

L'AFRIQUE A DES SECRETS

II. – La relation interculturelle et l'ethnographie

François LEBIGOT *et* André MONGEAU

1. Introduction

Nous avons vu, à propos de deux observations de malades sénoufo, l'importance que pouvait revêtir, pour le psychiatre expatrié, la possession ou, plus sûrement, la découverte de données ethnographiques concernant ceux qu'il est amené à soigner. Nous avons présenté la relation thérapeutique à la fois selon les principes classiques de la psychiatrie occidentale (évolution d'un transfert et d'une parole) et dans les singularités nées d'une inévitable ignorance inter-culturelle.

On pourrait nous reprocher d'avoir délibérément laissé de côté la science qui fait son objet de ce type de rapports : l'ethnopsychiatrie. Nous allons brièvement nous expliquer sur ce point, avant de poursuivre notre réflexion propre.

Nous reconnaissons notre dette à l'égard de cette discipline et son importance historique dans les sciences humaines en général et la psychiatrie en particulier. La lecture des auteurs les plus recommandés nous a, au moins, sensibilisés à l'existence de problèmes très particuliers, propres à des cultures étrangères à notre cogito. Pourtant, nous n'avons pas retiré de ces lectures savantes toutes les lumières espérées et, confronté à la pratique, le savoir que nous avons cru y avoir puisé s'est révélé d'une médiocre utilité. Avec le recul que donne un peu d'expérience, nous nous sentons autorisés à faire la critique de l'ethnopsychiatrie en la déchirant en trois grandes tendances, inégalement décevantes.

/p. 32/ 1) Il y a d'abord, en France surtout, ceux qui ont été saisis par les démons de l'écriture et de la théorisation. Devereux et ses émules, par exemple, nous semblent à la fois trop subtils et sans portée pratique, avec leurs découpages idéaux concernant soit le malade, en ses inconscients ethnique et idiosyncrasique, soit le médecin, doté soudain d'outils « complémentaires » ethnologique et psychanalytique. Nous n'avons pas, quant à nous, un tel désir de comprendre à tout prix (comprendre pour expliquer quoi et à qui ?) que nous puissions croire à l'efficacité d'un tel artifice : sauter de registre ne prévient ni les échecs ni les insuffisances, cela n'aboutit qu'à une perspective différente. Nous n'avons, en outre, jamais eu affaire qu'à des patients pour lesquels l'inconscient était une terre suffisamment inconnue pour qu'il ne soit pas nécessaire d'en imaginer deux.

De même, proposer « La Culture », avec majuscule, comme clé universelle de la compréhension de l'autre, n'est pas d'un grand secours. Quoi qu'ils en disent, ces auteurs se situent plus volontiers en experts du normal et du pathologique qu'en soignants soucieux de faire aboutir une entreprise thérapeutique. Et nous comptons pour rien, ici, ce que la mode a pu produire d'affadissement dans ce courant de pensée, par lui-même déjà peu fécond.

2) Nous avons, à l'inverse, les censeurs, souvent mais pas toujours d'origine africaine, pour lesquels le psychiatre en Afrique est l'éléphant dans le magasin de porcelaine. De longues mises en garde s'écrivent qui tentent de montrer le caractère destructeur et chimérique de l'entreprise et le fossé infranchissable qui sépare, par exemple, les hommes de la « honte » de ceux de la « culpabilité ». Ou bien, est-il affirmé, la relation duelle est « contre-indiquée » en Afrique.

La cible privilégiée, facile, il faut bien le dire, est la nosographie. Comme si sa place, en Europe, n'avait pas nécessité de constants réajustements et comme si le fait qu'elle ait été établie à partir de malades occidentaux signifiait, *ipso facto*, qu'elle était sans valeur aucune sous d'autres latitudes. Nous pourrions facilement montrer combien des descriptions cliniques les plus classiques, voire les plus anciennes, habillent parfaitement bon nombre de

nos patients africains. Pour nous, les aménagements nécessaires de la nosographie en psychiatrie /p. 33/ africaine ne semblent pas concerner des points fondamentaux. De toutes façons elle a quitté le domaine du dogme pour ne plus fournir que des points de repère dans la mouvance subversive de la folie.

3) Il y a enfin le problème plus complexe représenté par les travaux très divers des équipes pluridisciplinaires, comme celle de Fann à Dakar. Leur intérêt est indéniable et irremplaçable l’excellente recherche qui s’y est faite. La richesse même de leurs possibilités, l’importance des moyens intellectuels et matériels mis en œuvre peuvent pourtant égayer plus d’un praticien. Ce lourd appareil péri-psychiatrique est-il vraiment toujours nécessaire et ne risque-t-il pas de masquer avec élégance des carences du psychiatre lui-même, confronté à son malade ?

