel est sa tendance à privilégier la dimension culturelle au détriment de la dimension intrapsychique ou familiale et donc de passer à côté de dysfonctionnements à d'autres niveaux. Il est donc indispensable de procéder au préalable à une investigation psycho-dynamique complète des sujets et d'articuler le groupe avec d'autres espaces psychothérapeutiques si nécessaire. Ce type de dispositif multifocal participe à un travail de différenciation des niveaux – individuel, familial, social et culturel – qu'il s'agit de réintégrer dans un deuxième temps en créant des ponts entre les différents espaces.

Bibliographie

DOUVILLE Olivier *De l'adolescence errante*. Nantes, Ed. Pleins Feux, 2007.

FREUD Sigmund *Psychologie des masses et analyse du Moi* [1921] dans *Œuvres Complètes Psychanalyse*, Vol 16. Paris, PUF, 2003.

LAPLANTINE François, NOUSS Alexis, *Métissages*, Paris, Ed. J.-J. Pauvert, 2001.

OVERBECK OTTINO Saskia von, OTTINO Jérôme « Avoir ou être : tribulations identitaires chez les adolescents migrants » *l'autre* 2, 1 : 95-108, 2001.

DU MÊME À L'AUTRE : UN DIFFICILE SAVOIR FAIRE

Alice CHERKI*

Dès l'ouverture de ces journées, avec l'intervention de Madame Amsatou Sow-Sidibé, interpellant l'absence de culture du droit des femmes et la part des États dans ce manque d'audace s'est trouvée posée la question de l'exclusion du féminin, du champ politique, question sur laquelle je reviens dans le texte qui suit.

Furent évoquées aussi des œuvres passerelles sillonnant nos parcours. De Marx à Simone de Beauvoir en passant par Rilke et aussi Françoise Héritier et Véronique Nahoum Grappe, sans oublier Sarah Kofmann, trop tôt disparue. Ajoutons le nom de Fanon, Noir, Antillais, Algérien, rêvant d'une Grande Afrique et de la libération des femmes puisque dans ces années-là, c'était non pas émancipation mais libération, le terme qui s'écrivait « tout naturellement ». Libération qui est dans la langue française un mot plus lumineux qu'émancipation, un mot qui évoque le geste, le souffle, les fleurs sur les fenêtres et les « youyou » des femmes.

Dans *L'an V de la révolution algérienne*, en 1959, Fanon va pointer déjà en quoi la société est touchée dans ses structures profondes par l'émergence de la femme comme autre. Il conçoit la culture comme mutation de la société. Retrouver, après la domination, les référents culturels écrasés, momifiés est essentiel. Mais il ajoute : « Vouloir coller à la tradition ou réactualiser des traditions, c'est non seulement aller contre l'histoire mais contre son peuple ». Nous y reviendrons au terme de ce parcours que je vous propose.

Essence, nature, éternel, sont le plus souvent accolés au féminin. On entend très peu évoquer l'éternel masculin alors que l'éternel féminin est une expression qui a la vie dure surtout quand elle vient imaginer un ordre dit naturel, biologiquement fondé, croit-on, de la division sexuelle. Mais en même temps le masculin et le féminin ne tiennent que l'un par l'autre dans ce qui confère aux humains leur peu d'humanité. Ils tiennent ensemble côté homme côté femme dans un paradoxal non-rapport et toutes les civilisations et toutes les cultures s'en sont occupées. Or ce que je voudrais souligner ici, c'est la tendance à homogénéiser cette différence, de la réduire au même. J'insiste. Je veux signifier par là dans cette tendance à homogénéiser ce non-rapport, à réduire la différence et l'altérité, ce qui se joue au nom d'une part, d'une position masculine, d'une position phallique du masculin conduisant à refuser la castration symbolique et dénier la limite, et d'autre part, à considérer le féminin du côté de l'éternel, de la nature, de l'essence.

Or, il n'y a pas d'essence mais un devenir de processus psychique. Et dans ce parcours, la femme n'est en aucun cas l'essence de l'homme. « On ne naît pas femme, on le devient », disait déjà Simone de Beauvoir, à entendre le devenir après un long parcours psychique dans lequel intervient aussi bien pour une personne affectée du sexe masculin comme pour une personne affectée du sexe féminin, l'épreuve de la bisexualité psychique.

* Psychiatre, psychanalyste, Paris.

Le constat de ce chemin, de ce trajet fait partie de l'expérience clinique quotidienne qui permet à chacun, homme ou femme, d'accéder à leur créativité propre. Combien d'écrivains hommes écrivent à partir de la part féminine d'eux-mêmes dont ils n'ont pas horreur, l'acceptent, et l'acceptent comme source de créativité.

Et ce à l'inverse de beaucoup d'autres, pour qui la différence fait horreur et qui se conforteront d'une conception du féminin bien connue à savoir (comme je vous disais) : Considérer le féminin du côté de la nature de l'essence de l'éternel, du côté de la sensualité, généralement diabolique, par rapport à l'intelligible...

L'opposition nature culture, le dedans pour les femmes et le dehors pour les hommes, le sensible par rapport à l'intelligible, le creux mystérieux parfois diabolique attribué au féminin par rapport au tout visible de la virilité masculine a un impact durable et ce quelles que soient les civilisations et les cultures. Même si l'on pense être entré dans la modernité avec des expressions comme « égalité, parité, complémentarité ». Mais les vieilles dichotomies ont la vie dure même si elles prennent le masque d'une opposition pratique/théorie, poésie/concept ou encore utopie/loi.

Cela me paraît urgent à souligner quand on constate que les totalitarismes, quel que soit leur support ou leur contenu de signifié ont comme propension et trait commun à remettre sur le devant de la scène l'éternel féminin, la nature féminine et l'essence féminine. Cela est le terreau de tous les régimes totalitaires.

Il suffit de parcourir les textes récents ou plus anciens sur les statuts idéologiques, juridiques et même esthétiques que le nazisme, le fascisme ou le régime de Vichy ont appliqué aux femmes, les mêmes thèmes au delà du *KKK (Kinder, Kirche, Küche)* surgissent repos du guerrier, gardienne du foyer, pure fécondité. Il se trouve que ces trois éléments accompagnés souvent de l'exclusion de la cité par rapport aux droits civiques se retrouvent actuellement dans bien des régimes, et cela au nom du religieux ou de son retour.

Que nomme-t-on « le retour du religieux » ? Sous cette appellation se déploie certes un éventail de désignations allant de la religiosité à la quête d'un Dieu dont la place est éminemment variable. Mais ce retour du religieux apparaît comme résultant d'une faillite du collectif (et de l'État) pour maintenir un lieu tiers, lieu d'ancrage symbolique, marqué d'absence.

Force est de constater que les montages de l'institution, pourtant supposés construire ce lieu, se fondent en fait sur l'expulsion de ce qui est autre. Toutes les institutions – et pas seulement les grandes classiques freudiennes armées et églises, mais aussi État – assises sur ce principe d'expulsion de ce qui est autre, en viennent à occuper une position où non seulement la place tierce n'est plus maintenue comme lieu vide mais où s'instaure le recours à une position de déni de la différence.

D'où mon hypothèse, l'Institution – neutre et asexuée – serait non seulement masculine mais fondée sur l'exclusion du féminin. Or cette exclusion clôt l'incomplétude du symbolique et permet que s'engouffre dans ce qui serait la place vide du tiers un peuple de figures hors champ de la limite. *Ainsi défaille la fonction paternelle en principe marquée par le retrait d'un père tout puissant* et laisse place à une position qu'il faut bien dire perverse. Doit-on considérer que cette position est structurale du lien social et se taire ou tenter de dire autrement ? Ce dire autrement suppose de réinscrire cette différence masculin/féminin, cette

étrangeté du féminin que le masculin chercherait constamment à maîtriser quitte à recourir à un absolu qui en même temps qu'il le conforte l'installe dans le déni et l'imaginaire toute puissance, *ce qu'on pourrait appeler le recours à une solution fétichiste avec exacerbation de la virilité.*

Or nous avons remarqué que dans les grands temps de mutation, quand il s'agit par exemple de tenter de sortir de l'aliénation de la domination coloniale par rapport à la négation des cultures et des langues, quand il s'agit de sortir de l'intériorisation de cet écrasement symbolique qui est le plus sûr garant de la permanence de la domination, et, au-delà, de la non-créativité individuelle, l'exclusion du féminin vacille. L'ordre institutionnel garanti par l'ordre phallique est pris en défaut et le bord du féminin va s'ouvrir sur la création pour réinventer, et en fait reposer de nouvelles garanties symboliques. Certains diront qu'il s'agit d'une transgression des normes traditionnelles et que s'affaiblissent ainsi les contrôles collectifs. Mais justement, de quelle nature sont ces contrôles ? Ne s'agit-il pas de les bouleverser pour réinstaurer cette place vide du tiers comme dirait Leclaire, qui va permettre une nouvelle régulation sociale et politique d'une société en mutation ?

Mais allons un peu plus loin sur l'horreur de l'altérité que cette position infiltrant le politique révèle.

Nature, essence et éternel se conjuguent ou se juxtaposent pour faire de la femme la garante de la non-castration de l'homme, du refus de sa propre féminité. À ce jeu-là, risque d'anéantissement, non seulement pour la femme mais également pour l'homme pris dans la perversion fétichisante.

La virilité peut être considérée comme un excès, comme un défaut de mise en scène du masculin. Et l'on constate souvent fréquemment dans la virilité ou même dans le désir masculin ceci : la perversion fétichisante du déni de la castration. *Se dit en termes freudiens : à la fois, elle (la femme) est châtrée mais elle l'a quand même (le pénis).*

Or, ceci se supporte du fantasme de la femme idéale, paradoxalement non manquante – de la femme « toute » – peu importe qu'elle prenne la figure de la mère, de l'amour, de la mort ou d'un corps-phallus. Non manquante, non pas justement en ce qu'elle serait l'énigme de la jouissance Autre, mais le phallus même, pas tant voilé qu'érigé à l'instar du pénis qu'alors il évoque.

