



ANTHROPOLOGIE ET FOLIE

Author(s): Didier Fassin

Source: *Cahiers Internationaux de Sociologie*, NOUVELLE SÉRIE, Vol. 77 (Juillet-Décembre 1984), pp. 237-271

Published by: Presses Universitaires de France

Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/40690137>

Accessed: 22-12-2016 17:32 UTC

JSTOR is a not-for-profit service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content in a trusted digital archive. We use information technology and tools to increase productivity and facilitate new forms of scholarship. For more information about JSTOR, please contact support@jstor.org.

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of the Terms & Conditions of Use, available at
<http://about.jstor.org/terms>



Presses Universitaires de France is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to
Cahiers Internationaux de Sociologie

LE CORPS

ANTHROPOLOGIE ET FOLIE

par Didier FASSIN*

RÉSUMÉ

Un cas d'envoûtement par un marabout fournit le pré-texte à la confrontation de trois lectures parallèles de la folie : ethnologique, qui analyse les conditions de possibilité d'interprétations magiques de la maladie ; psychiatrique, qui recherche, par-delà le discours du malade et les traits culturels, une sémiologie et une nosographie universelles ; ethnopsychiatrique enfin, qui interprète comment la société et la culture déterminent la structure et l'expression des maladies mentales.

SUMMARY

A case of sympathetic magic by a marabout provides the setting for this confrontation between three different disciplines in three parallel discussions of insanity : ethnology, which analyzes the possible conditions for magical interpretation of the disease ; psychiatry, which seeks, beyond the patient's discourse and cultural characteristics, a universal semiology and nosography ; and finally, ethnopsychiatry, which interprets how the society and culture determine the structure and expression of mental illnesses.

FOLIE ET SOCIÉTÉ

La folie est, en chaque lieu, un reflet de la société et la forme originale qu'elle adopte traduit, dans l'espace de la maladie, les traits de la culture. La signification qu'elle revêt ne se

* Je remercie le Pr D. Widlöcher de m'avoir confié le manuscrit de ses deux ouvrages sur la dépression, parus depuis. Je remercie également pour ses conseils le Pr G. Balandier, et pour leurs remarques critiques A. Epelboin, A.-G. Saimot, I. Sow et Eric Fassin.

Cahiers internationaux de Sociologie, vol. LXXVII, 1984

comprend qu'en relation avec l'univers symbolique. Ainsi, le délirant ne tient pas le même discours et ne signifie pas la même chose à Dakar et à Paris.

Mais en même temps, la folie est universelle. Aucun ethnologue ne soutient plus qu'il existe des sociétés indemnes de fous. Chaque groupe humain reconnaît parmi ses membres des individus sortant de la norme. Qui plus est, le malade mental lui-même prend conscience du fait pathologique à travers sa propre souffrance — qu'il l'impute à un esprit, à un sorcier ou à un conflit psychique. Ainsi, la dépression semble présente aussi bien dans les sociétés traditionnelles que dans les sociétés modernes.

Poser la question de la folie en termes de relativisme ou d'universalité reviendrait donc à s'enfermer dans un débat stérile. Il semble beaucoup plus intéressant de se demander *comment* les modèles culturels influencent la constitution des maladies mentales. Il faut ici distinguer plusieurs niveaux d'interaction.

La société peut participer à la genèse du trouble psychopathologique ; l'acculturation joue à ce titre un rôle déterminant dans les groupes humains connaissant des transformations sociales rapides. Également, la culture peut fournir à la folie son mode d'expression et sa signification sociale : le choix d'un persécuteur s'inscrit à la fois comme mode d'expression du trouble — sous la forme du maraboutage — et comme signification sociale — afin de maintenir la cohérence du sujet par rapport au groupe. Enfin, la société intervient dans le traitement qu'elle réserve à ses fous : l'intégration ou l'aliénation, la sollicitude ou la répression, le désenvoutement ou les drogues désignant autant de conduites qui influenceront le statut du malade mental et sa possible guérison.

Un lieu particulièrement révélateur des interactions entre le culturel et le pathologique est celui de la maladie mentale chez le migrant. Phénomène remarquable par le volume humain de la population concernée et par l'extension récente du phénomène, la migration Sud-Nord pose, à l'égard de la maladie, le problème de la confrontation de deux univers sociaux et de deux systèmes d'interprétation. Entre le sujet qui se déclare envouté et le psychiatre qui cherche une explication psychopathologique, quel dialogue peut-il s'instaurer ?

La question dépasse largement la simple curiosité intellectuelle ; elle met en cause l'expérience concrète des médecins confrontés à ces représentations de la maladie qu'ils ignorent et celle des migrants qui, ne trouvant pas d'écoute à leurs maux, multiplient les recours aux systèmes parallèles, dans une quête thérapeutique souvent vaine. Le « cas d'Idir C... », travailleur

immigré d'origine kabyle qui s'est présenté à nous comme victime d'un maraboutage, illustre les difficultés éprouvées tant par les psychiatres que par les malades dans l'espace interculturel de la folie. L'approche médicale classique s'avère insuffisante ; seule une approche anthropologique peut tenter de restituer la diversité et la richesse des regards qui se portent sur la maladie mentale.

En confrontant, autour de l'histoire d'Idir C..., trois interprétations, donc trois lectures, il s'agit de suggérer, non pas qu'un discours commun est possible, mais que plusieurs discours coexistent sans s'exclure, chacun répondant à une logique différente : l'ethnologue décrit, à travers l'itinéraire de l'envoûtement, le recours aux interprétations magiques ; le psychiatre cherche, dans la présentation du malade, à découvrir un cadre psychopathologique pour lequel il dispose d'une thérapeutique ; l'ethno-psychiatre enfin essaie de découvrir la signification — culturelle et individuelle — de cette expression particulière de la maladie — le maraboutage.

Ces trois lectures ne sont pas concurrentes : elles sont complémentaires. Reste à savoir si des correspondances entre elles deviennent possibles. L'un des objectifs de cette étude pourrait être d'essayer de jeter des passerelles entre les niveaux d'interprétation.

Une interrogation sous-tend la confrontation des lectures du cas d'Idir C... : Comment les transformations sociales et les différences culturelles affectent-elles la structure même de la maladie, chez l'Africain qui fait face à la modernité ? En somme, il s'agit de comprendre comment cette situation de transition modifie la pathologie du migrant, non pas tant d'un point de vue clinique, que dans le vécu individuel et dans les représentations symboliques.

HISTOIRE D'UN ENVOÛTEMENT

Idir C... est un Algérien de 34 ans vivant en France depuis 1963. D'origine kabyle, il a passé son enfance dans un village de l'Atlas. Il est venu en France avec son père, à l'âge de 15 ans. L'histoire de maraboutage pour laquelle il est un jour amené à l'hôpital par des amis que son état inquiète, il ne la livrera au début qu'avec réticence, semblant craindre à la fois l'incredulité ironique des médecins et le danger de révéler certains faits. Cette histoire, la voici, telle que nous avons pu la reconstituer, au cours de nombreux entretiens avec lui.

C'est très précisément au 18 mars 1982 qu'Idir C... fait

remonter le début de sa maladie. De manière très significative, cette date ne correspond d'ailleurs pas au commencement des troubles, mais à l'origine de l'envoûtement. Dans le foyer de travailleurs immigrés où se déroule l'essentiel de son activité sociale et professionnelle (puisque il y occupe une chambre et une place de plongeur dans les cuisines), il traite ce soir-là ce qu'il appelle « une affaire d'argent » avec un locataire sénégalais.

Une dizaine de jours plus tard, au retour d'une semaine de vacances passée au Mali chez un ami, les premiers symptômes apparaissent, sous la forme d'un « blocage du sexe », accompagné de sa « rétraction ». Progressivement, le tableau clinique se complète avec apparition de difficultés mictionnelles, de blocage de la respiration, de poids sur le ventre, de palpitations, de picotements des membres et de douleurs dans la tête. Enumération qui, si elle satisfait le sémiologue, rend mal compte de la richesse du discours du malade : « Il me travaille le corps, il m'écarte les os du crâne, il m'empêche d'uriner. » Et l'expression douloureuse du visage et des mains n'en disent ici pas moins que les mots utilisés.

Ayant donc identifié la cause de ses troubles, Idir C... va commencer un itinéraire thérapeutique hésitant et complexe, qui le mène des praticiens traditionnels aux institutions modernes, des charlatans aux guérisseurs les plus respectables, des cabinets de généralistes aux hôpitaux psychiatriques, errance dans laquelle l'épisode que nous avons traité ne semble inscrire qu'une étape.

Le premier recours est l'un de ces guérisseurs africains dont les billets publicitaires au texte stéréotypé alimentent périodiquement les boîtes aux lettres parisiennes. Après quelques paroles échangées et gestes rituels, la consultation se termine par une double frustration : l'aveu que « je vais vous guérir le sexe mais pour le reste, c'est l'affaire du médecin » et l'exigence financière exorbitante en comparaison du service rendu (2 000 F). D'autant qu'après une vague et brève amélioration les troubles sexuels reprennent.

A partir de ce moment, les événements vont se précipiter avec la succession de trois séjours en milieu psychiatrique et de trois voyages au Mali, répartis sur une période de six mois. Le premier séjour en hôpital psychiatrique dure près de trois mois et cristallise un souvenir pénible dans la biographie du malade. Très agité à son arrivée (« je me roulais par terre tellement je souffrais »), il évoque une semaine passée en chambre capitonnée, et revit au cours de son récit l'expérience angoissante de ces moments d'enfermement ; puis « ils m'ont abruti avec des médicaments qui ne diminuaient pas mes douleurs », ajoute-t-il. Un second séjour, plus bref, dans le même hôpital,

le conduit à demander à son psychiatre la prise en charge par la Sécurité sociale d'un voyage et d'un séjour prolongé au Mali pour désenvoûtement. Enfin, la troisième hospitalisation survient à l'occasion d'une manifestation purement somatique. Alors qu'il est dans le bus, il sent son bras, sur lequel il n'a alors plus aucun contrôle, s'élever irrésistiblement et se maintenir à l'horizontale ; cette « paralysie », qui inquiète probablement autant qu'elle étonne les autres voyageurs, dure environ une demi-heure.

Devant l'échec des pratiques magiques et des médicaments psychotropes, Idir C... décide de partir pour le Mali où son ami lui a signalé l'existence d'un célèbre guérisseur. A trois reprises, le séjour va se dérouler dans des conditions identiques. Voyage de Bamako jusqu'à un village où vit, un peu à l'écart du reste de la population, un « sage » dont la réputation est si grande dans le pays que « même le Président lui a fait une visite ». Assis dans la cour de sa concession, il fait sa consultation aidé de quelques assistants, acceptant quelques offrandes, mais ne réclamant jamais d'argent. « Je n'ai pas eu besoin de lui dire ce qui n'allait pas. Il connaissait d'avance ma maladie et il savait pourquoi j'étais malade. Il m'a posé quelques questions qui m'étaient traduites par un interprète. Il m'a fait des bénédictions. Ensuite, il m'a donné des médicaments, des plantes, et il m'a fait boire une eau, et il m'a dit que je pouvais repartir, que je serais guéri. » Effectivement, deux jours plus tard tous les symptômes avaient disparu. Et il rentrait au bout de dix jours, faute de pouvoir assumer les frais d'un séjour plus prolongé. Malheureusement, à chaque fois, le même scénario se reproduisait : au bout de quelques jours passés en France, les symptômes réapparaissaient, comme si le pouvoir du persécuteur reprenait, par sa proximité géographique, un ascendant sur celui du guérisseur — c'est du moins l'interprétation qu'en donnait Idir C... D'où l'idée qui lui était venue que seul un séjour de six mois consoliderait définitivement sa guérison.