Le principe même de certaines études est contestable : démonstrations d’ethnopsychiatrie données par des ethnologues non impliqués dans l’acte de soigner ; brio d’études menées sur dossiers par des spécialistes de passage (dossiers généralement regrettamment « incomplets ») ; charme d’entreprises menées avec des patients sélectionnés par des psychanalystes, eux-mêmes charmés par les séductions d’un œdipe « africain » ; etc. Tout cela engloutissant, dans une fête de l’intelligence, ce que la psychiatrie exotique a de trivialement commun à toute psychiatrie qui s’exerce. L’« étrange », en la matière, n’est pas le plus important, comme pourrait le suggérer le mot même d’ethnopsychiatrie. L’un de nous a proposé le terme de « psychiatrie interculturelle » (MONGEAU 1980) qui met plutôt l’accent sur les positions réciproques des protagonistes, c’est-à-dire sur le problème difficile et fondamental du transfert (et du contretransfert).

Si donc les observations que nous avons relatées à titre démonstratif devaient leur caractère inachevé au manque d’un ethno-savoir, il ne pourrait s’agir, pour nous, que du plus simple : c’est-à-dire du savoir ethnographique, lorsqu’il n’est pas contaminé ni par une visée totalisante, ni par une prétention à théoriser sur les cultures ou la culture. En effet, la question en suspens dans l’abord de nos malades est celle d’une meilleure fami-

liarité avec les données réelles ou symboliques dans lesquelles leur vie se trouve prendre sens.

/p. 34/ Mais si Soro et Kolo nous ont aidés à nous interroger sur la présence/absence du fait ethnographique dans la pratique du psychiatre, ils ne nous ont pas permis de la lier à l'ensemble de la démarche thérapeutique.

Une troisième observation, recueillie un an plus tard, portant sur un malade assez comparable (jeune délirant sénoufo), nous permettra peut-être de mieux cerner la question.

2. Observation de K. Yéo, 35 ans, Sénoufo-Kiembara, hospitalisé le 30-12-1980 au C.H.R. de Korhogo

Ce malade a été vu pour la première fois pratiquement un an après l'admission de Kolo à l'hôpital. Il aurait dû, en principe, moins nous surprendre ; et pourtant nous verrons à quelle suite de difficultés de compréhension il nous a confrontés.

2.1. *Un diagnostic: une erreur*

Le malade nous rapporte ceci : « d'abord, il a mal partout dans le corps. Et puis, quand la maladie le prend, il devient comme s'il était fou, mais ce n'est pas ça. Il fait n'importe quoi. Quand ça se calme, il revient comme avant ». Les crises ont débuté il y a quelques jours, mais depuis un an, il ne travaille pas. Quand il s'assoit, « Il n'a pas envie de rien faire ».

À ce moment-là, personne dans cette famille ne semblait parler le français et les citations entre guillemets reproduisent la traduction des interprètes. (La qualité de la traduction, donc, en partie, de la relation, sont, ici, à mettre au compte de Coulibaly Abdoulaye et de Djiakaridjla Koné, garçons de salle dans le service.)

Son oncle maternel, qui l'accompagne, confirme ses dires : Yéo a des périodes d'agitation et d'incohérence, une fois par jour, qui durent de une heure à la journée entière. Hier, ça a été plus grave parce qu'il a commencé à brûler les greniers. Habituellement, il sort brusquement de sa case avec une hache, tue les poulets sur son passage, est suffisamment menaçant pour

que tout le monde se sauve, puis rentre dans sa chambre comme si rien ne s’était passé. Mais les crises datent d’un an (et non de quelques jours) et ont progressivement augmenté en fréquence. Dans l’intervalle, Yéo reste de plus en plus prostré dans sa case toute la journée.

/p. 35/ Le malade précise pour nous qu’il ne garde aucun souvenir des crises, sinon des « douleurs au cœur », qui les précèdent et qu’il se met alors à courir dehors. Parfois il a des hallucinations : tout d’un coup, des hommes entrent chez lui pour l’attaquer.

Dans ses antécédents, on ne note pas de crise convulsive. À la naissance, il avait un furoncle « à la tête » qui a été incisé. Une large cicatrice est encore bien visible à la partie postérosupérieure du cou.