Dans cette affirmation de l'éternel féminin, on peut voir une réponse active de l'homme, non seulement à éliminer le « pas tout » mais à refuser sa propre féminité et son rapport à un père, agent de la castration et qui lui-même ne serait pas châtré symboliquement. Cette crainte de la castration par rapport à un père tout puissant conduit non seulement à la non-inscription dans une lignée (qui suppose que le père lui-même serait dans le retrait par rapport à cette toute puissance) mais également vient projeter sur la femme un double fantasme dont les deux termes ne sont pas contradictoires. Elle est celle qui porte pour lui la castration, c'est à elle que le père l'aurait infligée et de ce fait, il en serait épargné, ce qui entre parenthèse ne le dégage que précairement de l'assujettissement au « Tout ». L'autre versant du fantasme est qu'elle est la femme mère complète, le phallus même, qu'il s'agisse du corps de la femme érigé en phallus, corps intact, beauté, santé, tout visible ou ce qui est moins connu, de la femme toujours enceinte, pure fécondité naturelle sous le regard et le contrôle de l'homme. On retrouve là tous les thèmes de la nature et de l'essence féminine. Que la femme supporte ce fantasme, cela est culturellement, sociologiquement, singulièrement connu mais justement, elle n'y est pas toute.

Cela ne veut pas dire que le féminin n'est pas dans l'invention d'un lien social : Dans l'excentrement de ce « pas tout », de ce temps du phallus en défaut qui laisse place au trou, trou d'une jouissance au plus près du réel, à des bribes sémiotiques qui ne peuvent se dire complètement et en même temps cherchent à se dire, insistent pour se mettre en scène.

On a pu remarquer que les femmes amenées à parler, écrire ou penser la féminité passent nécessairement par la rencontre avec le vide²², avec des points de disparition à partir desquels seulement les mots se reforment et s'écrivent.

On ne peut rendre compte de ce vide comme de la plainte de la castration, mais comme le signe de ce temps suspendu, de cette expérience du temps extrême du phallus en défaut à proximité errante de la Chose ou plus simplement de cette expérience de proximité du pur réel. Un point de disparition qui est du côté du « pas tout » aux limites de la symbolisation. De ces points de réel, quelque chose va émerger, faire passer éventuellement, dans la fonction phallique qui est de l'ordre du langage, mais pas tout, pas tout possible à dire. Il s'agira alors de savoir faire avec ces trous, de savoir inventer. Ceci évoque certes la création depuis sa forme la plus simple de la création du savoir-faire. Cela rejoint curieusement ce que disent dans leur champ les anthropologues, notamment dans ce que qu'écrit Véronique Nahoum-Grappe dans son livre *Le féminin* (Paris, Hachette, 1996) sur la culture des femmes, sur leur savoir-faire de proximité, mais surtout sur ce qu'elles apportent au lien. Cela rejoint aussi le tracé éthique qui, du féminin, vient faire brèche à la femme-refuge de l'éternel féminin et de la virilité tendant à l'équivalence pénis-phallus.

De cette brèche du féminin comme invention d'un tracé éthique, témoignent paradoxalement les plus importantes figures féminines de la Bible. Autour d'elles, la maternité féconde et triomphante, chère aux régimes totalitaires, est largement mise en question. Dans la Bible, les mères, tout naturellement fécondes, sont peut-être du côté de la terre ou de l'appropriation, mais barrées – au sens d'exclues – de la création de la filiation. En revanche, la stérilité de Sarah, ou celle de Rachel est comme un temps nécessaire, un point de butée chaotique, incompréhensible qui indique que l'enfant n'est pas là de toujours et de nature comme acte naturel de l'accouplement.

Pour que la rencontre avec le nom qui vient fonder une lignée, construire une culture, donner un plus de sens, ait lieu, il faut en passer par cette hétérogénéité, cette émergence du féminin comme radicalement autre, entraînant ces ruptures de l'ordre de l'engendrement, engendrement à mettre au compte de la fonction phallique.

Plus intéressante encore pour nous la figure d'Agar, la mère d'Ismaël, paradigme de la disparition : elle disparaît du Coran, recouverte par la filiation abrahamique, elle est non-nommée dans le texte coranique et pourtant, elle a nommé Ismaël.

d'un enfant qui n'était pas pour être le sien, qui n'est rien, puisque aucune parole n'indique sa place, elle doit fuir par deux fois dans le désert. C'est dans ce lieu, au plus près du désastre, que la parole de l'ange intervient. Une première fois, l'enfant sera nommé et promis à la multiplication de sa semence ; la deuxième fois, au terme de treize années, quand Agar aura de nouveau à disparaître et à errer dans le désert avec l'adolescent, c'est alors sur fond de cette disparition, de cette errance, qu'Ismaël est promis « à être mis en grande nation ».

²² Qui prendra, selon les cas, des allures de désert, d'abîme ou de paysage lunaire.

Plus en amont dans le texte biblique, Agar est toujours confrontée à l'extrême²³. Porteuse d'un enfant qui n'était pas pour être le sien, qui n'est rien, puisque aucune parole n'indique sa place, elle doit fuir par deux fois dans le désert. C'est dans ce lieu, au plus près du désastre, que la parole de l'ange intervient. Une première fois, l'enfant sera nommé et promis à la multiplication de sa semence ; la deuxième fois, au terme de treize années, quand Agar aura de nouveau à disparaître et à errer dans le désert avec l'adolescent, c'est alors sur fond de cette disparition, de cette errance, qu'Ismaël est promis « à être mis en grande nation ».

C'est d'un point extrême de manque où l'on pourrait dire qu'Agar est dans cette expérience du temps extrême du phallus en défaut à proximité errante de la Chose que se profile alors l'introduction d'Ismaël à la nomination et à la filiation.

J'ai évoqué ces exemples pour indiquer comment c'est à partir du manque phallique et de sa reconnaissance éventuellement accompagnée d'errance, de l'acceptation du féminin, comme autre, support de l'hétérogène, que s'inscrit non seulement l'éthique de la subjectivité, que l'on soit homme ou femme mais la création d'un lien social, y compris de filiation.

On retrouve paradoxalement ce que j'avais énoncé elliptiquement au début de mon propos du dire de Fanon sur l'émergence de la femme algérienne pendant la guerre de libération : Sortie du poids de la soumission à la tradition, elle s'affirme publiquement comme autre et en tant qu'autre (de cette place), elle transforme les rapports de la famille et de la cité. Ceci même si ces temps d'émergence sont fragiles car une fois de plus l'émergence de la barbarie et la crainte du chaos conduisent à la soumission à l'ordre phallique et conduisent à la régression de la culture et du politique fondée sur l'exclusion de tout autre.

²³ Agar est servante de la stérile Saraï et celle-ci la donne à Abraham pour qu'elle puisse en avoir un enfant. Elle sera chassée deux fois par Saraï, une première fois quand celle-ci comprend, qu'enceinte, Agar s'allège de sa maîtresse, une deuxième fois, treize ans plus tard avec le même enfant, Ismaël (né et devenu adolescent), alors qu'Isaac, fils de Sara et d'Abraham est déjà venu au monde. Les commentaires disent qu'Ismaël prenait trop de place dans la maison de son père.

Chapitre VI

UNE PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE

DU

FÉMININ

FOLIES D'HIER ET D'AUJOURD'HUI

D'une logique de l'enfermement à l'éthique du sujet

*Josiane VIDAL**

Lorsque le 14 mai 1657 à l'aube par décret du roi de France sont amenés de force, à Bicêtre les hommes, à la Salpêtrière les femmes [Xenakis, 2004]²⁴, les filles, les enfants, dépravés, renégats, exclus de la terre, en un long cortège qui allait durer plusieurs siècles, enfermés, mélangés, entassés sans distinction, magma humain indifférencié, incompressible, reste monstrueux d'un passage, d'une bascule, de la fin d'un monde à l'émergence d'un nouveau, la psychiatrie n'existe pas encore.

Mais c'est pourtant là, sur l'envers de cet enfer, depuis ce lieu d'effroi, que la psychiatrie comme l'artiste va trouver la matière, le terreau vivant, « l'humus humain » [Lacan, 2001 : p311], où elle prendra racine, là où elle grandira et se grandira en posant les bases de la clinique psychiatrique humaniste classique. C'est à partir de ces liens inauguraux étroits, avec cette population essentiellement féminine, qui va l'enseigner de façon extraordinaire que se construira en se distinguant par sa finesse et sa richesse d'observation toute la sémiologie psychiatrique future qui trouvera son point d'orgue dans l'enseignement d'Henri EY.

De la sémantique a la sémiologie

Pour comprendre, ce qu'on a appelé le grand renfermement, sa méthode et surtout sa logique et ses effets, il n'est pas inintéressant de se pencher sur la variété sémantique des motifs d'internement qui s'exhument de page en page, soigneusement consignés dans ces archives, que notre auteur reprend au fond à la lettre, dans sa réalité de lettre, en une suite ininterrompue.

Du nouveau s'est créé de fait et de cette accumulation s'est inventé le lieu d'asile avec ce qu'il recèle d'équivoque, enfermement certes, mais aussi abri, adresse. C'est là que s'est constituée en structure, l'Institution psychiatrique.

A la Salpêtrière qui deviendra le plus grand lieu d'enfermement des femmes venues de tous les coins de France, on comptera jusqu'à 8000 personnes, une ville de femmes comme une inclusion dans la ville.

On enferme pêle-mêle, et la liste est édifiante de ces insignes venant épingler cette masse féminisante comme autant de caractères qui la spécifieraient.

Les folles d'un genre nouveau, les filles de joie, les libertines, les adultérines, les mythomanes, les homosexuelles, les érotomanes, les volages en général feront série après les voleuses de l'ancien monde, crétines, empoisonneuses, aventurières, sorcières, magiciennes, impies, alchimistes comme autant de vestiges du temps moyenâgeux qui s'achève.

Puis viendront les convulsionnaires... en proie à de si étranges extases.

Mais avant d'y venir, voyons comment à l'époque on entreprit de traiter ce réel, en posant les bases d'une toute nouvelle politique de santé mentale.

* Psychiatre -psychanalyste – Montpellier.

²⁴ J'ai pris appui pour soutenir mon propos, sur le livre remarquable de Mâkhi Xenakis [2004], qui avec sa sensibilité d'artiste, a réalisé une incursion fascinante dans le temps, en travaillant les archives de l'assistance publique comme une matière vivante, pour une exposition de ses sculptures à la Chapelle Saint Louis de la Pitié Salpêtrière. Le commentaire qui suit reste contingent à ces apports de lecture.