C'est au terme de ce cheminement qu'Idir C... s'est présenté à nous. Dans de tels cas, il ne s'agit d'ailleurs que d'un terme apparent, pour le thérapeute — qui a l'impression qu'avec lui finissent les maux. Le patient, lui, sait le plus souvent qu'il ne fait qu'une halte dans le voyage de sa maladie.

Avant de reprendre le cours des choses à partir du moment de l'hospitalisation, il n'est pas inutile de rassembler les quelques éléments d'une biographie, que sa réticence à se raconter a rendue très fragmentaire, mais qui comporte des traits originaux, s'agissant d'un migrant.

De son enfance en Kabylie, il dit ne garder que des souvenirs

imprécis. Son père s'est remarié deux fois et il s'entend mal avec sa deuxième belle-mère qui est à peine plus âgée que lui. Des conflits éclatent sans cesse entre elle et lui. C'est pourquoi les premiers mois passés en France, alors qu'il a 15 ans, seul avec son père, restent une période privilégiée par les bonnes relations qu'il a pu avoir avec lui.

Bientôt sa belle-mère vient rejoindre son père. Ici s'inscrit un épisode obscur : une hospitalisation de six mois en psychiatrie, à Paris. À sa sortie de l'hôpital, il se met à travailler, d'abord comme câbleur, puis comme plongeur dans un foyer de travailleurs immigrés. Seul fait saillant de cette période, un séjour en sanatorium pour une tuberculose. À partir de 1980, son mode de vie se transforme et il commence à voyager. D'abord trois mois en Inde qu'il visite « en touriste », dit-il ; pas de quête spirituelle avouée. Plus tard, au Pérou où il part « en vacances ». Son explication : « J'aime bien voyager. » Le seul endroit où il ne désire pas aller, c'est l'Algérie.

L'hospitalisation d'Idir G... a duré moins d'un mois. À son arrivée, il paraissait tendu et réticent. Il se livrait peu, ne se mêlant pas aux autres malades, restant allongé pendant des heures. Son visage était immobile et amimique, sauf lorsqu'il évoquait sa souffrance. Sa pensée était en permanence occupée par l'idée de l'envoûtement qu'il considérait comme inexorable. Ne manifestant pas d'animosité ni de rancune à l'égard de son persécuteur, il semblait recevoir son maraboutage comme une fatalité, plutôt que comme une punition. Il disait n'avoir rien à se reprocher et n'avoir pas d'idées suicidaires.

Malgré l'atypicité de ce tableau — comparé à ceux observés chez des malades français —, le diagnostic porté était celui de dépression. Les raisons qui y ont conduit seront reprises au cours de l'étude du discours psychiatrique, mais une preuve *a posteriori* devait confirmer le diagnostic : l'évolution remarquablement favorable sous traitement anti-dépresseur. En une dizaine de jours, Idir G... était devenu calme et souriant, parlant plus facilement et ne souffrant plus. Cependant, en grattant un peu, on découvrait, sous cette superficie sereine, une anxiété massive liée à la crainte d'être encore sous le pouvoir du marabout. La dépression semblait guérie, mais l'idée d'envoûtement persistait.

Peu de temps avant sa sortie, Idir C... a subi un examen psychologique, avec un test de Rorschach dont voici la conclusion (S. de Lattre) : « Protocole difficilement interprétable où dominent la perplexité, le repli et très probablement une extrême réticence. L'ensemble est néanmoins adapté (les principales réponses banales sont données, le contrôle formel est possible), mais au prix d'une pauvreté et d'une stéréotypie importantes. »

Lorsqu'il quitte le service de psychiatrie, Idir C... n'a qu'une idée : réunir une somme suffisante pour partir au Mali se faire désenvoûter. A peine rentré chez lui, il interrompt son traitement et trois jours plus tard, il se présente aux urgences de l'hôpital en proie à une agitation extrême. Se roulant par terre, il se plaint de symptômes identiques à ceux qu'il a présentés auparavant, et décrits de la même façon. A nouveau hospitalisé, il réagit favorablement à un traitement par des tranquillisants. Ainsi, pour une sémiologie et un discours semblables, un diagnostic différent — crise d'angoisse — est porté, par rapport au premier séjour. C'est donc moins l'expression — culturellement déterminée — de la maladie qui importe au psychiatre, que d'autres éléments cliniques dans la présentation du malade.

Après cette seconde et brève hospitalisation, nous avons revu Idir C... à deux reprises : ne se présentant pas au rendez-vous de consultation, il revenait à l'hôpital lorsque les souffrances devenaient intolérables. Malgré l'inadéquation évidente de la demande et de l'offre — puisque à la croyance en une cause surnaturelle, il était répondu par une psychothérapie de soutien et une chimiothérapie essentiellement anxiolytique — il était surprenant de constater l'apaisement obtenu au cours de l'entretien, la douleur ne le troubant alors plus. Ambivalence de sa quête de soins qui lui faisait rechercher dans la consultation à la fois une écoute psychiatrique, une prescription médicale et une aide sociale.

Au bout de deux mois, il a réussi à partir à Bamako où il a passé une dizaine de jours. La dernière fois qu'il est venu consulter c'était au retour de ce voyage au Mali ; le visage détendu et souriant, il était physiquement transformé, ayant retrouvé « l'appétit et la force ». Il formulait une demande précise, le désir d'aller passer quelques semaines en Algérie. A Bamako, il n'avait pu trouver celui qu'il cherchait et qui devait « défaire l'envoûtement » ; le guérisseur était parti en brousse, personne ne savait où. « J'ai vu quelqu'un d'autre en ville qui devait le remplacer. Enfin, à peu près. » Il s'agissait d'un « féticheur » qui lui avait donné des substances et des plantes « pour boire, pour se laver et pour faire des inhalations ».

Grâce à ces médicaments, il déclare que tous les symptômes ont disparu, qu'il ne souffre plus et qu'il a même pu avoir à nouveau des rapports sexuels. Toutefois, persiste une inquiétude, une « idée » que tout n'est peut-être pas fini et que le maraboutage continue peut-être encore à son insu. Croyance qui pourrait bien faire le lit d'une réapparition des troubles psychosomatiques, à l'occasion d'un éventuel et futur traumatisme.

Dans le récit fait par Idir C..., trois lectures prennent leur source : celles de l'ethnologue, du psychiatre et de l'ethnopsychiatre, qu'il faut maintenant tenter de cerner.

LE LANGAGE DU FOU : DISCOURS ETHNOLOGIQUE

La richesse de l'histoire d'Idir C.... tient à la fois, pour l'anthropologue, à son exemplarité — c'est le discours stéréotypé du maraboutage — et à sa spécificité — dans sa situation à la croisée de trois cultures. Par le recours à une explication surnaturelle de la maladie, elle invite à une réflexion sur la place de la magie dans les systèmes de représentation africains. Par la rencontre de la tradition arabo-musulmane et des pratiques d'Afrique noire, survenant dans le contexte rationaliste de l'Occident, elle amène à s'interroger sur les phénomènes transculturels dans l'imaginaire de la maladie.

Mais également, il faut voir, au-delà du cas d'Idir C..., l'illustration d'un fait sociologique : la situation, dans les sociétés modernes occidentales, du migrant. Dans le domaine de la maladie, la position originale du migrant se manifeste au moins sous deux aspects. D'abord dans la confrontation d'au moins deux systèmes symboliques de représentation du corps et de ses désordres : la perplexité du malade, aux prises avec plusieurs référents culturels, se traduit dans les hésitations de ses recours successifs à la médecine moderne et aux pratiques magiques. Ensuite, dans le regard que porte sur lui le médecin occidental, mal préparé à cette pathologie à laquelle on réserve les qualificatifs : « fonctionnelle », « hystérique », ou les termes : « somatisation », « délire de persécution », qui cachent mal la méconnaissance de ces phénomènes.

I. — *Le chemin de la maladie*

Le premier, E. E. Evans-Pritchard a clairement établi, pour les Azandé, la place respective de la sorcellerie et de la magie dans les croyances en une causalité surnaturelle. Cette distinction terminologique existe dans le vocabulaire Azandé qui oppose *mangu* (substance ensorcelante, sorcellerie) et *ngua* (magie, médecine). La différence fondamentale réside dans le type de pratique : la sorcellerie est un acte psychique, tandis que la magie est un acte instrumental¹.

1. E. E. Evans-Pritchard, *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandé*, Paris, Gallimard, 1972, p. 53.

Il est intéressant de noter que cette opposition semble également pertinente pour la sorcellerie en Europe à l'âge classique, puisque, étudiant l'Angleterre des Tudor et des Stuart, A. Mac Farlane reprend une distinction voisine, en opposant deux pratiques dont la finalité est également mauvaise : *witchcraft* — que nous appelons sorcellerie — qui repose sur un « pouvoir interne », et *sorcery* — qui correspond à la magie — qui utilise des « moyens externes », comme les poupées et autres objets².

En fait, Idir C... est victime d'un acte de sorcellerie bien particulier : il s'agit d'un maraboutage. Terme dont l'usage a subi une grande extension, tant sémiologique que géographique, le marabout désigne dans l'orthodoxie islamique des sages vénérés pour leur sainteté, en même temps que le lieu où l'on se rend pour les prier et leur demander protection. Originaire d'Afrique du Nord, le marabout — « déformation de l'arabe dialectal nord-africain *m'rabet* » — est apparu très tôt en Afrique noire comme le note V. Monteil qui le signale dans les relations des voyageurs dès le XVII^e siècle³.

Très vite adopté et adapté par le syncrétisme d'Afrique noire, le terme marabout a subi une démultiplication de sens et parfois une perte de spiritualité dont témoigne le mercantilisme de certains praticiens qui se réclament de cette tradition. Au Sénégal, le mot recouvre aujourd'hui trois catégories de pratiques : « Les vrais marabouts, hommes savants, sages et pieux, dont la vie est consacrée à la prière et à l'enseignement. Les marabouts qui, sachant plus ou moins l'arabe, enseignent et soignent moyennant finances. Il est difficile de préciser les parts respectives de l'animisme et de l'Islam dans leurs pratiques. Enfin, les marabouts très nombreux aussi qui n'ont aucune connaissance particulière mais qui font commerce de soins, amulettes, conseils, prédictions »⁴.