Notons enfin que, dans le bureau, le sujet se montre calme, cohérent, syntone, désireux de coopérer (alors qu’il a toujours rejeté violemment toute tentative de traitement traditionnel).

L’hypothèse d’une épilepsie temporale nous paraît alors la plus probable. Il serait hasardeux d’envoyer sur les routes ce malade à Bouaké pour un électroencéphalogramme et hasardeux aussi de prendre le risque d’une explosion de violence à l’hôpital. Un traitement anticomitial est instauré le soir même de son arrivée (Gardéna-Dihydan, seuls anticomitiaux dont nous disposions).

Durant les vingt jours qu’il passe à l’hôpital, c’est à un malade guéri que nous avons affaire. Nous glanons quelques éléments de biographie, mais sans approfondir les choses. Le père de Yéo est mort alors qu’il était un tout jeune adolescent. C’est le frère le plus âgé de sa mère qui s’est occupé de lui ensuite. Sa mère vit au village ; elle ne s’est pas remariée. Il a deux sœurs. C’est une famille de paysans et Yéo a cultivé jusqu’au début de sa maladie. Il a commencé le *poro* (l’initiation) mais n’a pu terminer. Sa femme l’a abandonné, toujours pour la même raison et a confié leurs deux enfants, un garçon et une fille, à son propre oncle maternel. Le plus vieux de la famille (côté maternel) aimait beaucoup Yéo à cause de son travail. C’est lui qui a

constaté le premier la maladie et : « il a dit qu'il préférerait mourir que de voir Yéo dans cet état »... Ce qu'il fit.

Deux interprétations sont proposées successivement : l'une que la maladie était venue parce que le sujet refusait d'aller dans le bois sacré (pour le *poro*) ; l'autre parce qu'il avait tué un serpent boa avant sa maladie.

/p. 36/ Le malade sort avec son traitement, étant à revoir dans trois semaines. Nous saurons quelques jours plus tard, dès son retour au village, Dihydan ou pas, les troubles ont recommencé.

2.2. *Où le malade a l'occasion de s'expliquer*

La mère de Yéo nous amène, avec ces mauvaises nouvelles, une de ses filles. Depuis six mois celle-ci, lorsqu'elle est en train de cultiver (c'est-à-dire tous les jours de juin à septembre, et, pour les rizières, de novembre à décembre), présente des crises brutales d'excitation qui durent une à plusieurs heures, à début et fin nets, et pendant lesquelles elle vocifère les injures et les insultes les plus inadmissibles. Nous l'hospitalisons avec un traitement proche du placebo et demandons à revoir Yéo.

L'oncle maternel qui l'accompagne nous dit : « il parle seul ; il refuse de se raser ; il ne fait rien ». Yéo : « depuis que je suis rentré au village, je ne mange plus, je ne vais plus à la selle, je secoue la tête » (tic qui semble vouloir exprimer la négation). Il a trouvé du désordre dans sa chambre et s'est demandé qui le « travaillait », qui lui en voulait. Il n'arrivait pas à uriner, ça le brûlait terriblement. Puis il se lance dans un réquisitoire en règle : « Chaque jour les vieux du village reçoivent un étranger : qu'est-ce qu'ils vont faire avec cet étranger ? Sa chambre est à côté de celle « du peul » et face au parc des bovins. Le peul aussi reçoit des étrangers. Quand il y a conseil dans le village, on ne l'appelle pas, on ne lui dit rien. Tout se fait après lui. Quand il demande à venir, on lui dit qu'il est malade. Cela lui fait très mal », etc.

Les choses se présentent d'une toute autre façon que lors de la première hospitalisation. Notre surdité d'alors a-t-elle permis, quand même, une prise de conscience ? Le malade commence à situer, et nous avec lui, ses problèmes à un premier niveau : c'est-

à-dire, non plus dans une fatalité biologique ou mythologique, mais sur le plan relationnel : il a peur des gens de son village qui ont, eux, peur de lui. Et il semble bien que pour sa sœur, dont le Q.I. paraît très bas, ce qui ne permettra pas d’expliciter grand chose, la situation soit comparable.

Au cours du même entretien, et pour satisfaire notre curiosité, il donne, sous une forme hypothétique, une nouvelle version de l’interprétation des troubles en termes traditionnels : « les/p. 37/ devins ont dit que c’étaient les génies. Lui, il n’est pas contre cette idée. Un matin, il allait uriner et a trouvé un boa le long de sa porte. À son retour, le serpent était dans le poulailler de son voisin et ils l’ont tué. Mais il y a eu des palabres à propos de la peau du serpent. Plus tard, sa femme, étant en grossesse, est sortie, heureusement pour elle, car tout un pan de mur est tombé. D’où il s’agit probablement des génies. On lui a dit que, quand il sera guéri, il faudra qu’il soit initié au « *Sandogo* ».