L'appellation des pavillons pas si lointains vers lesquels on redirige toutes ces déviances est significative d'une approche thérapeutique du seul collectif par le correctif, déclinées suivant le degré d'écart à la norme sociale : à La Correction les jeunes filles de bonne famille, à La Force les favorites en disgrâce, les intrigantes, au Commun les filles de joie, à La Prison les criminelles. Autant de figures allégoriques de la Maîtrise qui venaient signer là, au fond une collusion originelle entre l'hôpital psychiatrique et la prison, fondement historique qui lui reste attaché, vis-à-vis duquel la psychiatrie devra sans cesse opérer une correction, (en dynamisant la jonction-coupure du binôme aliénation – séparation), par la définition renouvelée de sa vocation de soins.

Ces femmes entreront à La Correction, à La Force, marquées au fer rouge de l'emblème du Père, la fleur de Lys sur le sein gauche ou du V de voleuse pour avoir osé défier sa Loi. Elles y entreront rasées pour y subir maints châtiments du cachot au carcan en passant par la camisole et le « Malaise » lieu de l'intenable. Toute la panoplie de la contention trouvera là un terrain d'expérience. Des traitements plus sophistiqués feront leur apparition : toutes sortes d'effusions paradoxalement appliquées au corps seront convoquées pour soigner celles de l'âme, des bains chauds, froids, aux frictions de mercure et enveloppements humides...qui nous renseignent sur le rapport crucial de contiguïté entre le corps et la vérité.

Il faudra attendre 1780 pour voir apparaître la première infirmerie et les premiers étudiants et médecins à la Salpêtrière. L'architecte Viel, en 1784, améliore les locaux mais ce n'est qu'en 1785 avec la promotion de l'hygiénisme, qu'une réforme en profondeur instaure les bases d'une psychiatrie humaniste, où les principes de la relation médecin – malade sont posés, prémisses du futur transfert. On proscriit les coups et les mauvais traitements, on recommande d'établir un lien avec le malade, de lui parler, de se constituer comme lieu d'adresse, en usant d'adresse et de prudence, corollaire du tact et mesure en médecine. Le sujet émerge du collectif dans lequel il n'existait qu'en tant qu'individu à réadapter. Le sujet, quoiqu' encore ténu, fait son apparition, et avec lui la causalité psychique qui le divise. La maladie mentale se sépare radicalement de la médecine et de la causalité organique ; on isole les champs du sentiment, de l'imagination, de la mémoire et les premières grandes classes nosologiques sont avancées : la frénésie, la manie, la mélancolie et l'imbécillité.

En 1817 Pinel ouvre le premier cours clinique des maladies mentales, mais ce n'est qu'en 1862 qu'arrive le véritable inventeur de la séméiologie clinique, je cite l'auteur (dans le texte sans ponctuation) : « Charcot nommé chef de service au nouveau quartier spécial des épileptiques devient maître des lieux de cet enfer et entre en possession de son musée pathologique vivant Freud son élève raconte comme il regarde encore et encore les choses qu'il ne comprend pas approfondit jour après jour l'impression qu'elles lui laissent jusqu'à ce que leur compréhension descende soudain sur lui » [Xenakis, 2004, 161-162]. C'est là, par l'observation clinique dite au chevet du malade, dans cet instant de voir réitéré, encore et en corps, qu'il se laissera enseigner, qu'il reconnaîtra la séméiologie de la grande névrose hystérique et qu'il fera de l'hystérique la partenaire d'un savoir, celui de l'hypothèse de l'existence de l'inconscient. De cette longue histoire on retiendra les rapports cruciaux qui ont lié l'histoire de la psychiatrie puis celle de la psychanalyse au destin de ces femmes et à l'hystérie comme objet d'étude princeps.

Ce que nous enseigne l'hystérique

Je rappellerai en quelques mots ce que la psychiatrie et la psychanalyse doivent à l'hystérie avant de m'attarder un peu sur cette clinique de l'hystérie, dans son rapport à la féminité, dans son rapport seulement, car hystérie et féminité ne peuvent être confondues même si elles peuvent se recouvrir (ici, toute la clinique différentielle de l'hystérie et de la position féminine serait à interroger, ce qui nous éloignerait de notre propos).

Ainsi, grâce à l'hystérie, par le dévoilement de sa division en acte (cf. les cas d'absences auto-hypnotiques et la célèbre Anna O révélant une altérité foncière vis-à-vis d'elle-même), et par la découverte du principe que le symptôme hystérique réagit à la parole par la pratique de la suggestion, va être consacré un mode de représentation du fonctionnement psychique inédit. Freud le conceptualisera en introduisant la première topique (1900 inconscient, préconscient, conscient) puis la deuxième topique (1920 : le ça, le surmoi et le moi), ainsi qu'un mode d'abord qui fera valoir l'importance de la scansion temporelle dans l'approche thérapeutique : ceci préfigure les temps logiques de Lacan: l'instant de voir primordial dans cette clinique de l'hystérie (cf. la concomitance historique de l'apparition de la photographie avec l'avènement de la technique, premiers pas de l'imagerie médicale et la mise en place des bases cliniques de l'hystérie [Didi-Huberman, 1982], le temps pour comprendre et le moment de conclure comme nous venons de le voir dans l'approche magistrale de Charcot.

Instant de voir, temps logique, temps du sujet de l'inconscient, incompressible, temps de l'évasif comme les hystériques le signifiaient avec force par leur insensibilité, par la belle indifférence devant les traitements de chocs dont elles furent l'objet et vis-à-vis desquels elles objectaient par une impressionnante résistance à y céder (anesthésie généralisée et profonde à la douleur, symptômes qui ne cédaient qu'à des compressions massives). Il y a une légèreté inhérente à l'instant de voir, paradigmatique du temps de l'inconscient, au sens où quelque chose se passe, quelque chose passe qui, à peine commencé, s'achève, se faufile, dans un battement. L'instant de voir invite à prendre la mesure du temps, sa valeur de rythme : espace de temps où du nouveau se gagne sur la répétition. La légèreté, c'est quand on sort du « c'est lourd, c'est bête » de la répétition, c'est aller vers l'agile, vers l'imperceptible mouvement, vers ce léger bougé qui produit un allègement.

A l'injonction prescriptive de compression de ce temps du sujet, l'hystérique se dérobe : dérobade par la mascarade afin de se soustraire à l'infamie qui voudrait la circonscrire. Il aura fallu les hystériques pour poser la question du battement, de la battue du corps, par là même celle du désir et de son objet, et permettre que soit produit un savoir sur l'origine sexuelle des névroses. Cet objet, elles l'incarnèrent sans compter, dans ce donner à voir incroyablement vivace, concentrant, portant à son point d'incandescence, toutes les énigmes de la féminité faisant écho au dit de Lacan « On l'a dit- femme, on la diffame » [Lacan, 1975, 79].

Car enfin que veut-elle, quel est le sens de cette monstration obscène, qui interpelle si fort au lieu de l'Autre qu'il ne sait pas comment il faut qu'il soit ? N'indique-t-elle pas ici qu'il y a quelque chose à chercher, du côté d'une chose oubliée d'elle-même, ou jamais sue qui la cause et la défait dans le même temps ?

Que vient-elle satisfaire là qui ne peut pas se dire et seulement s'éprouver par cette sorte de jouissance exaltée du corps exhibé, par lequel elle s'offre au regard ? Une jouissance dont l'obscénité insupportable semble réclamer de l'Autre toutes les contentions...alors qu'elle ne cesse de renvoyer à l'autre des signes, à travers ces événements de corps, de ce qu'elle attend justement autre chose, relatif à ce qui ne peut se signifier autrement, qui concerne le corps et l'impossible à dire : quelque chose qui viendrait la rassurer sur l'énigme qu'elle représente pour elle-même et pourrait l'assurer de son être féminin.

En effet, offrant le spectacle de son être évanouissant, elle vient témoigner, au-delà des mots, de ce que son être justement lui échappe, indiquant par là l'existence d'un point de fuite irréductible que ne sature aucune signification.

Par cet événement de corps, elle vient dévoiler un réel qui ne peut pas se dire, parce que justement il se fonde du corps, qu'il n'y a de sens que ce sens joui dont elle se fait le récipiendaire.

Elle fait objection à toute prise dans l'universel, à toute vérité immuable, à toute épingle signifiant, en désignant cette dimension du « pas-tout » de la position féminine qu'elle excelle

à montrer (même si la structure hystérique ne se superpose pas à la dimension du pas-tout de la position féminine).

Le pas-tout de la position féminine

Quelle est cette dimension du « pas-tout féminin » ? Il y a un champ qui échappe à la dimension phallique, au primat du phallus, au « il n'y a de libido que masculine » de Freud, un champ qui échappe à la dimension de l'avoir pour questionner celle de l'être. Cette dimension éminemment clinique ressort dans la demande même lorsque qu'un sujet, au-delà de l'ignorance où il veut se maintenir dans le rapport à son symptôme, au-delà de son « je n'en veux rien savoir », se questionne sur ce qui l'amène à s'adresser à un autre, par un « je ne sais pas » d'ordre existentiel : « Je ne sais pas ce qui m'arrive », « je ne sais pas où j'en suis », « je ne sais pas pourquoi je fais ça » [Miller, 2009].

Au fond le secret de l'hystérique, et dont elle se fait garante sans le savoir, c'est qu'il n'y a pas un tout savoir. Il n'y a pas un savoir sur tout possible ni non pas davantage un tout dans le savoir. C'est bien pour cela, et c'est le paradoxe, qu'elle cherche un maître sur qui régner, un maître sûr de son savoir, un maître qui lui délivrerait un savoir sur sa valeur agalmatique toujours à vérifier. Il y a, bien-entendu, un savoir mais il n'est que supposé.

S'il n'y a pas un tout dans le savoir, quelque chose échappe irrémédiablement, qui ne peut être pris dans les rets du symbolique, et qui touche au plus près l'être du sujet et son existence (du latin *exsistere* = sortir de, *ex* = hors de, *sistere* = être placé) au sens « où le sujet est toujours un étant dont l'être est toujours ailleurs » [Lacan, 1975 : 130].

De même que tout ne peut être saturé par le signifiant, il y a du hors signifiant en substance qui se manifeste dans le réel du corps. Et c'est précisément dans la proximité de ce rapport au réel que se situe la position féminine.