Malgré cette diversité, le concept garde toute sa cohérence dans le domaine de la maladie. Pour Idir C..., le maraboutage est l'explication exacte de ses troubles. Mais il n'annule pas la distinction entre magie et sorcellerie : il se superpose à elle, comme l'une des interprétations de la maladie.

Pour comprendre la représentation que se fait Idir C... de son mal, ce sont les conditions de possibilité des croyances magiques qu'il faut étudier. Comment la magie est-elle possible ? La condition la plus générale de la maladie contractée par Idir C... est

2. A. Mac Farlane, *Witchcraft in Tudor and Stuart England*, London, Routledge & Kegan Paul, 1970, p. 4.

3. V. Monteil, *L'Islam noir, une religion à la conquête de l'Afrique*, Paris, Seuil, 1964, p. 153.

4. M. C. et E. Ortigues, *Œdipe africain*, Paris, Plon, 1966, p. 251-252.

la croyance en la magie qui « se présente sous trois aspects complémentaires : il y a, d'abord, la croyance du sorcier dans l'efficacité de ses techniques ; ensuite, celle du malade qu'il soigne, ou de la victime qu'il persécuté, dans le pouvoir du sorcier lui-même ; enfin, la confiance et les exigences de l'opinion collective, qui forment à chaque instant une sorte de champ de gravitation au sein duquel se définissent et se situent les relations entre le sorcier et ceux qu'il ensorcelle »⁵. Cette triple condition est générale. La particularité de la position des malades qui se réfèrent à ce système d'interprétation et qui font appel à la médecine moderne, est que la troisième clause du contrat n'est plus remplie : dans leur mode de pensée, la confrontation de la logique magique et de la logique scientifique est un rapport de force, dont l'issue est la guérison ou la mort.

Mais n'est pas ensorcelé qui veut. Pourquoi Idir C... est-il la victime d'un maraboutage ? Cette question peut s'envisager plus généralement d'un double point de vue : quelles sont les conditions de possibilité pour qu'une personne soit envoûtée et quelles sont les raisons qui la font choisir, elle, précisément ? L'ensorcellement d'Idir C... suppose sa croyance en un sur-naturel maléfique susceptible de prendre la forme du maraboutage. La particularité de celui-ci est qu'il est réalisé par un homme d'une autre culture. La promiscuité pluri-ethnique dans le foyer de travailleurs immigrés joue un rôle de catalyseur. En fait, ce qui constitue le fonds culturel commun rendant possible le maraboutage, ce n'est pas tant la religion musulmane qu'ils pratiquent tous deux que la pensée magique qui sous-tend leur représentation de la maladie.

Mais le fait que l'ensorcellement lui échoie, à lui précisément, Idir C... n'y voit pas un simple effet du hasard. Sa conception de la causalité des maladies n'éclaire pas la question de la responsabilité individuelle. Malgré la réticence dont il fait preuve pour aborder ce sujet, on sent qu'il subit son malheur non seulement comme une fatalité, mais aussi peut-être comme un châtiment. Cette attitude correspond certainement à une croyance très répandue, y compris en France et de nos jours, selon laquelle le mal qui s'abat sur une personne serait la punition d'une faute commise ; dans la formule souvent entendue : « C'est le bon Dieu qui l'a puni », se mêle certainement la référence à l'idée de péché et d'expiation propre au christianisme, mais on peut y voir également la traduction d'une conviction plus répandue qui fait intervenir la responsabilité humaine, sous la forme de la violation

5. C. Lévi-Strauss, *Le sorcier et sa magie*, in *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, 1958, 2^e éd., 1974, p. 184-185.

d'un tabou ou de l'accomplissement d'une action répréhensible.

C'est finalement de cette concordance que résulte la possibilité d'une efficacité de la magie. « Un individu, conscient d'être l'objet d'un maléfice est intimement persuadé par les plus solennelles traditions de son groupe, qu'il est condamné ; parents et amis partagent cette certitude. L'envouté cède à l'action combinée de l'intense terreur qu'il ressent, du retrait subit et total des multiples systèmes de référence fournis par la convivialité du groupe, enfin à leur inversion décisive qui, de vivant, sujet de droits et d'obligations, le proclame mort, objet de craintes, de rites et d'interdits » ; et C. Lévi-Strauss conclut : « L'intégrité physique ne résiste pas à la dissolution de la personnalité sociale »⁶.

Dans la représentation que l'envouté se fait de sa maladie, il y a la conviction d'être atteint d'un mal que rien ne peut guérir, exception faite des remèdes surnaturels. Dans le cas d'Idir C..., comme dans bien d'autres semblables, rencontrés dans les hôpitaux, ce sentiment d'être au-dessus des ressources médicales, sans espoir de guérison, a quelque chose de tragique. Car, chez le migrant, à l'absence d'efficacité symbolique des traitements modernes, s'ajoute la disparition de l'efficacité sociale du groupe.

L'histoire d'Idir C... nous amène à nous interroger sur la place des croyances magiques dans le monde arabo-musulman, à travers les textes religieux ou scientifiques, et à travers les pratiques sociales.

La position de l'orthodoxie islamique quant à la magie est complexe. D'un côté, elle condamne le sorcier comme hérétique ; de l'autre, elle affirme l'existence de la magie. Paradoxe remarquablement noté par E. Doutté : « Les religions qui ont constitué leur dogme ont sévèrement interdit la sorcellerie mais le plus souvent elles ont fait de la croyance à sa réalité un article de foi. » Car ce phénomène ne caractérise pas seulement l'Islam : l'histoire des procès de sorcellerie et la survivance des exorcistes figurent un paradoxe assez semblable dans le catholicisme. En fait, ce que le dogme reproche au sorcier c'est de « s'attribuer des pouvoirs qui n'appartiennent qu'à Dieu » ; sa condamnation à mort sanctionne le crime de s'être « cru l'égal de Dieu », non pas d'avoir cru en une puissance magique⁷. Ainsi l'Islam, qui réprime la sorcellerie, inscrit la magie dans son dogme.

Les écrits scientifiques arabes ne sont interprétables que dans

6. C. Lévi-Strauss, *ibid.*

7. E. Doutté, *Magie et religion dans l'Afrique du Nord*, Alger, A. Jourdan édit., 1909, p. 336.

leur rapport avec la religion musulmane. Dans son *Traité de médecine*, Al-Razi — considéré comme le père de la psychiatrie arabe — définit la magie « selon la loi canonique, comme toute chose dont la cause est cachée, qui se présente autrement que sous son aspect réel et qui procède par fraude et dissimulation ». La septième des huit espèces de magie est « le fait de lier l'esprit »⁸. Ici encore, l'interprétation scientifique se situe dans l'ambiguïté : d'un côté, elle reconnaît au magicien son pouvoir surnaturel ; de l'autre, elle déclare pathologique le fait d'avoir l'esprit lié.

Cette réprobation de la magie par l'Islam rend compte, pour une part, de la réticence des musulmans à s'exprimer sur ces croyances : interrogé à leur sujet, on répond par la négation de leur existence ou par la dérision. Pourtant ces pratiques existent. L'investigation exhaustive menée par E. Doutté en 1909 reste actuelle : si l'interprétation magique des événements de la vie n'est que peu visible aujourd'hui, c'est qu'elle constitue une pratique marginalisée à la fois par le dogme religieux et par la science médicale.

II. — *L'itinéraire du malade*

Dans la démarche ethnologique, ce n'est pas seulement l'explication magique de la maladie que l'on cherche à déterminer ; c'est également la trajectoire du malade. L'histoire d'Idir C... offre à la fois les caractères génériques de tout envoûtement maraboutique et les éléments spécifiques qui en font un cas unique. Son itinéraire, qui commence par une dispute et qui va le mener des marabouts aux psychiatres et de Paris à Bamako, il faut tenter d'en distinguer les traits généraux et les traits particuliers. En quoi l'origine maghrébine confère-t-elle une atypicité à cet ensorcellement pratiqué par un Sénégalais et pour lequel Idir C... a recours à un guérisseur malien ?

Mais d'abord, est-il vrai que l'histoire du maraboutage débute le jour de la dispute ? Il serait peut-être plus légitime de remonter dans la biographie d'Idir C... jusqu'au moment où s'est faite l'assimilation des croyances qui ont donné à la maladie la possibilité de s'exprimer sous cette forme. Lorsqu'on l'interroge, Idir C... répond qu'il ne se souvient pas avoir connu de cas de « maraboutage » comme le sien auparavant. Dans son village, en Kabylie, il a certes vu des « vieilles » qui pratiquaient la magie ; il a également vu des « fous » qui semblaient plus s'apparenter, d'après la description qu'il en donne, à des cas d'arriérations

8. Al-Razi, *Al Tafsir al-Kabir*, Le Caire, 1935, t. 3, p. 228-241, cité in Lagarde, *ibid.*, p. 90.

mentales (*mahbûl*) ; par contre, il ne parle pas d'envoûtement ou de possession (*magnûn*). En France, dans le foyer de migrants où il vit, il a été en contact avec des travailleurs d'Afrique noire et il n'est pas impossible d'imaginer que les discussions sur les pratiques magiques auxquelles il a participé aient fait ressurgir des croyances plus anciennes.

Car, bien qu'il en parle peu, il est certain que son enfance s'est déroulée dans cette atmosphère de croyances où se mêlent les références aux textes coraniques et, selon l'expression de B. Tabone, « les représentations maraboutiques de la maladie, préexistant à l'Islam et caractérisées par une appréhension d'ordre magique de la réalité »⁹. Croyances dont on trouve une correspondance dans les pratiques : en Afrique du Nord, le malade ou le fou, surtout lorsque la médecine moderne n'a pu apporter la guérison, sont conduits par leur famille, à des distances parfois très grandes, jusqu'aux marabouts les plus renommés. Certes, « le maraboutisme subit actuellement une perte d'influence relative et a pu faire l'objet de répressions périodiques » ; mais, ajoute-t-il, « il existe un décalage entre cette réalité historique et la prégnance dans les esprits des schémas traditionnels »¹⁰. En fait, il semble bien que, condamnées par l'orthodoxie musulmane, réprimées par la juridiction concernant l'exercice illégal de la médecine, les pratiques maraboutiques se marginalisent mais demeurent vivaces, en particulier dans les zones rurales ou montagnardes comme celle où est né Idir C...

La maladie commence donc le 18 mars 1982. Bien que les premiers symptômes ne soient apparus qu'une dizaine de jours plus tard, le début est rapporté au jour de la dispute, seule date précise énoncée dans le cours du récit : ces dix jours apparaissent ainsi comme la durée d'incubation de la maladie.