La mère est maintenant présente à l’hôpital et nous sentons en filigrane, dans tout le discours de Yéo, qu’il est aussi question d’elle.

Pour le moment, dans les jours qui suivent, Yéo se sent chaque jour plus « en forme » et demande au personnel une piqûre « pour être très en forme et qu’au village les gens aient peur de lui ; et pour cultiver mieux que les autres (!). Les crises d’« *amok* », à notre avis, ne seront plus nécessaires.

Son « prénom » donne aussi lieu à une courte exégèse qui va nous surprendre, en rappel du diagnostic que nous avons posé d’épilepsie (i.e. « surprise »). Des « coïncidences » de ce genre sont très fréquentes ici : rappelons nous Soro qui se « prénom-mait » : « tous mes soutiens sont morts ». K. veut dire : 1) quelque chose qui m’a surpris, 2) celui qui est devant : c’est pour cela qu’on l’a appelé ainsi, il est l’aîné¹. Nous insistons à propos de la première traduction : à sa naissance, il était évanoui. La famille est allée voir un guérisseur qui l’a lavé avec une décoction de feuilles pendant sept jours. Ils ne sont pas allés payer pour le traitement car son père était dans le *poro* et n’avait pas

¹ Lorsque la place de premier né veut être marquée, on l’appelle « Le Premier », et non « Celui qui est devant ».

d'argent. Yéo s'est évanoui à nouveau. Son grand oncle (celui qui est décédé de le voir si malade) s'est rappelé cette dette non payée. Ils sont allés au marigot, Yéo au dos de sa mère, et l'ont plongé comme un bagage qu'on met sous l'eau et qu'on maintient avec la main. Et il s'est réveillé. C'est ainsi que l'oncle a donné le nom « ça m'a surpris ! ».

/p. 38/

2.3. *De la violence. Où l'on remonte jusqu'à Samory*

Son oncle maternel (toujours le même) : « il était l'enfant le plus fort de sa génération et brutal avec ses camarades. En grandissant, ça lui a passé ».

Yéo : « vers 12-13 ans (?), un instituteur lui propose de l'amener en « basse côte » (sud de la Côte-d'Ivoire) pour nettoyer sous ses cacaoyers². Son père n'est pas d'accord mais sa mère intervient en sa faveur de la façon suivante : comme ça, il pourra s'acheter une bicyclette : « est-ce que tu es capable, toi, de lui en payer une ? » dit-elle. (Soulignons au passage que nous saurons peu de choses de ce père mais que c'est la deuxième fois qu'il est mentionné pour son impécuniosité et qu'à chaque fois la mère infléchit le destin de son fils). Yéo reste dans le sud un an et quatre mois mais attrape des vers de Guinée, dépérit, est ramené au village. Tout le monde le craignait parce qu'il était à demi mort ; tout le monde refusait de manger avec lui. Quelqu'un l'a soigné quand même et il a guéri. Un an après, un européen l'a « choisi » comme boy. Il y est resté cinq ans et a appris la cuisine. C'était à Séguéla. Puis le patron est rentré en Europe après un accident du travail mais, auparavant, a engagé Yéo comme manœuvre dans sa société ».

« C'est à Séguéla qu'il a vu le serpent boa. Peut-être le début de son malheur vient de ce serpent boa. Puis la société a fermé. Il va après travailler à la Sodésucre (complexe sucrier de la région), accompagné de sa femme. Il travaille comme cuisinier chez plusieurs blancs mais il était tout le temps licencié et il ne comprend pas pourquoi. Un jour, il se dispute avec sa femme et

² Notons que contrairement à un certain nombre de villages de la région, dans celui de Yéo, les jeunes n'ont pas émigré massivement.

lui dit : « si vous étiez un petit poussin, je vous égorgerais ! ». Sa femme est partie au village dire qu'il voulait la tuer. C'est depuis ce jour qu'il a la folie. Il ne comprend pas pourquoi il a dit ça parce que c'était quand sa femme était malade et c'est lui qui lui faisait la cuisine pour lui porter à l'hôpital. Quand il est arrivé au village, il a entendu un grand bruit, comme un coup de feu. Effrayé, il s'enfuit. Il a senti qu'il n'était pas comme les autres car il tremblait souvent. »

/p. 39/ Nous sommes stupéfaits par ces révélations : dans notre idée, Yéo n'avait jamais cessé d'être un cultivateur dans son village. De surcroît, ses fonctions réitérées de cuisinier et de nourrisseur, son instabilité dans ces rôles, l'occasion déclenchante du délire, nous incitent à écouter ce qu'a à dire la cuisinière et la nourrisseuse par excellence : la mère.