Les femmes, de par ce « plus de rapport au réel » qui les caractérise, seraient plus à même de relativiser la valeur du semblant phallique. Pour une femme, ce n'est jamais ça, elle n'est pas toute arrimée sur la fonction phallique. Il y a une part qui échappe à la prise phallique et qui concerne son être. Il n'y a pas, pour elle, de transmission possible de ce que serait *La* femme, d'un signifiant d'exception qui viendrait ancrer son être de femme. Là réside un impossible que Lacan a écrit *La* (barré) femme [Lacan, 1975 : 59].

Cette barre sur le signifiant « *La* » vient marquer son exclusion du langage en tant qu'il y a un impossible à universaliser sa désignation.

Et cette barre sur ce qui ne peut pas exister, cette barre qui vient la marquer de cette valeur de sujet « pas-tout », va de pair avec la constitution de l'Autre barré par excellence, avec l'existence du manque incontournable dans l'Autre.

D'où, et c'est constant en clinique, la force de la haine qu'elle peut avoir pour sa mère. Il n'y a qu'à voir combien la rivalité féminine a quelque chose de particulièrement dévastateur. Une fille devra dépasser la revendication profonde qu'elle nourrit pour sa mère pour qu'advienne pour elle la possibilité de sortir du ravage maternel. Elle aura ainsi l'occasion d'élaborer sur le point de haine et non pas tomber dans la haine. Elle ne pourra obtenir d'elle, le legs qui l'assurerait de son être féminin. Sa mère tout au plus peut-elle lui transmettre des remèdes de bonnes femmes, ou tenter de lui faire passer comment elle s'y est pris, elle, pour faire avec l'impossible dans sa position féminine.

Jusqu'à ce qu'elle puisse dire, comme cette patiente : « J'ai haï ma mère tant que je lui reprochais de ne pas être à la hauteur de ce que j'attendais d'elle. Elle me décevait... Et puis le moment est venu, je peux me décoller maintenant du procès fait aux parents... c'est ça qui évacue la haine, quand on attend plus rien pour soi ».

Alors que lui reste-t-il ? Il lui restera à faire avec ce qui lui arrive en se démarquant de la position maternelle. Soit la façon dont elle va s'arranger, elle, avec des bouts de réel, dans sa vie détachée de sa mère. Comment va-t-elle s'y prendre pour aborder ce point d'insupportable pour elle sans le porter au compte de l'autre ? Ce sera toujours de l'ordre d'un bricolage singulier, une manière de faire avec cet impossible qui la détermine. C'est ainsi, dans ces dires qui importent, qu'elle transmettra la façon inédite d'où elle va s'y impliquer comme sujet, la façon dont elle va passer du ravage à l'acceptation du ratage inhérent à la structure du langage.

Voici cette réponse amusée mais importante rapportée en séance comme telle d'une femme à l'homme qui s'émeut de l'aspect hétéroclite de sa bibliothèque :

« C'est peut-être que je suis hétéroclite ! »

Ainsi tente-t-elle de se définir à partir de cet assemblage de bouts de réel par lesquels elle se singularise.

Cette dimension de pas-tout féminin n'est pas endossée uniquement par les femmes et peut concerner tout autant les hommes. Chacun se constitue dans le rapport qu'il entretient avec l'autre sexe, avec l'autre barré marqué du « pas- tout » en tant qu'il est supporté par la position féminine.

Plus les hommes se dégagent de la revendication virile, moins ils reculent devant la position féminine, plus ils ont des chances d'aborder la dimension de méprise qui conditionne les rapports entre les hommes et les femmes en tant qu'ils parlent.

Cela va impliquer toujours le rapport à l'Autre auquel on a à faire. Comme en témoignent ces quelques dits singuliers d'hommes en analyse, témoins d'un changement de discours à un moment de leur travail et rapportés comme tel. Moments où le sujet a son mot à dire, où l'on peut repérer le passage du ravage au ratage comme cheminement du vivant, la réussite n'étant que de surcroît.

Pour Mr A., c'est le moment où, dit-il, « je sors du figé », « Mon problème ce n'est pas de rater quelque chose au sens de rater sa vie, c'est rater « la » vie, (il parle de son rapport à l'Autre), il faudrait se débarrasser de son ombre, il faudrait essayer de le réduire, de le rendre un peu vacant »

Mr S. décrit, à l'occasion d'un rêve, ce qu'il appelle « un basculement », dans le rapport « au tout donner à l'autre », dans un amour absolu sans interstice, « je suis en train de m'affranchir d'une emprise, je devais m'y astreindre comme une fatalité comme si mon destin était programmé sur cet alignement, je me rends compte qu'il y a méprise, je ressens le fait qu'elle n'a pas de véritable raison d'être, qu'elle n'est fondée sur aucun véritable élément fiable, que sa légitimité est erronée...»

Face à l'injonction de l'autre, « tu vas payer par des coups », Mr B pose sa problématique : « je ne sais pas débattre, je sais que me débattre ». Au fur et à mesure qu'il fait passer au savoir l'inconsistance de l'Autre, il déclare devenir « un homme plus intérieur qu'avant », homme de sciences exactes il affirme un goût pour la philosophie, maintenant « je suis dans une vie », dit-il.

La position féminine dans la culture

Il n'y a donc pas de Femme qui les représenterait toutes, sauf à faire figure d'idéal. Pas plus qu'il n'existe un éternel féminin transcendant les cultures. Il n'y a pas de nature féminine sauf à maquiller la nature de semblant. Mais il y a une femme, plus une, plus une, toutes différentes, créatrices, chacune de façon singulière, d'un savoir y faire avec la féminité, qui les rend plus ou moins expertes dans les domaines des savoirs non constitués en sciences

exactes, un savoir y faire avec le réel qui les conduit vers le tissage de bouts de fils de réel (elles sont douées pour les métiers d'artisanat d'art, tissage, tricotage, les métiers mettant en jeu l'esthétique du corps ou le débrouillage des problèmes dans le champ éducatif, social et familial) ou vers l'écriture de la lettre sous toutes ses formes (broderies, peinture, sculpture, disciplines littéraires). La position féminine est adossée à la lettre. Des lettres pour les filles, des chiffres pour les garçons. Les filles en effet font des Lettres majoritairement, et les garçons sont plus nombreux à choisir les Sciences.

Dans le monde, dans la mesure où elles ont accès à une vie professionnelle, les femmes sont de plus en plus éliminées ou désertent les métiers scientifiques et techniques, retenues par leurs propres clichés intériorisés ou par les comportements sexistes (cf. le fameux plafond de verre, limite invisible qui ne peut être franchie).

Freud évoque, dans « Le malaise dans la culture », cette mise à l'écart comme un effet structural des exigences de la civilisation qui pousse la femme à l'arrière-plan et fait entrer de fait les femmes dans un rapport d'hostilité à la culture [Freud(1929), 1995, 46].

L'importance de cette dimension du pas-tout trans-structural aux sexes anatomiques nous indique que chaque sujet se constitue à partir d'un bricolage singulier, comportant un reste inaliénable, qui relève toujours plus ou moins de l'écriture d'une lettre, à partir d'une inscription dans le corps, qui ne peut passer à l'universel, ni se colporter, ni se chiffrer collectivement.

Des conflits d'intérêts vont se manifester de fait. Le concept de la féminité vient en opposition avec les revendications de la civilisation visant le bien commun ainsi qu'avec les tendances de la culture à se plier aux contraintes de la nécessité économique comme le souligne Freud dans la suite du texte.

Cette approche du féminin peut nous permettre de réaliser les limites de l'évaluation actuelle dans les pratiques en psychiatrie et la critique des thérapies basées sur une approche universaliste des populations auxquelles on appliquerait des protocoles ne prenant en compte que le collectif à des fins de maîtrise et de contention. Nous ne manquerons pas de souligner le caractère illusoire et risqué de l'entreprise par laquelle on voudrait soumettre le sujet.

A vouloir contenir par des conditionnements de tous ordres ce qui ne peut être réduit, on prend le risque de voir revenir sur le devant de la scène, en l'exacerbant, l'extrême et la violence dans le collectif là où on voudrait évacuer cet impossible à réduire dans la dimension du sujet. Le propre du bricolage étant fondé, ainsi le définit Claude Lévi-Strauss [1962, 32], sur une pratique utilisant des bribes, des morceaux, témoins fossiles de l'histoire d'un individu ou d'une société.

C'est dans la capacité de chacun à en rabattre sur la revendication virile et à aborder le concept de féminité que chaque sujet parlant, homme ou femme, peut faire l'expérience d'une pacification dans sa relation à l'autre sexe. La vitalité d'une civilisation se mesure à l'aune de sa capacité à faire œuvre de culture par l'ouverture à l'expression créatrice de chacun, sous l'effet de l'allègement produit par la logique du « pas-tout ».

C'est peut-être le pari auquel le thème particulièrement passionnant de ce colloque nous invite.

Bibliographie

DIDI-HUBERMAN Georges, *L'invention de l'hystérie : Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière*, Paris, Editions Macula, 1982.

FREUD Sigmund (1929), *Le malaise dans la culture*, Paris, PUF, 1995, 46.

LACAN Jacques, *Note Italienne*, in *Autres Écrits*, Paris, Seuil (le Champ freudien), 2001, 311.

Encore (1972-73), le Séminaire, livre XX, Seuil, Paris, 1975, 79, 130.

LÉVI-STRAUSS Claude, *La pensée sauvage*, Plon, Paris, 1962, 32.

MILLER Jacques Alain, Le Cours d'Orientation Lacanienne, « *Choses de Finesse en psychanalyse* », cours du 3 décembre 2009.

XENAKIS Mâkhi, *Les folles d'enfer de la Salpêtrière*, Arles, Actes Sud, 2004, 161-162.

LORSQUE LE TAMBOUR PARLE LA PAROLE DANSE

Féminin et transmission dans la Culture Orale Africaine

Wadad KOCHEN-ZEBIB*

Je remercie vivement les Présidents de ce congrès Messieurs les Docteurs Félicien Adotevi de l'Association Sénégalaise des Psy et Paul Lacaze de l'Alternative Fédérative des Associations de Psychiatrie, de m'avoir invitée à Dakar, ma ville natale, pour introduire une voie particulière qui a peu intéressé les psychiatres et les psychanalystes, et qui va nous mener vers une clinique du corps tel qu'il est traversé par les cultures. Des Cultures où peut se lire le processus qui pourrait contribuer à instituer un socle langagier autorisant le travail de liaison ou déliaison des pulsions de vie et (ou) de mort. Dans un travail préalable, une lecture difficile de l'œuvre des pulsions destructrices telles que nourries par les discours légitimants a été soutenue (1). Se pencher sur la Danse Africaine pour un psychanalyste, c'est rappeler l'importance vitale de la célébration par la Culture du corps vivant.