Dès lors que se révèlent les premiers symptômes, le malade doit les rapporter à leur cause. C'est-à-dire trouver celui qui lui veut du mal. Pour l'envoûté, le symptôme est un signe, qu'il faut interpréter. Idir C... n'éprouve aucune difficulté à reconnaître l'origine de son mal ; il n'ignore pas les pouvoirs de l'homme avec lequel il s'est disputé. Il ne fait pas appel à un oracle, il reconnaît seul son sorcier. L'absence de recours à des pratiques divinatoires semble fréquente dans les cas de maraboutage. Le sujet sait qu'il est envoûté, car sa situation lui laissait craindre qu'on l'envierait (la réussite provoque la jalouse et fournit matière

9. B. Tabone, Aspects socioculturels de la folie en Tunisie, *IBLA*, 1982, n° 150, p. 259-279.
10. B. Tabone, *ibid.*

au maraboutage) ; ou encore il le sait car un acte ou une attitude qu'il a eu (dispute, colère) a attiré sur lui la vengeance.

« Voyant — médium — résout tous les problèmes. Le centre le plus important de la médium « africaine » — Contre les ennemis(e)s — Argent — Travail — Amour entre homme et femme. Fidélité absolue entre époux — Attraction de clientèle pour vendeurs — Complexe physique et moral — Affection retrouvée — Désenvoûtement — Chance — Succès — Réussite dans tous les domaines — Examens du sexe pour avoir de la force en amour — Si ton mari ou bien ta femme est parti(e) tu viens ici, tu vas le (la) voir dans la même semaine, ou bien si vous voulez chasser quelqu'un de chez lui ou du pays. Reçoit tous les jours de 10 heures à 22 heures. » Les cartes de visite varient peu dans leur formulation exhaustive qui rend difficile la surenchère : « Venu d'Afrique il y a peu de temps. Marabout compétent ou médium résout tous les problèmes, même cas désespérés », annonce un autre.

« Le marabout dont la fonction était de renforcer la cohésion des familles et de canaliser l'agressivité de ses membres voit sa pratique se transformer... Le consensus familial qui était patiemment noué par le thérapeute traditionnel et qui permettait à la famille de comprendre le symptôme, signal d'alarme, ne se fait plus, et le thérapeute voit sa pratique se dégrader en un rituel magique qui n'est plus que le plomb vil de la suggestion ou le toc de la prestidigitation »¹¹. Ce qui est vrai à Dakar l'est encore plus à Paris. Le passage de la société traditionnelle rurale à la vie urbaine occidentalisée dénature la fonction sociale du guérisseur.

Comment cette dégradation se manifeste-t-elle ? A la base des pratiques magiques du sorcier villageois, il y a le consensus social, garant de l'efficacité des rites et de la cohésion du groupe. Les transformations rapides de la société africaine, avec la déstabilisation des structures traditionnelles lors de l'établissement de nouvelles valeurs, chassent les guérisseurs des villages et les attirent vers les villes où il y a plus à gagner. Alors que la guérison d'un malade est récompensée, au village, par un cadeau, c'est la simple consultation sans garantie de succès qui, à la ville, devient payante. La fin des grands thérapeutes traditionnels s'accompagne d'une prolifération de charlatans. Le savoir n'est plus transmis par hérédité ou par héritage, il se galvaude. N'étant plus soumise au contrôle social, la fonction curative

11. R. Leuckx, *Perspectives d'avenir de la psychiatrie en Afrique noire. A partir d'une réflexion sur l'évolution de l'assistance psychiatrique au Sénégal*, thèse de doctorat en médecine, Dakar, 13 juin 1975.

perd son efficacité. Or, comme le constatait A. Métraux pour les sorciers chez les Indiens du Grand Chaco, « le chaman en tant que médecin, conseiller et guide, était le personnage le plus influent dans sa communauté et sa disparition entraîne de près la ruine de son groupe »¹².

De cette déréliction, Idir C... a conscience, puisqu'il décide de retourner aux sources. A trois reprises, il va à Bamako pour y chercher la guérison. Pourquoi le Mali ? Sur les conseils d'un ami malien vivant avec lui dans son foyer (encore une fois, il s'agit d'un lieu presque expérimental d'acculturation). Dans la région de Bamako, il se met en quête de guérisseurs.

Le premier thérapeute est « un vieux », révéré à la fois comme un saint et un sage, vivant dans un village situé à plusieurs heures de piste de la capitale. Il ne pose pas de questions, ne fait pas de divination, n'utilise pas d'objets. Il reçoit le malade dans sa concession, « voit » le trouble dont il souffre et, après des bénédictions, donne un traitement à base de plantes. Et dans les heures qui suivent, Idir C... constate la disparition des douleurs ; celles-ci ne reprennent qu'au retour à Paris.

La pratique du second guérisseur est toute différente. Habitant la ville, il reçoit dans sa maison ; son « travail » consiste à proférer des paroles en manipulant des objets, puis à donner des produits pour se frotter le corps et faire des fumigations. Idir C... le rencontre lors de son dernier voyage ; la disparition de sa souffrance semble cette fois plus durable puisque une dizaine de jours après son retour, lors de sa dernière consultation, il espère être définitivement guéri.

Ce sont deux praticiens fondamentalement opposés : l'un « agit par son propre être engagé dans le processus thérapeutique, par ce qu'il est et par le pouvoir dont il dispose » ; l'autre « agit par le biais d'un exorcisme, d'amulettes, de rituels, d'objets détachables de soi en référence à un savoir »¹³. Le premier s'apparente aux grands prophètes guérisseurs ; le second se range parmi les féticheurs.

Illustration de la diversité des pratiques magiques à l'égard de la maladie, cette approche descriptive des thérapeutes rencontrés par Idir C... au Mali ne fait qu'esquisser ce que pourrait être une analyse plus globale de l'art de guérir en Afrique. Dans ce réseau complexe de praticiens traditionnels, le malade suit un itinéraire dont le but est autant la guérison du corps que le maintien de la cohérence sociale. Le point commun de ces

12. A. Métraux, *Religions et magies indiennes d'Amérique du Sud*, Paris, Gallimard, 1967, p. 116.

13. Ostaptzeff, Quand la psychiatrie devient magie, in *Perspectives psychiatriques*, 1981, vol. 5, n° 84, p. 363-376.

multiples pratiques, c'est qu' « il y a toujours au moins deux individus » pour les rendre possibles : « Le magicien qui fait le rite et l'intéressé qui y croit » ; « Ce couple théorique irréductible forme bel et bien une société »¹⁴. Ciment social, la croyance en la magie en assure l'efficacité. Plus encore, la santé de l'individu garantit la santé du groupe.

Que se passe-t-il lorsque les structures traditionnelles sont ébranlées et que les malades n'obtiennent plus du thérapeute les bénéfices qu'ils en attendent ? Désemparés, ne trouvant pas dans leur communauté les forces nécessaires à leur guérison, ils partent et poursuivent leur quête de soins. Quelque part sur leur chemin, ils vont rencontrer le système médical occidental. C'est ainsi qu'Idir C... est, à quatre reprises, confronté à l'univers psychiatrique où un tout autre discours lui est tenu.

L'INTERPRÉTATION DU SIGNE-DIS COURS PSYCHIATRIQUE

Deux idées sous-tendent le discours des psychiatres sur le « cas » d'Idir C... D'une part, en isolant dans son histoire certains traits, et en choisissant, dans son tableau, certains symptômes, le clinicien introduit ce que D. Widlöcher appelle « la logique de la maladie »¹⁵. Dans la profusion du récit et la multitude des troubles allégués, il établit une hiérarchie et fait un tri afin de poser son diagnostic. Plus encore : il doit négliger le contenu — la persécution par un marabout, l'expression de la souffrance — pour s'intéresser à la forme, c'est-à-dire à ce qui, dans la dépression, paraît le moins culturel et le plus universel. Parmi tous les signes que lui présente le malade, il choisit le ralentissement psychomoteur comme traduction la plus constante et la plus objectivable du syndrome dépressif. Ainsi la réduction de la richesse du discours à un phénomène observable se justifie en ce qu'elle permet de « découvrir », derrière le signe, la maladie.

Mais d'autre part, les découvertes biologiques les plus récentes concernant la psychopathologie, et particulièrement la dépression, conduisent à développer une seconde idée, qui renforce la première (la logique de la maladie). Le concept de substratum anatomique des maladies mentales longtemps défendu par les organicistes revoit le jour dans un nouvel avatar : les neurotransmetteurs et les récepteurs cérébraux, qui semblent assurer la médiation d'un certain nombre de fonctions mentales¹⁶,

14. M. Mauss, *ibid.*, p. 118.

15. D. Widlöcher, *Les logiques de la dépression*, Paris, Fayard, 1983.

16. J.-P. Changeux, *L'homme neuronal*, Paris, Fayard, 1983, p. 171 et s.

y compris pathologiques. Ces recherches, au-delà de l'intérêt scientifique qu'elles suscitent, et des retombées médicales qui sont entrevues, amènent à reconsiderer les maladies mentales sous un autre jour. Corrélés à des mécanismes biologiques, les troubles psychopathologiques rejoignent dans le grand « corps des maladies » les maladies du corps. Qui plus est, se développe, sous l'influence de ces découvertes, l'idée d'un fonds universel, « métaculturel », des maladies de l'esprit. L'universalité biologique de la maladie mentale justifie et renforce son universalité sémiologique.

I. — *Du symptôme à la maladie*

Derrière le récit que fait Idir C... de sa souffrance, le psychiatre cherche à découvrir les symptômes qui le mettront sur la voie d'un diagnostic et donc d'un traitement. Toujours, au malade qui se présente à lui, le clinicien demande qu'il lui livre la clé de sa maladie. « Pour connaître la vérité du fait pathologique, le médecin doit abstraire le malade »¹⁷.

Lorsque Idir C... dit : « Il me travaille le corps, Il me bloque le ventre, Il m'arrête la respiration », le clinicien entend : « Le malade présente des symptômes physiques d'angoisse. » Perdant une certaine « poésie » du discours, il gagne la reconstitution d'un tableau clinique qu'il peut inscrire dans son cadre nosologique. Ce qu'exprime D. Widlöcher lorsqu'il affirme : « Il est vrai qu'il n'existe que des malades, mais la tâche du clinicien est de reconnaître derrière les particularités individuelles les signes d'une maladie universelle. Le clinicien doit opérer une réduction des données d'observation »¹⁸.

Toutefois, l'originalité de la démarche clinique en psychiatrie par rapport aux autres domaines de la médecine est double.

D'une part, s'appliquant à un discours, elle sait qu'elle ne doit pas prendre au pied de la lettre les plaintes du malade : « Il m'écarte les os du crâne » n'est pas traduit par « Le patient présente des céphalées », mais plutôt par quelque chose comme « La douleur morale est vécue et verbalisée comme une souffrance du corps ». Pour le gastro-entérologue, la crampe d'estomac décrite par le malade devient épigastralgie qu'il cherchera à rattacher à un ulcère ou à une gastrite ; pour le psychiatre, elle prend valeur d'équivalent somatique de l'angoisse. Il s'agit bien d'une différence essentielle dans l'interprétation des symptômes.