Nous poursuivons d'abord l'idée de faire un peu de lumière sur les ascendants, descendants et collatéraux. Notre interlocutrice mettra peu de zèle à nous renseigner mais nous n'aurons pas perdu complètement notre temps.

À l'époque des ravages de Samory dans le pays (fin du XIX^e siècle), la famille maternelle a été achetée comme esclave et est venue travailler dans le village où vit actuellement sa descendance. L'oncle maternel de la mère de Yéo, celui avec lequel il s'entendait si bien et qui lui a donné son nom, a été réquisitionné pour combattre dans l'armée française, ce à quoi l'exposait particulièrement son statut d'esclave ou de fils d'esclave. Dans le village, ces antécédents pèsent d'un bon poids de dit et de non-dit.

La mère de Yéo a eu dix enfants dont sept sont décédés. Yéo est le premier né. Son mari est mort il y a près de vingt ans alors qu'elle était « en grossesse ». Ce mari s'appelait « se décharger », ce qui laisse supposer, paraît-il, qu'à sa propre naissance il y avait un conflit dans l'entourage. Avant son décès, il avait dit d'ajouter pour sa femme une petite portion de rizière. Après sa mort, son frère a donné la portion à sa propre épouse. « Donc je ne fais plus partie de la famille ? » aurait demandé la veuve. « Non », lui fut-il répondu. Puis le même beau-frère a voulu la

prendre « comme sa femme »³. Malgré la pression de sa famille, elle a refusé. Curieusement, à ce point de son récit, elle nous « jure » qu'elle n'a connu aucun autre garçon que son mari. Enfin, à la mort de son mari, ses frères se sont occupés de ses enfants : « Yéo n'a pas grandi avec elle ».

Le profil de cette mère va se préciser, quelques jours après, grâce au récit qu'elle va nous faire de la maladie de la sœur de Yéo. Cette sœur a failli mourir à la naissance ; il lui en est /p. 40/ resté une bouche édentée. Elle vivait, elle, avec sa mère. Puis elle a suivi à Korhogo l'homme qu'elle devait/voulait épouser. La folie l'a prise alors. Initiée au *Sandogo*, elle guérit, puis refuse ce mariage que la famille lui impose. Les événements se précipitent pour celle qui s'appelle, tout bêtement, « la petite fille », en un chassé-croisé de sexualité, de mort et de folie. Mariée, elle devient enceinte et se met à maigrir de façon alarmante. Un de ses petits frères décède alors. La « petite fille » accouche... et la folie l'« attaque » de nouveau. Sa mère essaye de la ramener au village. Le mari s'y oppose et tente de la faire traiter lui-même... sans résultat. Le malade retourne à nouveau au village, où les devins lui prescrivent de créer un *poro* (mesure assez exceptionnelle mais en usage ; nous ignorons à quoi elle correspond). Ce qui est fait et amène la guérison... pas pour très longtemps.

Le décor est maintenant en place, *grosso-modo* ; les acteurs et le fond préhistorique et historique de l'action suffisamment connus par les uns et les autres pour que le drame se joue, ou, plutôt, se rejoue, *hic et nunc*, c'est-à-dire à l'hôpital. Le coup d'envoi sera donné par le médecin.

2.4. *Un faux pas(?) et ce qui s'en suivit*

Il y a plus de deux mois, maintenant, que nous connaissons ce malade. Au cours d'une réunion « soignants-soignés » (comme on dit en France) où Yéro venait de prendre la parole avec bon sens, sa mère intervient : « moi je trouve que Yéo est encore très malade »... Nous répliquons vivement et sur un ton assez

³ Comme la coutume le préconise.

agressif : « pourquoi ? » Réponse : « hier, quand il est sorti de votre bureau, il n’a rien voulu me dire de ce qu’il vous avait dit ». Nouvelle réplique : « croyez-vous qu’un homme de 35 ans doit tout dire à sa mère ? » Silence. Nous tentons de nous défaire de cette très mauvaise carte : « quelqu’un a-t-il un avis là-dessus ? » Le silence continue, lourd, gênant. La mère, mouchée en public, baisse la tête. Cet *acting out* nous délogera définitivement de la position de neutralité que nous souhaitions : nous avons à peu près l’âge de ce malade... et une mère aussi. La guerre étant ouverte qui devait se terminer par l’expulsion de la mère. Nous avons le pouvoir et, ce qui apparaîtra, la « *vox populi* ».