Depuis plus d'une décennie mon expérience thérapeutique avec les malades cancéreux et les malades souffrant d'obésité (2) m'a orientée vers une lecture du corps tel que traversé par les cultures médicales et industrielles de notre monde moderne, sans oublier évidemment la lecture freudienne des pulsions.

Ces cultures sont signifiées par des discours où prédomine une conception médicale basée sur la division Psyché-Soma. Division qui conditionne l'exercice de la médecine. Elle est relayée par un discours socio-politico-médiatique sur le corps, notamment celui de la femme, où nous assistons à une volonté de formatage du corps selon l'indice de masse corporelle (IMC) dans une société de consommation dont le Gouvernement a pour but politique d'assurer le bien-être de ses concitoyens. Ce discours est illustré par ce type d'injonction paradoxale : « *Sois belle et tais-toi* », ou bien plus récemment, par un autre type d'injonction paradoxale : « *Sois mince et mange* », qui est relayée par une propagande effrénée pour boire et manger tout en restant mince (modèle de minceur idéalisé par les magazines en tous genres et par la publicité).

On assiste à une propagation alarmante de l'épidémie de l'obésité qui mobilise la gestion politique des corps par les pouvoirs publics.

Le moins qu'on puisse dire c'est que les pulsions primaires (boulimiques et masochistes) sont relayées par la culture de consommation. Culture qui contribue à instituer un désinvestissement de l'objet (c'est-à-dire de l'autre) ce qui, en d'autres termes constitue une *fonction désobjectalisante* (3) (concept introduit par André Green) propre au fonctionnement de la pulsion de mort. *Désobjectalisation* qui trouve un terrain favorable chez des patients mutiques, souffrant de carence langagière et habités par leurs pulsions destructrices et autodestructrices.²⁵

La pauvreté de la communication et la présence massive d'affects non formulables ni « digérables » rencontrées dans cette clinique des patients souffrant d'obésité où la question du lien précoce à la mère est au cœur de la problématique, nous conduit vers cette orientation du côté d'une autre culture, à savoir africaine, qui a marqué mon expérience originaire du langage, pour mieux aborder

*Psychologue clinicienne, psychanalyste attachée au service d'endocrinologie (AP-HP, IDF) et au Centre « Psychisme et Cancer » (Paris 13ème)

Pratique la danse traditionnelle africaine

wadadzebib@hotmail.com

comment ce travail de Culture contribue, en instituant une célébration de la Geste des corps, à inscrire dans le langage et la Geste dansée, un appel à la vie. Cet appel réitère en l'instituant, avec la langue célébrée des tambours, un langage primaire, celui de la mère : *Porte-parole* primordial et premier initiateur de l'Infans à la pratique de la parole et à la découverte de cette langue à partir de la *parole érogène* selon Piera Aulagnier (4).

Nous essayons d'introduire à la suite de Sigmund Freud (dans *Malaise dans la Culture*) une anthropologie clinique du rapport entre Cultures et pulsions de vie et (ou) de mort où la place centrale de la langue primaire telle que retrouvée et réinventée (ou refoulée ou déniée) par la Culture d'un groupe humain, pourrait contribuer à articuler (ou désarticuler) Cultures et pulsions.

Il s'agit d'un domaine peu visité par la psychanalyse, en dehors de toute adaptation de la danse à la thérapie qui pose d'autres questionnements quant au lien problématique de l'Art-Thérapie. Cette visite passera par des détours peu orthodoxes, qui ne sera ni une étude technique de la danse africaine ni une étude de spécialistes, mais à la suite de Pierre Legendre (5), une approche de psychanalyste *pour* la danse et non *sur* la danse.

Ce retour au corps tel qu'il s'éprouve et se découvre dans les temps premiers de la vie, par l'éclat de la voix de la mère, est marqué par le sceau des retrouvailles. Qui dit retrouvailles dit au moins plaisir de penser, à la manière de Freud qui n'hésite pas à désigner par la *Joie* (6) ses retrouvailles avec son premier maître en matière de pulsions de mort : Empédocle d'Akrakas, un Sicilien de l'Antiquité, premier initiateur à cette division Psyché-Soma, avec l'introduction d'une conception rationnelle et scientifique de la médecine épurée de la magie, pensée depuis comme irrationnelle.

La pratique clinique avec des patients somatisants souvent mutiques quant à leurs déresses anciennes, ne pouvait se faire sans l'exercice d'une parole au plus près du corps, un mode de communication dite primitive par Joyce Mc Dougall (7). C'est-à-dire prenant en compte l'entendement, et la possibilité d'ouïr une langue primaire du corps, quelquefois silencieuse, d'autres fois marquée par des sonorités comme les chuchotements, soupirs, onomatopées si fréquentes dans les pulsations rythmiques des séances et de la Danse Africaine. Présence de la langue de l'Originaire dans l'entendement ou la pratique de la célébration culturelle du corps vivant et joyeux.

Bibliographie

1 Kochen-Zebib Wadad, *Revisiter Cana*, Collin Arménie : *De l'abîme aux constructions d'identité*, sous la dir. de Denis Donikian et Georges Festa, L'Harmattan, 2009.

Cana est un village situé au Sud du Liban qui fut ciblé à 2 reprises (en 96 et 2006) par des drones israéliens, et bombardé en temps réel. Les victimes étaient des civils à majorité des enfants.

2 Kochen-Zebib Wadad, *Figures du corps*, in Le Coq Héron N 180, Erès, 2005, p. 42-49.

3 Green André, *Narcissisme de vie narcissisme de mort*, Les Editions de Minuit, 1983/2007.

Le langage au sein de la théorie générale de la représentation In *Pulsions Représentations Langage* Collectif sous la direction de Monique Pinôl-Douriez, Delachaux et Niestlé 1997, *Jouer avec Winnicott* PUF, 2005.

4 Aulagnier Piera, *La violence de l'interprétation, Du pictogramme à l'énoncé*, PUF, 1975.

5 Legendre Pierre, *La Passion d'être un autre, Etude pour la danse* Point Essais, Editions du Seuil, 1978 et 2000. Et Coll. Le Champ Freudien pour la première édition en 1978.

Et dans la même lignée :

Zab Maboungou Héya, *Danse ! Historique, Poétique, Didactique de la Danse Africaine*. CIDIHCA Montréal 2005.

6 Freud S. (1937), *L'analyse avec fin et l'analyse sans fin*, In *Résultats, Idées problèmes II*, PUF, 1985.

7 McDougall Joyce, À *L'écoute d'une certaine réalité Le contre-transfert et la communication primitive*, *Topique* 1975, N° 16, *Réalité Historique et Psychose II*, p. 5-22.

Où se lit ce bref condensé de ce qui est au cœur de notre clinique : la « demande d'être entendu plutôt que d'être écouté. » p. 1 et dans ce prolongement l'article de :

Heitor O'Dwyer de Macedo, *Le transfert Originare* *Topique*, 2001 /1, N° 74, p. 17-28.

LE FÉMININ À L'ADOLESCENCE

Michel BOTBOL*

Dans son article de 1923 sur l'organisation génitale infantile (in *La Vie Sexuelle*) Freud écrit : "C'est seulement à la fin du développement sexuel, durant la puberté, que la polarité de la vie sexuelle coïncide avec la polarité masculine féminine". Quelque chose arrive durant la puberté, c'est-à-dire durant la deuxième et dernière phase du développement sexuel, qui conduit à l'achèvement de la différenciation sexuelle.

Pour Gutton, ce quelque chose c'est d'abord un éprouvé, l'éprouvé de la complémentarité des sexes qui conduit le sujet à considérer autrement la différence des sexes qu'il connaît depuis l'enfance mais n'a jamais éprouvé dans son corps comme il le fait avec la puberté. Gutton rattache cette notion d'éprouvé à ce que Piera Aulagnier en dit dans la *Violence de l'interprétation* : Le constat que le bébé n'a besoin d'aucun apprentissage pour commencer à sucer d'une manière d'emblée adaptée à l'objet qui va satisfaire sa faim (c'est-à-dire en général le sein de sa mère ou son équivalent). Piera Aulagnier tire de ce constat l'idée que dans « l'éprouvé oral primaire du bébé il y a déjà l'éprouvé du sein comme objet potentiel complémentaire à la bouche dans une adéquation d'organe ». Pour Piera Aulagnier, la bouche est donc un exemple de ce qu'elle appelle une « zone objet complémentaire » dans la mesure où elle est à la fois la zone où s'enracine la pulsion et la promesse de son objet.

Pour Gutton, c'est donc, mutatis mutandis, le même mécanisme qui est mis en jeu quand l'adolescent est confronté au nouvel éprouvé corporel qui résulte de l'activation pubertaire et des modifications corporelles qu'elle provoque, ces modifications qui, comme l'écrit Freud en 1905 dans les *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, « surprennent et étonnent l'enfant qui n'avait aucune possibilité de les anticiper ».

L'éprouvé pubertaire de l'adolescent concernant l'organe sexuel masculin inclut donc l'éprouvé de la présence potentielle de son complémentaire, l'organe féminin (le vagin) qui se trouve ainsi sorti du silence dans lequel l'avait confiné le refoulement primaire dont il a été l'objet dans la phase infantile du développement sexuel. Un processus analogue se produit dans l'autre sexe : l'éprouvé du vagin, permis par la levée de refoulement primaire sous l'effet de l'activation pubertaire, révèle du même coup la présence potentielle de son complémentaire. Ce nouvel éprouvé va induire l'adolescent à construire des représentations dans lesquelles il va élaborer une nouvelle théorie sexuelle, une théorie sexuelle pubertaire, très différente de la théorie sexuelle infantile.