17. M. Foucault, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 1963, 4^e éd., 1978, p. 6.

18. D. Widlöcher, *ibid.*

D'autre part, la clinique psychiatrique, confrontée au récit du malade, en interprète, au-delà du contenu, la forme : la façon qu'a le malade de se raconter est parfois plus importante que ce qu'il dit, dans l'analyse sémiologique. Quand Idir C... fait l'énumération de ses troubles, on s'intéresse plus à son comportement vis-à-vis de ses malheurs (de la sthénicité à la passivité) et à sa manière de parler (ici, la brièveté des réponses et la monotonie de la voix sont autant d'indices en faveur de la dépression). C'est le ralentissement psychomoteur qui guide le diagnostic et la conduite du traitement.

En somme, le discours psychiatrique va deux fois au-delà du discours du malade : au-delà du symptôme, pour s'attacher à sa signification pathologique, et au-delà du contenu, pour en décrire la forme.

Comment reconnaître la dépression par des critères indépendants de la variable culturelle, à la fois observables et quantifiables ? En effet, si « le syndrome dépressif est caractérisé par deux traits fondamentaux : la tristesse et le ralentissement psychomoteur », force est de constater « tout ce qu'a d'arbitraire et d'artificiel » la description de la tristesse qui « utilise des cadres conceptuels (le temps, moi, les autres) et des termes (ennui, culpabilité, etc.) qui dépendent de notre culture, voire des particularités de la langue utilisée »¹⁹.

Reste alors le ralentissement psychomoteur : ce n'est qu'assez récemment qu'un intérêt particulier lui a été porté, tant dans les pays anglo-saxons qu'en France : on a tenté alors de l'individualiser au sein de la sémiologie dépressive. Parti de l'observation du comportement du déprimé, marqué par un ralentissement affectant à la fois sa motricité (lenteur de la marche, immobilité des traits, etc.) et son activité mentale (difficulté de la mémoire, de la concentration, etc.), le clinicien s'est efforcé de démontrer l'autonomie du ralentissement « comme système d'action » et « comme élément organisateur » de la dépression²⁰. Mais cette reconnaissance s'accompagnait d'une nouvelle hypothèse : le ralentissement psychomoteur pouvait être mesuré.

De nombreux travaux ont effectivement proposé des méthodes d'évaluation clinique de ce trait. D'un côté, on tentait une mesure subjective et relativement globale — le médecin était juge et appréciait le phénomène dans sa totalité ; mais cet instrument restait grossier et entaché de partialité. D'un autre côté, on

19. D. Widlöcher, *ibid.*

20. D. Widlöcher, in *Le ralentissement*, D. Widlöcher édit., Paris, PUF, 1984.

ramenait les phénomènes observés à des critères objectivables : ainsi, la pauvreté des gestes ou de la mimique faciale était soumise à un examen visuel, complété par un enregistrement filmé ou même par des enregistrements électromyographiques visant à détecter la fréquence des contractions musculaires ! On est ici bien loin des interprétations psychanalytiques et ethno-psychiatriques.

Dans le cas d'Idir C..., le psychiatre a recours à l'une de ces méthodes de mesure, dite « échelle de ralentissement », afin d'objectiver l'impression d'état dépressif qui se dégage de son comportement. Cette échelle étudie quatorze traits (items). Démarche et foulée ; lenteur et rareté des mouvements du tronc, de la tête et du cou ; débit verbal ; modulation de la voix ; brièveté des réponses ; variété des thèmes abordés : les huit premiers critères ne se réfèrent pas à la perception qu'a le malade de ses troubles, mais au regard du clinicien. Expérience subjective de rumination mentale, fatigabilité, intérêt pour les activités habituelles, perception de l'écoulement du temps présent, perturbation de la mémoire et de la concentration : les six derniers critères qui font appel au vécu du malade. Pour chaque item, une note de 0 (normal) à 4 (perturbation massive) est donnée. En totalisant les scores, on obtient une note globale.

L'utilisation de cette échelle conduit évidemment à une transformation de la position du clinicien face au malade. Quand Idir C... parle du « travail » exercé sur lui par le marabout : « Il m'écarte les os du crâne », il ne s'agit plus seulement de relever une série de symptômes patiemment décrits par le malade, mais de s'interroger sur la manière dont il les dit : la mimique est-elle expressive ou figée ? le débit verbal est-il normal ou ralenti ? la voix est-elle affaiblie et monocorde ? les réponses sont-elles d'une longueur adaptée ou anormalement écourtées ? y a-t-il une richesse dans la thématique du discours ? Finalement, c'est la perturbation de ces critères — et par conséquent, le « score » de l'échelle — qui fait retenir le diagnostic de la dépression, plutôt que celui de délire de persécution par exemple, et qui conduit à mettre Idir C... sous un traitement antidépresseur.

Certes, le ralentissement ne bénéficie pas de l'exclusivité de l'intérêt porté à la dépression. Il n'est que l'un des axes de la recherche. Le ralentissement, pas plus que le mécanisme décrit par Freud dans *Deuil et mélancolie*, ne résume la dépression. Peut-être néanmoins permet-il de jeter un pont entre « la psychologie dépressive et la biologie de la dépression »²¹. L'ambition du projet est ici manifeste.

21. D. Widlöcher, Avant-propos, in *Le ralentissement*, op. cit.

Cette nouvelle voie sur laquelle s'engage la psychiatrie — car au-delà du ralentissement dépressif, c'est la totalité d'une démarche concernant également d'autres désordres mentaux que nous étudions —, cette nouvelle voie interroge l'histoire des sciences. Ce qu'implique cette démarche, c'est la reconnaissance de certains traits pouvant être objectivés et mesurés qui constitueront le syndrome de ralentissement, témoin de l'état dépressif. Et c'est la possibilité d'apprécier un trouble psychopathologique d'après une observation comportementale. La maladie psychiatrique prend corps.

On peut retrouver dans cette façon de voir la réalisation de ce que M. Foucault nomme « la configuration primaire de la maladie », c'est-à-dire la définition d'un « espace de projection sans profondeur »²² où le clinicien peut classer la maladie selon ses symptômes et selon ses causes. Approche certes réductrice puisque négligeant les dimensions existentielles ou culturelles de la maladie mentale ; mais approche qui se veut avant tout opératoire.

Ainsi la démarche qui fait du ralentissement le phénomène central de la dépression constitue une limite et invite à un dépassement. Limite, car elle circonscrit l'espace de la maladie et réduit le discours du malade. Dépassement, car elle tente de donner une traduction visible à l'interprétation biologique des troubles mentaux.

II. — *De la biologie à la psychiatrie*

Un article récemment publié dans une revue médicale et faisant le point sur l'évolution des idées en psychiatrie s'intitule : « De la psychologie du deuil à la biochimie de la dépression ». Un sous-titre pourrait en être : De l'interprétation freudienne à la théorie synaptique de la maladie dépressive (à condition de ne pas voir dans cette formulation l'idée de passage d'un degré de connaissance inférieur à un supérieur). La compréhension de la dépression n'est plus aujourd'hui possible que sous le double éclairage de la psychodynamique et de la neurobiochimie. Menées dans deux domaines totalement distincts, les recherches sont actuellement en quête d'un terrain de possible confrontation de leurs résultats.

Mais comment faire le « saut » de la perte d'objet au neuro-médiateur chimique ? L'explication biologique se situe au niveau de la jonction entre deux terminaisons nerveuses : la synapse. Dans cet espace dont l'unité de mesure est le millionième de

22. M. Foucault, *ibid.*, p. 3-4.

millimètre, se produisent la libération d'un neuromédiateur par le premier neurone (pré-synaptique) et sa fixation sur le récepteur du second neurone (post-synaptique), dans une durée de l'ordre du millième de seconde. Le neuromédiateur libéré et recapté permet la transmission de l'influx nerveux. Or, dans la dépression, au moins deux de ces systèmes sont perturbés avec des taux de neuromédiateurs abaissés.

L'approche biologique de la dépression renoue ainsi avec ce que Th. Millon appelle « la tradition de la médecine psychiatrique ». D'après lui, cette tradition découle d'un triple mouvement qui, successivement, établit une classification nosologique, sous-tend la maladie mentale par une étiologie organique, enfin développe des possibilités thérapeutiques biophysiques et biochimiques²³. Trois étapes dont il faut rendre compte.

Les tentatives classificatoires de la maladie sont aussi anciennes que l'effort de constitution de la médecine comme discipline scientifique. Si les premières classifications, celle d'Hippocrate ou, beaucoup plus tard, celles de Paracelse en Europe et de Al-Razi dans le monde arabe, tentaient un début de démembrer des maladies mentales, c'est à partir de la fin du XIX^e siècle, avec le travail monumental de Kraepelin, que s'est constituée une véritable nosographie psychiatrique. Celle-ci a ensuite été constamment remaniée jusqu'à son plus récent avatar : la « DSM III » (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 1980) de l'American Psychiatric Association, qui constitue un cadre référentiel aujourd'hui largement admis.

Mais la confirmation de la validité de ces classifications ne pouvait se faire, dans la conception organiciste de la psychiatrie, qu'avec la découverte d'un substratum biologique des désordres de l'esprit. Position exprimée par cette formule lapidaire de Wernicke : « Toute maladie mentale est une maladie du cerveau »²⁴. La découverte que la paralysie générale était une conséquence de la syphilis et se caractérisait par des lésions dégénératives du système nerveux central venait donc justifier les théories organicistes. Dans la suite, de nombreuses recherches menées au début du XX^e siècle, notamment, devaient mettre l'accent sur le lien entre lésions neurologiques et troubles mentaux, mais les grands cadres de la psychiatrie (psychose maniaco-dépressive, névroses, schizophrénie) demeuraient intacts de toute interprétation anatomopathologique.

23. Th. Millon, *Modern psychopathology. A biosocial approach to maladaptive-learning and functioning*, Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1969, p. 10-11.

24. R. Jaccard, *La folie*, Paris, PUF, « Que sais-je ? », 1979, p. 55-56.

Dernière étape consacrant l'intégration de la psychiatrie dans l'ordre médical : puisque la maladie mentale trouve sa place dans la nosographie et son explication dans la biologie, elle doit pouvoir bénéficier d'un traitement comme n'importe quelle affection médicale. Les grandes dates qui marquent la progression de cette démarche sont bien connues : d'abord l'inoculation du paludisme aux paralytiques généraux (Wagner Jauregg, 1917), puis les comas insuliniques (Sakel, 1930), l'électroconvulsivothérapie (Cerletti, 1937) et la lobotomie (Egas Moniz, 1935). Ces méthodes agressives et contestées ont, à partir des années cinquante, laissé progressivement la place aux traitements chimiques.

Telles sont les étapes qui ont établi le discours organiciste de la maladie mentale — nosographie, substratum anatomique, efficacité thérapeutique. On les retrouve condensées dans l'observation d'Idir C... : le tableau clinique permet de rattacher sa souffrance au cadre nosologique de la dépression ; l'hypothèse d'un substratum neurophysiologique sous-tend la démarche ; enfin, la confirmation se manifeste dans les effets favorables du traitement anti-dépresseur.