/p. 41/ Nous voulûmes, le lendemain, rattraper notre « bévue ». Mais cette femme, comme nous, sans doute, tenait trop à en découdre. Elle tenta de se justifier (?) d’une manière stupéfiante : elle avait eu peur pour son fils, resté si longtemps dans le bureau ; et elle avait raison d’avoir peur, à cause du « temps de la force » (la colonisation) où on tremblait « d’avoir affaire à la Loi ». Quoique nous sachions que ce n’est pas à son fils qu’elle pense mais à elle (quant à la Loi), nous réagissons méchamment (« nous prend-elle pour un imbécile ? »). Les interprètes (ils sont deux ce jour-là) sont tendus. La riposte vient, en plein dans la cible : nous cherchons, comme son fils, à l’accuser de sorcellerie ! Suit un long plaidoyer *pro domo* : elle n’était pas là quand Yéo est tombé malade ; pas là quand on l’a ramené au village, ... etc. Pour « ethnologique » qu’elle soit, cette situation nous est familière : c’est la réaction des mères de schizophrènes (ou autres malades) qui font porter au psychiatre leur sourde culpabilité.

Les choses vont, maintenant, aller très vite. Yéo nous dit qu’il soupçonne sa mère « de tout faire pour le garder avec elle parce qu’elle n’a qu’un garçon, qu’elle est seule ». Il n’est pas certain qu’elle aille jusqu’à le rendre malade, mais il voudrait qu’elle parte. D’ailleurs, « elle est dans le besoin et la saison des pluies va arriver ». Il faut qu’elle puisse cultiver. Il ajoute : « je ne sais pas très bien expliquer ni comment ni pourquoi, mais sa présence ici avec ses deux enfants, qui ont la même maladie, me gêne. Je peux me débrouiller seul » Instinctivement, l’interprète a traduit à la première personne.

On reparle alors des obstacles à sa réinsertion. Il élargit le problème : « nulle part il n'a pu faire plus de trois mois. Dans une entreprise, il se fâche avec un collègue et se trouve, seul, à être renvoyé ; ou son patron le met à la porte sans qu'il comprenne ce qu'il a pu faire. Les génies ne sont pour rien dans sa maladie, quoiqu'en disent les gens du village. Le serpent boa a certainement une importance (qu'il n'arrive pas à nous expliquer mais il sait que la maladie a commencé avant).

« exit » la mère, accompagnée de sa fille, à sa propre demande... La fille va très bien.

Nous revoyons, sur notre demande, l'oncle maternel, chef de famille. Le village, sur conseil des devins, serait partisan pour Yéo de l'initiation au *sandogo* mais il y a des inconvénients : /p. 42/ l'interdit de cultiver la terre ; et si le sujet, au cours d'une crise, devait « jeter ça » ? (c'est-à-dire rejeter son appartenance au *sandogo* par un acte symbolique grave). Il rappelle sa rancune passée contre son neveu, après son départ du village : « quand vous êtes dans un billon, vous pensez que, s'il était là avec vous, ça irait beaucoup plus vite ». Enfin, il parle de sa sœur, avec beaucoup de précaution au début. Simplifions : c'est une femme jalouse (de l'épouse de son fils, en particulier), autoritaire, infantilissante ; il va, lui-même, la voir aussi peu que possible (rire et mimique terrifiée) ; elle espionne le conseil des anciens ; « si elle devait rester à l'hôpital, vous la verriez prendre la voix haute, le ton de commandement, et dire de faire ci et ça ». Elle a peur que Yro vienne nous raconter ce qu'elle a fait contre lui. Elle veut que là où elle met son fils, il reste là ; elle veut que Yéo soit ce qu'elle veut »... Ça ne s'invente pas !

2.5. Projets

Yéo s'adresse maintenant directement à nous, utilisant au maximum ses quelques connaissances de français. Il pense à son avenir. Revenir au village, oui, pour garder le contact, mais pas pour y séjourner. Il comprend que les autres aient peur de lui. Il a un oncle et un cousin à Korhogo qui pourront l'héberger et l'aider à trouver du travail. Malgré tout ce qui est

imputé à sa mère de l’avis général, il ira l’aider aux champs pour les gros travaux de la saison des pluies.