Dans la théorie sexuelle infantile, seul l'organe sexuel mâle joue un rôle dans la différenciation sexuelle dans les deux sexes. À ce moment du développement, la primauté n'est pas génitale, elle est phallique : l'investissement phallique du pénis est tel qu'il ne laisse

* Psychiatre, Psychanalyste, Secrétaire Général de l'Association Française de Psychiatrie, Psychiatre de la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

Adresse de correspondance :

6 rue Pierre Lescot

75001 Paris

michel.botbol@wanadoo.fr

de place pour rien d'autre : le pénis se confond avec le phallus et la différence des sexes est liée au statut de présence du pénis. La théorie sexuelle infantile est donc masculine et organisée par le masculin : le garçon a le pénis-phallus ; la fille ne l'a pas et l'accepte avec la promesse qu'elle l'obtiendra plus tard du père.

C'est très différent dans la théorie sexuelle pubertaire. La pression de la puberté, et les premiers éprouvés corporels qu'il induit conduit à une déliaison entre le phallus et le pénis ; les adolescents des deux genres éprouvent que le pénis n'occupe qu'une partie de la place qu'occupait le phallus, laissant un espace pour le nouvel organe féminin qui est alors découvert. On pourrait dire que la puberté tranche au sein du phallus, imposant, à chaque sexe, la quête compulsive de son complémentaire dont l'absence est éprouvée comme une présence potentielle (un membre fantôme en somme). Cela rappelle assez étroitement le mythe platonicien de la différenciation sexuelle à partir d'un androgyne.

A plus d'un égard, ce processus correspond chez la fille à ce que Freud dit de la puberté, « la migration érogène du clitoris au vagin ». Cela renvoie également à cette autre phrase célèbre, qui marque pour lui le passage de l'autoérotisme aux relations sexuelles : « La pulsion sexuelle a enfin trouvé son but » (1905).

Dans ce processus, s'opère un changement radical dans la représentation du masculin avec la création d'un concept entièrement nouveau : le féminin. Les adolescents des deux genres découvrent le féminin comme Christophe Colomb a découvert l'Amérique. « On ne naît pas femme, on le devient » écrivait Simone de Beauvoir avec un insight remarquable.

Dans les deux genres, l'adolescent le fait par un travail psychique similaire au travail du rêve qui donne sens à des éprouvés conscients et inconscients (ce que Gutton dénomme le réel pubertaire en référence explicite au schéma RIS de Lacan) et, du fait des effets d'après coup, le conduit à reconsidérer les représentations qu'il se fait de la différence des sexes et les liens qu'il a établi avec ses objets infantiles.

Dans les deux sexes, ce travail psychique est grandement facilité par l'activité sexuelle qui, comme le note Jacqueline Schaeffer, contribue à sortir le féminin de sa tendance au silence et au refoulement. Chez la femme comme chez l'homme s'organise ainsi une double polarité actif/passif et charge/décharge.

Le problème est que, contrairement à la féminité qui tend à se montrer dans une logique phallique, le féminin tend, lui, à se cacher et donc à se refouler. Son dévoilement n'est pas acquis pour toujours mais doit constamment être reconquis pour résister au refoulement sous la pression de ce qu'elle intitule *Le refus du féminin* (1997) en reprenant et étendant un concept exposé par Freud en 1937 dans *L'analyse avec fin et l'analyse sans fin*.

Freud désigne ce refus du féminin comme « une part de cette grande énigme de la sexualité » qui, avec la bissexualité, remet en question la différence des sexes. Le « refus du féminin » est pour lui un « roc d'origine », roc sur lequel viennent se briser tous les efforts thérapeutiques lorsque ce refus est trop dominant. L'envie du pénis chez la femme et l'angoisse homosexuelle chez l'homme sont par exemple des formes fréquentes de ce refus et constituent des défenses prégénitales contre l'angoisse de pénétration génitale et finalement contre le féminin et la différence des sexes telle qu'elle devrait émerger de l'adolescence, dans les deux sexes.

De façon très convaincante, Jacqueline Schaeffer montre que la place si particulière qu'occupe le féminin dans les conceptions freudiennes de la vie psychique résulte de plusieurs mouvements convergents :

- o Le refus de ce qui est le plus difficile à cadrer : un sexe invisible et néanmoins en quête de jouissance sexuelle ;
- o Le refus de ce qui illustre le plus clairement la contradiction propre à la pulsion sexuelle dont la poussée constante est à la fois ce qui effracte le psychisme (puisqu'elle heurte le moi qui est, lui, périodisé) et ce qui le nourrit ;
- o Enfin, et peut être surtout aujourd'hui, ce constat dans le féminin d'un antagonisme irréductible entre le moi et la libido dans la sexualité : « tout ce qui est insupportable pour le moi est précisément ce qui contribue à la jouissance sexuelle : à savoir l'effraction, l'abus de pouvoir, la perte de contrôle, l'effacement des limites, la possession, bref la défaite dans toute la polysémie du terme ». « La femme vit deux choses antagonistes : son moi déteste la défaite mais son sexe la demande et plus encore l'exige. C'est le scandale du féminin » ... dans les deux sexes.

Pour cette auteure le féminin de la femme réside dans le dépassement de cet antagonisme et se trouve ainsi toujours à reconquérir dans un « travail du féminin ».

Doit également compter ici le fait que cette conception a sa contrepartie : la création du féminin par le masculin, c'est à dire par ce que Jacqueline Schaeffer appelle l'amant de jouissance qui, comme elle l'écrit « est à la sexualité de la femme ce que la pulsion a été pour le moi : l'exigence d'accepter l'étranger ». En somme l'incarnation de la poussée constante de la pulsion qui va venir réveiller la « belle au sexe dormant » sans se réduire à la polarité actif/passif, ou phallique/châtrée. Encore faut-il également que le processus ne se réduise pas non plus à la décharge comme l'indique J. Schaeffer lorsqu'elle écrit : « Une relation sexuelle à poussée constante ne s'use pas et creuse de plus en plus son féminin ». On se demande si ce n'est pas encore plus scandaleux notamment dans une société machiste ou phallocentrique.

Le destin de cette révolution pubertaire, que constitue le scandale de la complémentarité des sexes, dépendra donc de la manière dont l'adolescent arrivera à intégrer son éprouvé de cette complémentarité :

- o Soit il arrive à l'élaborer par une intégration dialectique de la différence des sexes d'une part et de la bisexualité psychique ; Si cette intégration aboutit, l'élaboration des pulsions œdipiennes devient alors possible grâce à l'appui qu'apporte une différenciation sexuelle suffisamment dialectisée pour permettre au sujet de passer de la complémentarité des sexes à la génitalité.
- o Soit cette intégration dialectique est impossible quand « le refus du féminin » prend le dessus et aboutit à une répression radicale de la pulsionnalité. Le corps porteur de cette pulsionnalité menaçante devient alors le persécuteur dans la mesure où il incarne l'insupportable reconnaissance du féminin et de la complémentarité des sexes et une activation menaçante des pulsions œdipiennes et du risque d'en transgresser l'interdit. C'est ce qui conduit à ce que Laufer dénomme rupture du développement (breakdown) qu'il considère comme un élément central dans la psychopathologie de l'adolescent.

Ces considérations ont bien sûr des conséquences pratiques :

- Dans le quotidien, elles permettent de mieux comprendre l'éternel féminin comme l'éternel masculin.
- En clinique, elle contribue à une compréhension analytique des symptômes sexuels de nos patients d'analyse.

Mais au-delà, il me semble qu'elle peut aussi contribuer à l'explication de phénomènes psychosociaux auxquels la modernité nous confronte : La nette augmentation des troubles des conduites alimentaires et des attaques du corps chez les adolescentes ou leur tendance rapidement croissante à adopter les troubles des conduites et du comportement des garçons. Elles viennent marquer cette nouvelle difficulté à laquelle nos sociétés en général, et les

femmes en particulier, sont aujourd'hui confrontées : devant la légitimité absolue de ne plus faire de différences sociales économiques ou politiques entre les sexes et de combattre les hiérarchies basées sur le genre, le risque croissant de voir cette logique s'appliquer à un domaine où elle serait néfaste pour tous : le domaine sexuel où, sous différentes formes, la différence doit être exaltée.....dans les deux sexes.

Bibliographie

- Aulagnier P : La violence de l'interprétation, du pictogramme à l'énoncé, Paris, Puf, collection Le fil rouge, 1975.
- Freud S (1905) : Trois essais sur la théorie de la sexualité, Paris, Gallimard, coll. Idées, 1962.
- Freud S. (1923) : L'organisation génitale infantile in La vie Sexuelle, Paris, Puf 1969.
- Freud S (1937) : L'analyse avec fin et l'analyse sans fin in Résultats Idées Problèmes, II, Paris, Puf, 1985.
- Gutton Ph : Le pubertaire, Paris, Puf, 1991.
- Gutton Ph, Ouvry O : Le pubertaire et la complémentarité des sexes, Nervure, tome XII, n° 8, Novembre 1999.
- Laufer M & Laufer E (1984) : Adolescence et rupture du développement. Une perspective psychanalytique, Paris, Puf, 1989.
- Laufer M & Laufer E : la psychose à l'adolescence réalité ou fiction ? in F Ladame, P moteur, M Kalogerakis (eds) Paris, Masson, 1990.
- Schaeffer J : 1997, Le Refus du féminin, Paris, Puf, collection Épitres.
- Schaeffer J : L'approche psychanalytique de la différence des sexes, Nervure, à paraître 2006.

LE DIAGNOSTIC EN PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE

Juan E MEZZICH²⁶, Michel BOTBOL²⁷, Antoine BESSE²⁸ et Ihsan SALLOUM²⁹

Introduction :

La conception holistique de la santé trouve son origine dans les traditions médicales les plus anciennes ; mais elle connaît actuellement un renouveau notable avec l'émergence de diverses perspectives qui se développent dans différentes parties du monde pour retrouver ces racines essentielles en accordant une attention accrue à la personne du patient plutôt qu'à sa seule maladie [1-8]. C'est une démarche de ce type qui a conduit au Programme Institutionnel pour la Psychiatrie de la Personne lancé par la WPA lors de son Assemblée Générale de 2005, à l'initiative du Pr Juan Mezzich lorsqu'il prenait ses fonctions de Président de cette Association.