S'il faut voir une continuité dans la pensée qui fonde la recherche biologique dans le domaine psychiatrique, il faut aussi comprendre en quoi la démarche actuelle constitue une rupture fondamentale avec les anciennes représentations organicistes. « Si les taux bas de 5 HIAA sont liés à l'exécution de l'acte suicidaire, la tendance suicidaire serait corrélée à l'existence d'un taux bas de MHPG. La MAO serait basse seulement chez les sujets commettant un suicide violent »²⁵. La psychiatrie biologique établit ainsi la corrélation entre des taux de substances dans le corps et des phénomènes aussi précisément définis que la tendance, l'acte et la violence du geste suicidaire. Assiste-t-on aujourd'hui à la déconstruction du fonctionnement mental en un certain nombre d'activités simples, sous-tendues par des systèmes univoques de neurones ? Y a-t-il un terrain possible de confrontation entre les résultats de ces études et les constatations faites par E. Durkheim il y a près d'un siècle à propos des incidences sociologiques sur le suicide ?

La signification de l'approche biologique actuelle pourrait se définir ainsi : les troubles psychopathologiques semblent étroitement corrélés à des modifications dans les équilibres des structures les plus fines du système nerveux — dérèglements

25. D. Widlöcher, Y. Lecrubier, Suicide et sérotonine, *Revue du Praticien*, 28, 576, 1983.

des systèmes de neurotransmetteurs biochimiques localisés au niveau des récepteurs cérébraux.

Ce que M. Foucault appelle « la spatialisation secondaire du pathologique »²⁶, c'est-à-dire la superposition de l'espace qui classe la maladie dans la nosographie et de l'espace qui localise le mal dans l'individu, était jusqu'alors réservé à la médecine : l'anatomie pathologique avait permis de rattacher des symptômes ressentis et des lésions visibles. Et si la psychiatrie s'était engagée sur cette voie avec la reconnaissance de l'origine syphilitique de la paralysie générale, cette expérience restait limitée à quelques désordres neurologiques à expression psychiatrique ; et surtout, elle demeurait dans le domaine du macroscopique, donc du visible.

Avec le modèle neurophysiologique de la dépression — et déjà d'autres hypothèses se référant à la même démarche biologiste se constituent concernant la schizophrénie ou l'anorexie mentale — la psychiatrie retourne au sein de la médecine : le trouble psychopathologique devient une véritable maladie. Reposant sur un substratum anatomique, la dépression apparaît comme un syndrome qu'on peut circonscrire cliniquement et un désordre qu'on peut guérir avec des médicaments.

Pourtant cette spatialisation de la dépression dans les récepteurs du cerveau n'atteint qu'incomplètement l'image d'une maladie mentale pure de toute lésion organique et de toute relation avec le corps. Saisissable uniquement par la microscopie électronique, le lieu du trouble mental est invisible. Dosable seulement à l'échelle du milliardième de gramme, le désordre neurobiochimique échappe au domaine du sensible. Ainsi est préservée la place originale de la psychiatrie au sein de la médecine.

La critique des théories organicistes est double. D'une part, elles se présenteraient comme totalisantes, exclusives de toute autre explication. D'autre part, elles seraient idéologiques, justifiant une certaine répression physique ou chimique du fou, et écartant toute sociogénèse de la maladie mentale. En fait, le modèle neurophysiologique ne se substitue pas aux interprétations « psychologiques » de la dépression. « Si la dualité entre explication biologique et psychologique demeure difficile à concevoir, c'est que patients et médecins les situent trop souvent sur le même plan : le problème de la cause et celui du mécanisme. Dire 'cet homme est déprimé parce qu'il existe une anomalie chimique qui modifie le fonctionnement de certaines structures cérébrales' et dire 'il est déprimé parce qu'il a perdu son emploi'

26. M. Foucault, *ibid.*, p. 8.

ne constituent pas nécessairement des explications concurrentes. Elles obéissent en réalité à deux logiques différentes. Le premier énoncé constitue une explication du mécanisme... Le second est une proposition causale »²⁷.

De même, le modèle neurophysiologique n'annule pas les explications ethnopsychiatriques. Au contraire, les recherches menées en psychiatrie biologique peuvent contribuer à mieux circonscrire la dépression dans la diversité de ses modes d'expression. Ce que H. Collomb invitait à faire, lorsqu'il notait que la dépression, considérée aujourd'hui comme la plus fréquente des affections psychiatriques en Afrique noire, restait souvent méconnue, faute de pouvoir « définir un syndrome universel de base pour éviter les pièges des masques dépressifs dans d'autres cultures »²⁸.

Finalement, le discours psychiatrique conduit à une double spatialisation de la maladie mentale : d'une part, en découplant la folie en catégories nosographiques dans lesquelles on peut placer les sujets, en fonction de leurs symptômes ; d'autre part, en reconnaissant au trouble psychopathologique un fondement organique et une base biologique. Double spatialisation qui postule implicitement l'universalité des maladies mentales.

Mais en établissant des corrélations entre le comportement du fou et la biologie de la psychiatrie, le médecin ne fournit pas de relation causale ; les stigmates biologiques, comme les symptômes cliniques, ne sont que des expressions qui ne préjugent pas de la cause.

Le courant de la psychiatrie biologique représente la voie la plus en expansion dans le domaine psychiatrique actuellement (les trois quarts des communications au Congrès mondial de Psychiatrie, à Vienne, en 1983, traitaient de psychiatrie biologique). Largement représenté, notamment dans les pays anglo-saxons, et historiquement significatif, comme retour aux sources organicistes, il n'exclut pas d'autres interprétations. Et notamment celle de l'ethnopsychiatrie.

LA SIGNIFICATION DE LA FOLIE : DISCOURS ETHNOPSYCHIATRIQUE

La maladie d'Idir C... pose la question du passage du biologique au culturel dans le domaine de la folie : existe-t-il un substratum universel de la dépression, dont seules les modalités

27. D. Widlöcher, *Les logiques de la dépression*, op. cit.

28. H. Collomb, Les aspects culturels des dépressions, *Revue du Praticien*, 28, 3025-3031, 1978.

d'expression dépendraient du contexte culturel ? Mais sa guérison soulève une autre interrogation, sur le rapport du normal et du pathologique, en psychiatrie : où s'arrête la simple croyance et où commence la conviction délirante dans un système d'interprétation qui met en scène le monde surnaturel ?

Cette double dimension intervenant dans l'alternance folie/guérison, G. Devereux l'avait déjà soulignée lorsqu'il faisait de la culture « le concept clef de l'anthropologie », et du normal et de l'anormal « le couple conceptuel de base de la psychiatrie ». Par rapport à ces deux disciplines, « en tant que science autonome, l'ethnopsychiatrie s'efforcera de confronter et de coordonner le concept de 'culture' avec le couple conceptuel de 'normalité-anormalité' »²⁹. Comment circonscrire le pathologique et quelle thérapeutique proposer au malade, tels sont les enjeux pratiques de l'ethnopsychiatrie.

Circonscrire le pathologique. Dans l'histoire d'Idir C..., cette première difficulté se présente en permanence. Faut-il parler de délire de persécution parce qu'il invoque la responsabilité d'un marabout dans sa maladie et d'hallucinations cénesthésiques parce qu'il ressent à l'intérieur de son corps un « travail », sous la forme de douleurs et de sensations pénibles ? D'une manière plus générale, comment reconnaître ce qui est maladie de ce qui est comportement culturellement déterminé, fixé par la tradition ? La possédée est-elle une hystérique, et le chaman un psychotique ? La question est de savoir jusqu'où peut s'aventurer la psychiatrie transculturelle dans l'interprétation des désordres mentaux dans les sociétés traditionnelles.

Proposer une thérapeutique. Pour Idir C..., l'efficacité de la chimiothérapie a été incontestable, mais incomplète et transitoire ; il manquait l'efficacité symbolique, ultérieurement trouvée dans les rituels purificateurs et les plantes médicinales, à Bamako. Les antidépresseurs avaient transformé jusqu'à un certain point son ralentissement et sa tristesse, mais laissaient persister une angoisse revêtant la même forme (« travail » du corps) et une inquiétude pour l'avenir (la menace d'un « malheur » pouvant l'atteindre à tout instant de sa vie). L'intervention du guérisseur-féticheur complétait celle du psychiatre occidental ; son interprétation au niveau symbolique répondait à l'attente de l'envoûté qui savait bien que, si les médicaments pouvaient calmer ses symptômes, ils ne suffiraient pas à vaincre la puissance du maléfice. Idir C... considérait le traitement des psychiatres comme symptomatique, celui des guérisseurs comme étiologique.

29. G. Devereux, *Normal et anormal* (1956), in *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 1970, 3^e éd., 1977, 1-83, p. 1-2.

I. — *Le normal et le pathologique*

Interpréter la psychopathologie de sociétés traditionnelles confronte à la difficulté d'établir une norme. Peut-on qualifier de pathologique l'adhésion du sujet à la croyance qu'il est envoûté ou possédé ? A-t-on le droit de donner un cadre normatif à la santé mentale, sans tenir compte de la relativité des pratiques culturelles ?

C'est à ces questions que tente de répondre R. Benedict quand elle remarque que le comportement homosexuel est considéré comme anormal dans la culture occidentale, alors qu'il est institutionnalisé chez les Indiens des Plaines sous le nom de berdache : vêtus comme des femmes, ils ont des activités féminines et parfois même vivent avec un autre homme, mais ils ne sont victimes ni de la persécution ni du mépris de la part des autres Indiens ; on ne peut donc parler de perversion et cette pratique n'engendre pas la culpabilité qu'entraînerait une répression sociale. De même, la transe apparaît en Europe comme un phénomène pathologique dont le tableau le plus complet était réalisé par les grandes crises hystériques « à la Charcot » ; or, dans la plupart des sociétés traditionnelles, elle est non seulement reconnue, mais on confère à la possession une valeur religieuse, et au possédé un pouvoir surnaturel. Le critère de normalité, c'est donc la concordance avec l'idéal du groupe ; le normal sera redéfini pour chaque culture, et le pathologique sera ce qui n'est pas conforme au modèle social.

L'approche culturaliste, si elle met bien en évidence la relativité de la norme, semble néanmoins insuffisante, en ce qu'elle réduit le concept de normalité à celui d'adaptation sociale. Elle confond trouble psychopathologique et désordre socioculturel : le vécu douloureux de l'état dépressif d'Idir C... ne serait pas « maladie », puisqu'il serait reconnu par le groupe comme conduite normale. En fait, le concept culturaliste de relativité nous paraîtrait plus opératoire, s'il était formulé de la façon suivante : la dépression d'Idir C..., qu'on la considère sous l'angle de la biologie ou de la psychodynamique, est un phénomène pathologique — la réponse à la perte d'objet est inadaptée et excessive. Mais la forme qu'elle prend — ensorcellement par un marabout — est conforme au modèle du groupe. Ainsi, la dépression est universellement pathologique et se réfère au vécu individuel d'une situation de conflit ou de perte ; à l'inverse, l'envoûtement est culturellement normal et se réfère au vécu collectif de la résolution sociale du conflit ou de la perte.