La sortie est envisageable. Mais l’avenir reste incertain, malgré l’immense effort d’auto-analyse de ce malade. Il présume de ses forces à croire que ce qui reste inaccompli au village ne pourra pas l’atteindre un jour. Laissons-lui le temps de revenir lentement à cette cruelle question.

3. Yéo et les aléas de la relation

On ne peut nier à Yéo le label d’« ethno-malade ». Pourtant, au bout du compte, rien que de très familier, pour un psychiatre occidental, chez cet homme aux prises avec les maléfices d’une mère perverse. Pourtant encore, il ne manque à l’appel ni un génie, ni un sorcier, ni les « charmes », ni le *poro*, ni le *sandogo*, soit l’attirail presque au complet de la causalité du malheur chez les Sénoufo.

/p. 43/ Il apparaît dans cette observation combien le fait de posséder un minimum de repères ethnographiques a donné à la relation médecin-malade un style différent, plus fluide que celui qui a caractérisé nos rapports avec Soro et Kolo. Mais il apparaît aussi que les temps forts du traitement de Yéo ont porté la marque de bien d’autres éléments qu’il va nous falloir analyser et qui rétrospectivement, s’avèrent également déterminants pour les autres malades.

Nous pensons, en premier lieu, à l’organisation et à la marche de la structure soignante elle-même : le psychiatre se doit d’être, en quelque sorte, « l’ethnographe » de son milieu de travail. L’architecture, comme les personnes qui composent le service, créent un style, une micro-culture, déjà là, irréfragables, lorsqu’arrive l’« entrant ».

En second lieu, il n’est pas inutile de s’interroger sur le sens que peut prendre, dans un pays qui dispose de ses propres méthodes de traitement de la folie, l’implantation d’une psychiatrie de type occidental. La question se posant à la fois sur le plan pratique, avec des patients qui pourraient être traités ailleurs et autrement, et sur le plan théorique, dans la mesure où notre pré-

sence n'est pas due au caprice d'un dieu ivre mais correspond, sans doute, à un certain état d'une société en transformation.

Enfin, puisque psychiatrie il y a, ne faut-il pas porter notre regard sur la relation médecin-malade et voir si notre appareil théorique et notre apprentissage en France se trouvent adéquats aux patients qui se confient à nous ?

Voilà un programme ambitieux et chargé dont nous n'épuiserons certainement pas toutes les virtualités. Nous nous contenterons de présenter, ici, l'écume de notre expérience, en nous rappelant que ce détour n'a pour but que de mieux situer l'ethnographie dans notre pratique, parmi des éléments qui ne lui appartiennent pas, ou presque pas.

3.1. *Les services de psychiatrie : Bouaké et Korbogo*

– Le lieu de travail. Ou l'obscur violence

À Korbogo, les lits de psychiatrie sont situés à l'intérieur du service de médecine, ne se distinguant en rien des autres. Il n'y a aucun lieu fermé. Le personnel, garçons et filles de salle /p. 44/ uniquement, n'est pas assez nombreux pour assurer une permanence de nuit qui est confiée à l'infirmier de garde en médecine. L'arrivée d'un malade agité, ou potentiellement agité, impose des mesures énergiques : la camisole chimique est à l'honneur. Ainsi nous avons choisi un peu précipitamment, pour Yéo, l'hypothèse la plus vraisemblable, dans l'urgence où nous sommes toujours de savoir d'où vient le danger iconoclaste : l'icône, ici, étant le CHR tout neuf, fierté des autorités. Nous ne comptons pas pour rien, non plus, notre propre rapport à la violence.

Il est certain que ce diagnostic d'épilepsie, confié comme probable au malade et à la famille, a joué comme une interprétation sauvage et déterminé partiellement le cours ultérieur de la symptomatologie.

À Bouaké, l'existence d'un personnel spécialisé (formé sur place), d'un hôpital autonome, d'un isolement (d'ailleurs précaire), pourraient théoriquement permettre de temporiser. Il se trouve que le grand nombre des urgences n'autorise guère un

premier contact sous chimiothérapie minimum, laissant au malade le loisir de s’exprimer dans le feu de sa pathologie. La camisole chimique, là aussi, vient prendre la place des moyens traditionnels de contention, plus brutaux encore et possédant parfois le même double emploi d’entraver et de soigner. Chez les Sénoufo par exemple, les anneaux de cheville sont affectés d’un pouvoir thérapeutique puissant sur la folie et n’importe qui ne peut les manipuler sans risque de devenir fou à son tour (Soro & Tuo 1980).