Dans ce cadre, le diagnostic intégré centré sur la personne (Person-centered Integrative Diagnosis- PID) occupe une place centrale puisqu'il a pour objectif de trouver un modèle de classification qui, contrairement aux classifications internationales actuellement dominantes (DSM et ICD), puisse être compatible avec cette nouvelle perspective qui met **la totalité de la personne dans son contexte** au centre des pratiques de soin et de la santé publique [9]. Le PID est donc l'outil de l'articulation entre les principes de la psychiatrie de la personne et la pratique psychiatrique ; il se fixe l'objectif de développer un modèle diagnostique prenant en compte ces principes et utilisable dans l'ensemble des situations cliniques ordinaires [10].

Cet outil constitue la clé de voûte du projet tant il est vrai que, malgré les appels répétés à donner une place centrale à la personne plutôt qu'à son trouble ou à sa maladie, l'application de ce principe s'est toujours heurtée à l'absence d'un modèle diagnostique qui puisse l'intégrer tout en étant suffisamment flexible pour s'adapter aux différentes réalités cliniques et aux différents besoins classificatoires. A l'inverse, il faut rappeler que les tentatives faites pour réintroduire un peu de complexité dans les approches centrées sur la maladie se sont constamment confrontées à des difficultés nosographiques qu'elles n'ont pu surmonter ; ainsi, par exemple, le système multiaxial proposé par le DSM n'a jamais été véritablement opérationnel car les présupposés sur lesquels repose cette classification ne permettaient pas d'en reconnaître l'utilité et d'en justifier la complexité [11]. A ceci s'ajoute le fait que les modèles multiaxiaux du DSM restaient fortement influencés par les principes classificatoires adoptés par cette classification, dans la mesure où ils ne donnent aucune place aux aspects positifs de santé qui jouent pourtant un rôle central dans le statut de santé des patients, la

²⁶ Président de la WPA de 2005 à 2008; Professeur de l' International Center for Mental Health and Division of Psychiatric Epidemiology, Mount Sinai School of Medicine, New York University, USA; Président de l' International Network for Person-Centered Medicine.

²⁷ Psychiatre Psychanalyste, Secrétaire Général de l'Association Française de Psychiatrie ; Membre du Bureau de l'International Network for Person-Centered Medicine.

²⁸ Psychiatre Psychanalyste, Président d'honneur de l'AFPEP.

²⁹ Président de la section classification de la WPA, Professeur de l'University of Miami Miller School of Medicine, Miami, Florida, USA ; Membre du bureau de l'International Network for Person Centered Medicine.

forme que prend leur trouble, les mécanismes qui les sous-tendent et, par voie de conséquence, le choix des traitements qui peuvent être proposés à ces personnes ainsi que les processus conduisant à leur récupération ou à leur guérison.

Dans cet article nous allons présenter le PID et plus particulièrement sa structure générale et les concepts clés sur lesquels est bâti son modèle intégré.

Les concepts clés du PID (Diagnostic intégré centré sur la personne)

L’aphorisme du philosophe espagnol Ortéga et Gasset : « je suis moi et mon contexte », rend bien compte du concept de base qui inspire le PID et de son inscription dans la perspective ouverte par le mouvement de la psychiatrie de la personne : considérer que la personne dans sa totalité et dans son contexte est au centre de l’attention et des objectifs des soins cliniques et de la santé publique. Ceci suppose un élargissement et un approfondissement de la notion de diagnostic afin d’y intégrer les aspects positifs de santé à côté de la prise en compte habituelle de ses aspects pathologiques. Il s’agit donc de dépasser les restrictions imposées par le concept traditionnel de diagnostic nosographique ; c’est donc un véritable changement de paradigme qui est ici proposé. Dans cette perspective, le diagnostic doit rendre compte du « statut de santé » de la personne dans sa globalité en même temps que du processus évaluatif qui y conduit en engageant les cliniciens, les patients et les familles.

Comme on le sait, le diagnostic joue un rôle majeur en médecine car il constitue l’unité de base sur laquelle se construit le soin médical. Son rôle est essentiel dans les échanges entre professionnels de santé et les différentes autorités qui influent sur leurs interventions. Le diagnostic est fondamental pour poser des indications thérapeutiques et accompagner le processus de soin. Il est indispensable pour la prévention et la promotion de la santé, pour la recherche et l’enseignement, la compréhension des mécanismes pathologiques impliqués, l’évaluation de l’efficacité des traitements. Il est nécessaire pour pouvoir répondre aux besoins administratifs et économiques, aux questions liées au remboursement des soins et à la démarche qualité. C’est ce qu’exprime très bien Feinstein [12] quand il écrit que « *les catégories diagnostiques fournissent les espaces où les cliniciens rangent les observations qu’ils recueillent dans leurs pratiques cliniques* » et que « *la taxonomie diagnostique établit des modèles qui déterminent la façon dont les cliniciens observent, pensent, se souviennent et interviennent* »

Il faut cependant également reconnaître que le diagnostic peut être vécu de façon ambivalente par les patients ou leur entourage. Certains diagnostics leur apportent des informations essentielles pour accroître leur compréhension et leur pouvoir de décision sur les choix de soins qui les concernent au premier chef ; mais d’autres peuvent au contraire avoir un effet stigmatisant accroissant leur souffrance et leur discrimination au point de constituer un obstacle supplémentaire à leur santé, notamment lorsqu’ils sont associés à des jugements de valeur ; les exemples ne manquent pas où ils deviennent ainsi, parfois, les éléments les plus préjudiciables à leur évolution positive et à leur insertion sociale.

Il reste que cette définition plus large de la notion de diagnostic s’inscrit elle aussi dans une tradition ancienne, voire originaire ; c’est ce dont témoignent les racines étymologiques de ce mot qui montre qu’il dérive de deux connotations bien différentes. Diagnostic vient d’une part du mot grec *dia*, qui renvoie à l’élucidation d’un trouble, dans un sens qui est le plus proche de la signification étiopathogénique habituelle que l’on donne au mot "diagnostic". Il vient d’autre part d’une autre racine étymologique, elle aussi grecque, *diagignôstikein*, qui renvoie à la notion de compréhension de la personne, rattaché au sens holistique du concept de santé. Cette dernière définition est tout particulièrement adaptée aux maladies chroniques dans lesquelles la composante comportementale personnelle et la subjectivité jouent un rôle significatif. Cette double polarité renvoie à la réflexion de l’historien de la médecine, Lain-

Entralgo, qui remarque que *"les diagnostics sont plus que l'identification des troubles (diagnostics nosographiques) ou la distinction d'un désordre par rapport à un autre (diagnostics différentiels) ; les diagnostics sont la compréhension de ce qui se passe dans la tête et dans le corps d'une personne qui demande des soins.*[13] Cette vision plus large d'un diagnostic, qui va au-delà de la compréhension pathogénique, est bien reflétée dans les principes de la médecine traditionnelle ancienne. Par exemple, dans l'ancienne médecine chinoise, les indicateurs diagnostics étaient toujours considérés de façon holistique. La tradition médicale indienne ayurvédique (qui signifie la science du vivant) voyait la santé comme une harmonie entre le corps, l'esprit et la pensée. Mais cette vision a aussi ses versions modernes comme le montre par exemple la définition que, de façon très pertinente, l'Organisation Mondiale de la Santé donne de la santé : *un état de complet bien-être physique émotionnel et social et pas simplement [...] l'absence de maladie* (OMS, 1946) [14].

En s'inscrivant dans cette perspective, le PID s'attache à lui donner les moyens de son ambition :

- ✓ le diagnostic doit fournir la compréhension la plus large et la plus profonde du « statut de santé » de la personne en décrivant à la fois les aspects pathologiques de ce statut (les troubles et handicaps tels qu'ils sont classés par les classifications internationales des maladies et ses adaptations nationales ou régionales), et, point de vue novateur, les aspects positifs de la santé (comme le fonctionnement adaptatif, les facteurs protecteurs, la qualité de vie), qui jouent un rôle crucial pour définir ce statut et prendre les décisions nécessaires pour permettre la récupération ou la guérison du patient.
- ✓ Il doit prendre en compte le processus inclusif et participatif qui sous-tend la démarche diagnostique, en soulignant l'importance de tous les protagonistes de la rencontre clinique dans ce processus. La formulation diagnostique dans le PID est ainsi considérée comme un processus évolutif et interactif qui implique un dialogue entre les patients, premiers intéressés, et les évaluateurs. Ce partenariat entre égaux inclut le clinicien (l'expert), le patient qui en est le partenaire (tant du point de vue de l'information que du point de vue de la déontologie), la famille (groupe de support crucial), et les membres de la communauté (enseignants, travailleurs sociaux...). À travers ce processus est valorisée la subjectivité de chacun des partenaires et finalement la dignité, les valeurs et les aspirations des personnes en recherche de soins.

Un modèle intégré à plusieurs niveaux.

Le développement du PID et sa structure s'alimentent de l'expérience acquise par la WPA à l'occasion de ses travaux sur l'élaboration des modèles diagnostiques existants et de ses contributions aux questions centrales concernant les diagnostics internationaux en psychiatrie [15-18]. Inscrit dans un autre paradigme le PID propose, dans sa forme actuelle, une structure à plusieurs niveaux, afin d'évaluer le statut de santé de la personne dans ses doubles aspects, positifs et négatifs. Ainsi les deux grands domaines étudiés sont, d'un côté, la dimension pathologique ; de l'autre, les aspects positifs de santé. Dans chacun de ces grands domaines, le PID propose des niveaux susceptibles d'être évalués à partir de composantes standardisées ou à partir de données narratives idiographiques personnalisées. L'intégration de ces domaines dans leurs différentes composantes a pour objectif de constituer les bases informationnelles nécessaires pour indiquer et construire une intervention de soin, fournir des informations de base pour l'enseignement et la recherche, la planification en santé publique et les fonctions administratives et économiques impliquées dans les soins.

Dans l'état actuel de son développement [19-21], le modèle comprend dans chacun de ces grands domaines trois principaux niveaux.