Malgré les apparences, le détour par le berdache et le chaman nous ramène au cas d'Idir C..., car il faut bien justifier le choix

qui nous fait affirmer qu'Idir C... est malade, au lieu de ne voir dans ses symptômes qu'une manifestation culturelle. Autrement dit : où s'arrête le désordre ethnique et où commence le délire privé ?

Et d'abord y a-t-il véritablement délire ? D'après Th. Lempérière et A. Féline, « le délire, par l'adhésion totale du système de croyances qu'il entraîne, témoigne du bouleversement fondamental des rapports qui unissent le délivrant à ses semblables et à la réalité extérieure. L'idée délirante est individuelle, en ce sens qu'elle n'est pas partagée par les sujets de même niveau socioculturel, de même race, de même âge, de même époque, de même croyance »³⁰.

Pour ses amis, Idir C... n'est pas fou ; il est bien la victime d'un envoûtement. S'ils le conduisent à l'hôpital, ce n'est pas que sa conduite soit « culturellement dystone »³¹, c'est que sa souffrance les inquiète et que la médecine moderne constitue pour eux un palliatif. C'est pourquoi, malgré la perte de contact avec le réel qu'implique sa croyance qu'il est « travaillé » dans son corps et par un marabout, la reconnaissance par le groupe empêche de parler de conviction délirante.

Un bon élément de confirmation rétrospective est le fait que, guéri de sa « maladie psychiatrique », c'est-à-dire de la dépression diagnostiquée et traitée par les psychiatres », Idir C... continue de se croire sous la menace d'un malheur que seul un déenvoûtement réalisé en Afrique peut définitivement écarter. Il s'agit donc bien d'une croyance collective qui donne à sa souffrance individuelle la forme culturelle de l'envoûtement.

Un autre fait sémiologique mérite d'être discuté : l'épisode du bras qui s'élève et demeure à l'horizontale, sans qu'Idir C... puisse le contrôler, évoque bien sûr une conversion hystérique. Mais qu'ajoutons-nous à la connaissance du trouble psychopathologique dont souffre Idir C... en mettant un nom sur son symptôme ? Si la conversion hystérique a été individualisée par Charcot puis par Freud, c'est qu'elle correspond à une explication psychodynamique de la névrose qui le sous-tend. Or, la nosographie classique, qui fait de l'hystérie un pilier de la psychiatrie, est ici incomplète : d'une part, la présentation hystérique est d'une grande banalité en Afrique, d'autre part, elle ne repose sur aucun modèle psychopathologique.

Ni délire, ni hystérie, le trouble dont souffre Idir C... est-il pathologique ? A quoi reconnaît-on le malade mental dans une

30. Th. Lempérière, A. Féline, *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Masson, 1981, p. 37.

31. G. Devereux, *ibid.*, p. 5.

culture différente ? Au moment où, en Afrique, coexistent les systèmes modernes et traditionnels, et où, en Occident, l'immigration Sud-Nord apporte sa pathologie originale aux psychiatres mal préparés à cette rencontre, la question vaut qu'on s'y arrête.

Une première réponse est proposée par I. Sow : « Le patient africain hospitalisé en secteur moderne est bien un malade au sens de la psychiatrie occidentale et cela, pour une triple raison. Une demande de prise en charge a été formulée par lui-même, par son entourage familial, ou par une autorité administrative... Son cas clinique semble répondre à une catégorie nosographique internationale ; sinon il ne serait pas un malade pour le centre psychiatrique... Enfin, il est hospitalisé, donc il est considéré comme un malade »³². On voit ce que cette définition a de tautologique ; il faut chercher ailleurs.

L'argument le plus fréquemment invoqué comme preuve de la mauvaise santé mentale est la reconnaissance par le groupe de son anormalité. G. Devereux cite le cas d'un chaman sedang, victime, une nuit, d'une bouffée délirante qui n'avait pas été considérée comme normale par le village, pourtant habitué à ses crises de possession rituelles, tous s'accordant « pour affirmer qu'il avait été temporairement fou »³³. Mais en acceptant cet argument, on ne fait que reculer le problème sans le résoudre : car comment le groupe reconnaîtra-t-il le caractère pathologique d'un état anormal ?

La même remarque vaut pour la reconnaissance par le fou de sa propre folie. L'alternative est simple. Ou bien, il se considère comme malade mental — en faisant appel à un psychiatre, par exemple —, mais est-ce suffisant pour le dire fou ? Ou bien il nie sa folie ; dans ce cas, on n'a plus d'argument pour en faire un malade mental. Ainsi, ni la société ni le sujet ne peuvent décider du normal et du pathologique.

L'insuffisance de ces preuves diagnostiques conduit à proposer des modèles plus généraux tenant compte de la personnalité. Des tests projectifs de Rorschach ont ainsi été utilisés. Ce type d'investigation peut permettre de déterminer une personnalité « moyenne », dont les états pathologiques se détacheraient. En fait, il faut être très prudent dans l'interprétation des tests de Rorschach dans d'autres cultures ; en particulier, pour Idir C..., le test est proposé comme élément du dossier, sans qu'aucune conclusion en soit tirée.

Finalement, est-il possible de proposer des critères universels

32. I. Sow, *Les structures anthropologiques de la folie en Afrique noire*, Paris, Payot, 1978, p. 15.

33. G. Devereux, *ibid.*, p. 23.

de normalité qui ne soient pas soumis aux particularismes de chaque culture ? Pour G. Róheim, c'est le but de la démarche psychanalytique : « Connaitre la nature humaine dans sa généralité, en dehors de ses variations locales »³⁴. G. Devereux ne dit pas autre chose quand il parle de « la Culture en soi »³⁵. Tel est bien le sens d'une psychiatrie métaculturelle : « Comprendre et soigner les troubles mentaux, non en fonction des contenus de telle ou telle culture mais en fonction des catégories universelles de la culture »³⁶.

Comprendre et soigner. Au-delà de l'interprétation, le médecin propose une prise en charge. Pour Idir C..., l'aide psychothérapique devait, tout en tenant compte de l'originalité culturelle, diminuer sa douleur physique et morale. Autrement dit : respecter la croyance et traiter la maladie.

Dans la recherche d'une définition de la normalité, la convergence des ethnologues et des psychiatres semble se manifester dans deux définitions récentes : pour G. Devereux, « la pierre de touche de la santé mentale n'est pas l'adaptation en soi, mais la capacité du sujet de procéder à des réadaptations successives, sans perdre le sentiment de sa propre continuité dans le temps »³⁷ ; pour Th. Millon, « *total capacity to cope with the stress he faces* » — la capacité totale à traiter les stress auxquels il est confronté³⁸. Deux définitions qui laissent une large part à l'interprétation : la définition du normal doit échapper à toute contrainte normative.

II. — *Expressions et persécutions*

Universelle, la folie revêt pour chaque culture une expression différente. « Tout se passe comme si la société disait à l'individu : 'Garde-toi de devenir fou, mais si tu le deviens, conduis-toi de telle ou de telle manière' »³⁹.

La folie, en Afrique noire, se manifeste, indépendamment des mécanismes psychodynamiques qui ont pu l'engendrer, sous trois formes assez stéréotypées : la possession par les esprits, l'attaque par les sorciers et le maraboutage. Ce modèle, décrit au Sénégal, semble assez général en Afrique de l'Ouest.

34. G. Róheim, *Psychanalyse et anthropologie*, Paris, Gallimard, 1967, p. 456.

35. G. Devereux, *ibid.*, p. 81.

36. F. Laplantine, *Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique noire*, Paris, J.-P. Delarge, Ed. Universitaires, 1976, p. 24.

37. D. Devereux, *ibid.*, p. 75.

38. Th. Millon, *ibid.*, p. 221.

39. G. Devereux, *ibid.*, p. 39.

La possession par les *rab* réalise dans sa forme la plus typique les crises sacrées accompagnées de transes, telles qu'elles sont rapportées aussi bien en Afrique par E. De Rosny au Cameroun ou A. Zempleni au Sénégal, qu'en Amérique par R. Bastide au Brésil et A. Métraux à Haïti. Quel que soit le nom donné aux esprits, ce sont toujours les mêmes thèmes de chevauchement par les génies et les mêmes manifestations paroxystiques. Dans les formes chroniques, d'après A. Zempleni, le *rab* se voit imputer au Sénégal certaines maladies, dont des troubles mentaux tels que « fuguer en brousse, se dévêtrir, avoir des visions, des hallucinations, être agité ou violent » ou encore un « syndrome : amaigrissement important à la suite d'une anorexie prolongée, refus de parler, isolement, apathie, insomnie, enfin presque toujours des difficultés de locomotion allant jusqu'à une paralysie croisée des membres supérieurs et inférieurs »⁴⁰.

La sorcellerie constitue un mode fréquent et particulièrement grave d'accès à la folie. L'emprise n'est plus celle d'un esprit, mais celle d'un sorcier ; elle est vécue non comme un chevauchement, mais comme une destruction et une dévoration. Dans les cas rapportés par M.-C. et E. Ortigues, « l'angoisse est massive, indifférenciée, sidérante, c'est la vie même qui est ressentie être en jeu immédiatement »⁴¹. Les thèmes sont ceux de l'anthropophagie.

Quant au maraboutage, il occupe une place importante dans le système de représentations de la maladie mentale. Figure à la fois de la religion et de la magie, le marabout n'est pas un sorcier ; son travail ne libère pas la même angoisse d'anéantissement que la sorcellerie. Dans l'interprétation psychanalytique qu'en donnent M.-C. et E. Ortigues, « il s'agit d'une relation à trois. Le marabouté est menacé ou atteint dans sa sexualité, soit directement : impuissance, stérilité..., soit symboliquement dans sa santé mentale, dans ses capacités intellectuelles, dans sa réussite sociale... Du point de vue du vécu, l'angoisse est différenciée. Dans les cas où elle reste diffuse, flottante, on ne trouve pas le sentiment de mort imminente, de danger vital immédiat, mais le sentiment de perdre sa force, son courage, ses possibilités créatrices »⁴². On voit combien l'histoire d'Idir C... se rapproche de ce modèle.

Les psychiatres occidentaux travaillant en Afrique sont frappés par la prééminence des mécanismes interprétatifs dans la maladie mentale : « La persécution colore toute la psychiatrie

40. A. Zempleni, cité par M.-C. et E. Ortigues, *ibid.*, p. 159.

41. M.-C. et E. Ortigues, *ibid.*, p. 238.

42. M.-C. et E. Ortigues, *ibid.*, p. 254-255.

africaine »⁴³. Mais cette persécution n'est pas le fait du seul malade ; elle est reconnue et investie par le groupe tout entier. « Reprise par la famille et l'entourage, mise en forme, utilisée par le thérapeute traditionnel, elle constitue une défense socialisée, intracommunautaire »⁴⁴. Projettant sur l'autre la responsabilité du mal, le sujet rejette ce qui menace sa propre intégrité. En même temps, il désigne le fauteur de trouble, épargnant l'unité du groupe. Ainsi, l'extériorité de la cause garantit à la fois la cohérence individuelle et la cohésion sociale.