- ✓ Dans le domaine de la pathologie :
 - Le premier niveau est la pathologie elle-même et son poids. Ce niveau est lui-même divisé en deux sous-niveaux, le premier sous-niveau correspondant aux catégories cliniques à la fois dans le domaine mental et général. Le second sous-niveau correspond au handicap induit par ces entités cliniques, c'est-à-dire aux conséquences sociales de cette pathologie, dans les soins personnels, les fonctions occupationnelles, les fonctions familiales et les fonctions sociales.
 - Le second niveau du grand domaine de la pathologie correspond au ressenti concernant l'expérience de la maladie. Dans ce niveau plus encore que dans les autres, ce sont les données narratives idiographiques personnalisées qui auront la place essentielle, mais il n'est pas exclu que ces aspects puissent être également évalués par le biais d'éléments plus standardisés [22]. Ce niveau comprend des thèmes tels que la souffrance, les expériences culturelles et les valeurs liées à la maladie et aux soins.
 - Le troisième niveau de ce même domaine concerne les facteurs contribuant à la pathologie, c'est-à-dire les facteurs de risques. Doivent être considérés tant les facteurs de risques internes, (comme la vulnérabilité génétique, les organisations psychopathologiques, les fonctionnements cognitifs et instrumentaux, les mécanismes de défenses psychiques et les configurations dynamiques, économiques et topiques), que les facteurs de risques externes, (comme les stressors environnementaux ou les événements de vie). L'évaluation de ces facteurs doit, elle aussi, faire l'objet d'une évaluation biopsychosociale utilisant à la fois des instruments standardisés et des formulations narratives idiosyncrasiques personnalisées.
- ✓ Dans le grand domaine de la santé positive,
 - Le bien-être est considéré comme le premier niveau qui se divise en deux sous-niveaux : le premier correspondant à la récupération, la rémission, tandis que le second sous-niveau correspond au niveau de fonctionnement.
 - Le second niveau de santé positive correspond à l'expérience de la santé qui, elle aussi, doit être évaluée essentiellement à partir des données narratives idiosyncrasiques personnalisées mais peut faire l'objet d'une évaluation standardisée. Cela inclut notamment des thèmes comme la qualité de vie, les formulations de valeurs et de culture concernant l'identité et le contexte.
 - Le troisième niveau dans ce grand domaine de la santé positive inclut les facteurs positifs de protection qui comprennent à la fois des facteurs internes de protection (comme la résilience, les mécanismes de défense protecteur et les modes de fonctionnement psychologiques protecteurs qu'ils soient cognitifs ou psychodynamiques), et des facteurs externes de protection comme le support social. Tous ces facteurs doivent être évalués selon un schéma biopsychosocial utilisant à la fois des instruments standardisés et les données narratives idiosyncrasiques personnalisées.

Comme on le voit, le PID présente, du point de vue de sa méthodologie, deux nouveautés fondamentales :

- ✓ L'association d'éléments narratifs idiosyncrasiques aux repérages quantitatifs dimensionnels et catégoriels, ce qui permettra d'enrichir et d'approfondir les descriptions personnalisées des domaines et niveaux considérés.

- ✓ L'interactivité du processus diagnostic : dans le PID, le professionnel évaluateur est l'un des partenaires d'un dialogue impliquant également le patient et la famille dans une démarche où ils auront conjointement la charge de mener ce processus afin de planifier des interventions thérapeutiques.

Le PID relève donc le défi lancé par le Programme de Psychiatrie de la Personne. C'est un nouveau modèle de conceptualisation qui, sans être psychodynamique ou phénoménologique par nature, est à l'évidence beaucoup plus compatible avec des approches qui s'y réfèrent [23]. Il permet d'appliquer à la pratique clinique ordinaire les principes de la psychiatrie centrée sur la personne en donnant une traduction opérationnelle à l'ambition qui les détermine : mettre toute la personne dans son contexte au centre des soins cliniques et de la santé publique. Le PID développe ainsi une définition plus large et plus profonde du diagnostic, au-delà du concept restreint de diagnostic nosographique. Il implique une formulation à plusieurs niveaux, permettant de rendre compte du statut de santé dans ses aspects à la fois pathologiques et positifs qui sont toujours impliqués dans la définition d'un trouble chez une personne donnée. Processus évolutif, il s'appuie sur la participation interactive des cliniciens, des patients et des familles, chacun des partenaires étant engagé à égalité dans cette démarche qui les implique subjectivement; il utilise tous les outils descriptifs disponibles (catégorisation, dimension) [8] et introduit dans chacun de ces niveaux une dimension narrative idiosyncrasique personnalisée qui vient asseoir l'importance donnée à l'interaction avec le patient et à sa subjectivité dans ses aspects phénoménologiques et dynamiques.

Le modèle actuellement en cours d'élaboration reste encore à parachever dans ses détails. La forme finale qu'il pourra prendre prochainement sera adaptée aux différentes formes de pratiques dans les divers pays du monde, afin de servir des besoins multiples du soin clinique, de l'éducation, de la recherche et de la santé publique. Il aura la prétention de pouvoir être étendu à d'autres domaines de la médecine. C'est en tous cas l'un des objectifs qui est actuellement en travail au sein de l'International Network for Person-Centered Medicine (INPCM – Le réseau international pour la médecine centré sur la personne) dans lequel il a trouvé toute sa place³⁰.

Bibliographie

1. Herrman H, Saxena S, Moodie R. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO; 2005.
2. World Health Organization. Who's new global strategies for mental health. Geneva: WHO; 1999. (Factsheet 217).
3. U.S. Presidential Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final Report. Rockville, Maryland: Department of Health and Human Services; 2003. (DHHS Pub N: SMA-03-3832).

³⁰ Des associations internationales comme la World Medical Association ou l'Association Mondiale des Médecins de Famille, sont membres fondateurs de ce réseau que préside le Pr Mezzich. Également membre de ce réseau, l'association des sociétés françaises membres de la WPA y joue un rôle actif, à la mesure de ses moyens. Depuis 2008, ces partenaires organisent à Genève les conférences annuelles sur la Médecine de la Personne dont la troisième édition a vu l'implication officielle de la WHO comme co-organisatrice.

4. World Health Organization European Ministerial Conference on Mental Health. Mental health action plan for Europe: facing the challenges, building solutions. Helsinki, Finland, 12–15 January 2005. (EUR/04/5047810/7).
5. Patwardhan B, Warude D, Pushpangadan P, Bhatt N. Ayurveda and traditional Chinese medicine: a comparative overview. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine* 2005 ; 2:465–73.
6. Christodoulou GN, editor. *Psychosomatic medicine*. New York : Plenum Press ; 1987.
7. Anthony W. Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service systems in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993 ; 16:11–23.
8. Amering M, Schmolke M. Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit Recovery – the end of incurability. Bonn: Psychiatrie-Verlag ; 2007.
9. Mezzich JE. Psychiatry for the person: articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry* 2007 Jun ; 6(2) : 65–7.
10. Mezzich JE, Salloum IM. Towards a person-centered integrative diagnosis. In: Salloum IM, Mezzich JE, editors. *Psychiatric Diagnosis : context and prospects*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009. Chapter 30.
11. Banzato EM, Jorge MR, Kastrup M. Multiaxial schemas for psychiatric diagnosis. In: Salloum IM, Mezzich JE, editors. *Psychiatric Diagnosis : context and prospects*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009. Chapter 28.
12. Feinstein AR. *Clinical judgment*. Huntington, NY: Robert E. Krieger; 1967.
13. Lain-Entralgo P. *El Diagnostico Medico: Historia y Teoria* [Medical diagnostics: history and theory]. Barcelona: Salvat; 1982. [in Spanish].
14. World Health Organization. *WHO constitution*. Geneva: WHO; 1946.
15. Mezzich JE, Ustun TB. International classification and diagnosis: critical experience and future directions. *Proceedings of a symposium*. London, United Kingdom, July 2001. *Psychopathology* 2002 Mar–Jun ; 35(2–3):59–201.
16. Banzato CEM, Mezzich JE, Berganza CE, editors. *Philosophical and methodological foundations of psychiatric diagnosis*. *Psychopathology* 2005 Jul–Aug ; 38(4): Special Issue.
17. World Psychiatric Association. *Essentials of the World Psychiatric Association's International Guidelines for Diagnostic Assessment (IGDA)*. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182 (Supp. 45) : s 37–s 66.
18. APAL. *Guia Latinoamericana de Diagnostico Psiquiatrico (GLADP)* [Latin American Guide of Psychiatric Diagnosis]. Mexico: Editorial de la Universidad de Guadalajara; 2004. [in Spanish].
19. Cloninger CR. *Feeling good: the science of well-being*. New York: Oxford University Press; 2004.
20. Cox J, Campbell A, Fulford KWM. *Medicine of the person*. London: Kingsley Publishers; 2007.
21. Mezzich JE. Positive health : conceptual place, dimensions and implications. *Psychopathology* 2005 Jul–Aug ; 38(4):177–9
22. Falissard, B. *Mesurer la subjectivité en santé : perspective méthodologique et statistique*, 2° édition, Masson, Paris, 2008.
23. Botbol M. Comment prendre en compte la subjectivité dans une classification « centrée sur la personne » In « Manifeste pour une psychiatrie de la personne » sous la direction de SD Kipman, Éditions Dunod, Paris, Mars 2009.

ALFAPSY

Association Loi 1901 à but non lucratif
Déclarée JO - RF / n° W343000529

ALFAPSY, ALternative Fédérative des Associations de Psychiatrie, fondée à l'initiative de l'Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé (AFPEP), est l'œuvre des psychiatres et professionnels francophones du champ de la psychiatrie de libre pratique soucieux de se regrouper pour :

- ❖ confronter et mutualiser leurs expériences de la clinique psychodynamique au service des patients,
- ❖ faire reconnaître l'importance du caractère singulier de l'acte en psychiatrie dès lors qu'il tend à traiter le patient comme sujet de sa demande,
- ❖ soutenir les initiatives d'organisation de la profession en assurant la transmission des expériences acquises.

ALFAPSY a officiellement été constituée en 2003 comme fédération internationale francophone autour des Associations Nationales de Psychiatrie d'Exercice Privé d'Algérie, de France, du Maroc, de Suisse, de Tunisie puis du Sénégal.

ALFAPSY se veut une tribune pour les professionnels du champ de la psychiatrie qui soutiennent l'idée que l'homme souffrant est à entendre dans sa globalité physique et mentale, essentielle et existentielle, dans sa demande et son désir, ainsi que dans son environnement culturel d'appartenance.

ALFAPSY propose en ce sens des programmes de formations, des séminaires, des symposia, des Colloques « Interpsy » et des « Rencontres Francopsies » tels qu'en Guadeloupe (2000), au Maroc (2002), en Tunisie (2003-2006), en Algérie (2005), en Suisse (2007), en R. Tchèque (2008), en Hongrie, au Liban et au Sénégal (2009)