De plus, on constate une absence des thèmes de culpabilité. « La culpabilité n'apparaît pas comme telle, c'est-à-dire comme une scission du moi, ce qui est assez bien illustré par l'absence de mélancolie et de délire d'auto-accusation au Sénégal. Elle apparaît comme une angoisse d'abandon de l'individu par le groupe ou celle d'une scission de l'objet : le bon objet protecteur et le mauvais objet persécuteur. Le groupe des camarades est à la fois le plus aimé et le plus persécuteur »⁴⁵. Au contraire, c'est l'idée de péché qui, dans la culture occidentale, sous-tend la genèse des conflits psychiques de l'individu. Caractéristique des religions judéo-chrétiennes, la culpabilité adamique alimente, depuis le péché originel, la production de thèmes de la mélancolie : la conscience de la misère de l'homme provoque le sentiment d'indignité ; l'idée de sa faute éternelle engendre l'auto-accusation.

Rien d'étonnant, dès lors, à ce que la psychopathologie africaine soit si différente de celle observée en Europe et paraîsse en pleine mutation. L'ethnocentrisme des premières observations psychiatriques en Afrique est à cet égard révélateur : calquées sur les modèles occidentaux de nosographie, elles font état de la rareté de la dépression. Il faut attendre les années soixante avec R. Prince au Nigeria et H. Collomb au Sénégal pour que soit reconnue la fréquence du syndrome dépressif dans sa profonde diversité.

Deux traits caractérisent la dépression de l'Africain : la somatisation et la persécution. Dans le cas d'Idir C..., l'expression corporelle est au premier plan : les troubles gastro-intestinaux, les impressions céphaliques, les difficultés respiratoires sont les plus banales ; les symptômes génitaux (impuissance, peur d'être castré) évoquent le « travail » d'un marabout ; au contraire, les symptômes cardiaques (palpitations, oppression thoracique, coups de couteau) indiqueraient plutôt une attaque par les

43. H. Collomb, Assistance psychiatrique en Afrique, expérience sénégalaise, in *Psychopathologie africaine*, 1965, 1, 11-84.

44. I. Sow, *ibid.*, p. 34.

45. *Ibid.*

sorciers-anthropophages. Quant à la persécution (par le *rab*, le sorcier ou le marabout), elle forme avec la dépression un couple indivisible.

Corollaire de la rareté des sentiments de culpabilité et d'indignité, les conduites auto-agressives sont exceptionnelles. Très peu de suicides en Afrique : moins de 1 pour 100 000 habitants, soit environ vingt fois moins qu'en Europe⁴⁶. H. Collomb signale qu'en vingt ans il n'a « pas observé un seul cas de suicide à l'intérieur des services de psychiatrie »⁴⁷. En fait, le suicide commence à apparaître dans les groupes à transformation sociale rapide.

D'une manière plus générale d'ailleurs, c'est la dépression et même toute la psychopathologie africaine qui sont remises en cause par la destruction de la société traditionnelle et l'émergence d'une culture occidentalisée. F. Laplantine en donne une illustration avec la pathologie appelée « maladie des élèves » qui survient dans un contexte de réussite scolaire : « L'individu qui, pour ainsi dire, s'émancipe de son groupe et accède à une certaine promotion sociale investit une quantité considérable d'énergie souvent bien au-dessus de ses moyens qui risque à tout moment de se retourner contre lui. C'est la fascination mais aussi l'angoisse énorme de parvenir à l'individualisme et de se voir ainsi coupé et peut-être même rejeté de son milieu qui provoquent le déferlement des fantasmes persécutifs »⁴⁸.

L'expression même de la folie se défait. Alors que la société traditionnelle refoule l'inceste et place l'enfant au sein du groupe, le faisant ainsi « passer de la relation duelle métonymique à la relation collective », selon l'expression d'H. Collomb, la modernité le confronte à une nouvelle entité : le couple parental. Ainsi « l'évolution sociale va renforcer la relation incestueuse à la mère et confondre le père avec la loi du groupe. Les structurations psychotiques et névrotiques s'organisent et la dépression devient semblable à celle observée dans les cultures occidentales »⁴⁹.

Dans la situation transitionnelle actuelle, telle qu'on la trouve dans les villes d'Afrique et dans les groupes de migrants en France, la maladie prend une forme mixte, déjà transformée par l'influence occidentale, mais épargnant un capital de tradition. Déjà « l'agresseur n'est plus le *rab* ou le sorcier ; l'autre est directement incriminé »⁵⁰, mais le mécanisme projectif protège

46. H. Collomb, *Assistance psychiatrique en Afrique*, *op. cit.*

47. H. Collomb, *Les aspects culturels de la dépression*, *op. cit.*

48. F. Laplantine, *ibid.*, p. 74.

49. H. Collomb, *ibid.*

50. H. Collomb, *ibid.*

encore l'intégrité du sujet, puisque la responsabilité n'est pas intériorisée.

On peut avancer que le maraboutage, en mettant en cause, non plus un esprit ou un sorcier, mais un individu doué de pouvoirs surnaturels, réalise une relation pathologique des sociétés de transition. Maladie des villes et maladie des migrants, le maraboutage serait l'ultime structure de protection du sujet et du groupe, avant l'irruption des thèmes de culpabilité et l'intériorisation de la faute.

La dépression n'est pas seule en cause. Comparant les données du service de Fann à Dakar à celles des services français rapportées par H. Ey, H. Collomb met en évidence deux phénomènes particulièrement intéressants : la fréquence des bouffées délirantes en Afrique (30 % contre 5 % en France) qui s'oppose à la rareté des délires chroniques (5 % contre 15 %), d'une part, et la place réduite occupée par les névroses (5 % contre 15 %), d'autre part⁵¹. Ces résultats — même si les chiffres dans ce domaine sont toujours à considérer avec prudence — concordent avec toutes les observations ethnopsychiatriques : les réseaux de la parenté et les relations sociales semblent plus favorables à l'élosion des formes aiguës de psychose et ne constituent pas un terrain propice aux structures névrotiques.

Dans la bouffée délirante, le sujet africain cherche « une issue à une situation difficile mettant en question l'être pour autrui »⁵². Comme le note H. Collomb : « Le délire reçoit l'explication et la considération de la part des autres ; il est toujours dialogue et n'isole pas l'individu en l'aliénant »⁵³. La tolérance de la famille et la reconnaissance par le groupe permettent d'éviter l'exclusion et garantissent la réinsertion sociale. Non aliénant, le délire ne se chronicise pas ; une fois le conflit résolu — et la fonction de l'explosion délirante est d'en précipiter la solution —, le délire disparaît le plus souvent. « On comprend que le cadre nosographique classique attribué aux bouffées délirantes en Afrique puisse être discuté. A la limite, se pourrait-il que ce que nous appelons « bouffée délirante » ici connote aussi la bonne santé mentale, la capacité de résoudre économiquement et efficacement certaines organisations anxiogènes »⁵⁴. La société africaine, plus tolérante à l'égard du fou, donne moins souvent au délirant la possibilité de se structurer sur un mode psychotique chronique.

51. H. Collomb, *Assistance psychiatrique en Afrique*, *op. cit.*

52. I. Sow, *ibid.*, p. 32.

53. H. Collomb, cité in I. Sow, *ibid.*, p. 33.

54. M.-C. et E. Ortigues, *ibid.*, p. 300.

Tout comme le type même des relations familiales et sociales ne permet pas à la personnalité de s'organiser autour d'une structure névrotique. D'où la rareté des névroses obsessionnelles, phobiques et hystériques au sens où ces termes sont pris en Occident. Certes, le malaise peut se concrétiser autour d'une situation phobogène ou conduire à des pensées obsédantes, mais à la différence du névrosé occidental, le comportement du malade est culturellement conforme aux croyances du groupe : s'il évite un lieu (« phobie ») c'est qu'il y pèse un interdit social ; s'il exécute des rites (« obsession ») c'est que la loi religieuse l'y oblige ; parler de phobie ou d'obsession serait sans fondement. Quant aux conduites qualifiées d'hystérie collective, on sait qu'elles correspondent à des expressions culturelles et non à des personnalités pathologiques.

Définir les relations entre la société et la maladie mentale revient ainsi à multiplier les recoulements entre deux domaines étroitement liés : la culture et la folie. Dans un effort de synthèse, G. Devereux propose la formulation suivante : « L'étiologie de tout désordre non idiosyncrasique est, pour l'essentiel, déterminée par le type de structure sociale où ce désordre survient, alors que son tableau clinique est structuré surtout par le modèle culturel ethnique »⁵⁵.

Ainsi, la société déterminerait, en structurant la personnalité, le cadre pathologique, alors que la culture fournirait le mode d'expression. Pour compléter ce modèle séduisant, il faudrait encore faire intervenir les interactions strictement familiales de la psychanalyse et les déterminismes neurophysiologiques de la psychiatrie biologique.

ANTHROPOLOGIE ET PSYCHIATRIE

Tout comme l'anecdote de « Rashomon » racontée par Kurosawa dans les quatre versions successives et contradictoires du bandit, du samouraï, de sa femme et du bûcheron, l'histoire d'Idir C... donne naissance à des récits tellement différents qu'on a peine à y reconnaître la même trame. La confrontation des trois lectures proposées illustre la difficulté à rendre compte de la maladie mentale d'un point de vue unique. Quelle que soit, par ailleurs, la spécificité du cas d'Idir C..., le propos n'est pas de dire qu'une analyse anthropologique doive être réservée à la psychopathologie africaine : c'est tout le champ de la maladie,

55. G. Devereux, *ibid.*, p. 73.

qu'elle survienne chez un Français ou chez un migrant, qui doit bénéficier d'une telle approche.

La lecture ethnologique décrit la genèse d'un désordre mental et l'itinéraire d'un malade en quête d'une thérapeutique. Elle analyse les conditions d'apparition de l'envoûtement et les choix du malade cherchant parmi tous les recours disponibles le chemin de la guérison.

La lecture psychiatrique rapporte l'histoire d'une dépression et illustre l'effort des médecins pour dégager, derrière le discours stéréotypé du sujet, un ensemble cohérent de symptômes susceptibles de révéler une maladie. D'une part, elle affirme l'existence d'une sémiologie commune de la dépression quel que soit le terrain ethnique sur lequel elle survient (un « plus grand commun dénominateur »). D'autre part, elle établit que les troubles du comportement et les manifestations psychologiques sont soutenus par des processus neurophysiologiques (fondements biologiques d'une psychiatrie universelle).

La lecture ethnopsychiatrique pose une interrogation sur les limites du normal dans un système de valeur autre et sur les modalités d'expression de la maladie mentale dans une autre culture. Elle dépasse le relativisme culturel qui affirme qu'on ne peut jamais définir le pathologique dans une culture extérieure à la sienne. En même temps, elle cherche les modèles qui, dans chaque culture, déterminent la construction de la maladie et le choix de ses symptômes.

C'est finalement de la multiplicité des lectures possibles de cette histoire d'envoûtement que naît la possibilité d'une lecture anthropologique.

Université René-Descartes, INSERM.