Si nous savons ce que nous perdons, dans les premiers jours du traitement, d’avoir affaire à un malade drogué (ou « guéri » comme pour Yéo), il est plus difficile d’apprécier l’impact sur la relation future de cette violence inaugurale. Peut-être que l’absence de douceur dans les techniques traditionnelles rend compte, en partie, de ce que les malades nous en gardent rancune rarement longtemps. Pourtant l’ambiance générale pourrait nous le faire craindre : le souvenir des méthodes coloniales reste vivace et, en Côte-d’Ivoire, la présence massive, voyante d’Européens qui, pour beaucoup, comme les Bourbons de la Restauration, n’ont « rien appris ni rien oublié » suscite dans la population une agressivité mal contenue. Mais nous abordons là un autre problème.

/p. 45/ Il existe bien d’autres contraintes qu’il serait fastidieux d’énumérer. Toutes influent sur l’image du service dans le public, sur la forme de vie collective qui s’y établit, sur le travail que l’on peut y faire. Pas nécessairement négativement. Par exemple, il est certain qu’une psychiatrie logée à l’enseigne de la médecine, outre la commodité que cela présente pour la prise en charge proprement médicale des malades et des accompagnants, ôte aux hospitalisations beaucoup de leur caractère infamant.

– *La médiation des interprètes*

Nous avons vu Yéo feindre ignorer complètement la langue française et s’adresser exclusivement aux interprètes, le regard tourné vers eux. Sa biographie est là pour montrer qu’il a de quoi craindre une relation trop directe qui suscite vite quelque chose comme l’image d’une mère toute puissante. Il s’est adressé, en

fait, à un groupe thérapeutique, suffisamment hétérogène pour ne pas donner prise durablement à un fantasme inquiétant.

Kolo, quoique aucunement francophone, s'adressait à nous ; c'était pour nous qu'il parlait. Mais l'excellente relation qu'il avait avec l'interprète lui a permis de passer les caps difficiles de la psychothérapie. Alors que nous avions buté sur le sens de ses troubles du caractère, il s'est adressé à Abdoulaye pour confier son vécu du *sandogo* et des informations biographiques essentielles. Il allait néanmoins de soi, pour Kolo, que nous étions aussi destinataire de ce message.

Soro, enfin, francophone, tenait à s'exprimer en français, voire par écrit ! Surtout pour dire, d'ailleurs, qu'il ne voulait pas trop en dire, le français n'étant pas la langue des « secrets » de l'Afrique mais étant, par ailleurs, celle du savoir occidental auquel il voulait lier son destin. En quelque sorte, la langue de la coupure avec le monde inquiétant pour lui de la tradition.

Il n'est pas rare, à l'inverse, que des patients francophones réclament de pouvoir s'exprimer dans leur langue, ce qui traduit toujours un progrès, vécu comme tel, vers la guérison.

Le personnage de l'interprète (passé au rang de témoin, dans ce dernier cas) est donc central dans notre pratique. Ce n'est /p. 46/ pas un simple traducteur, c'est quelqu'un qui existe, partie prenante (au minimum, virtuellement) dans la relation thérapeutique. C'est, en général, un soignant qui connaît le patient et qui a son type propre de rapports avec lui. Sa position est difficile : il a de bonnes raisons de s'identifier au malade (culture, ethnie...) et au médecin (soignant). Dans cet entre-deux, il n'a de recours que dans ses qualités propres : son intelligence, ses facultés d'empathie, son intuition, une harmonieuse intériorisation de la tradition et une certaine rigueur. Nul n'est parfait et les incidents ne manquent pas, mais on peut affirmer que le succès de nos entreprises passe par une bonne intelligence avec les interprètes. Parfois même ils facilitent grandement le travail, surtout avec les psychotiques.

En résumé, la présence des interprètes est à intégrer dans les données de départ de toute prise en charge psychothérapeutique. Dans l'ensemble, elle ne complique ni ne simplifie la tâche ; elle

ne dénature la relation qui si cette intégration n’a pas eu lieu. Elle n’est en rien un obstacle à une relation « duelle ». L’observation de Yéo le montre bien, qui est possible à raconter sans en faire mention. Pourtant ils étaient là, actifs médiateurs, intensément présents.

– *Les accompagnants à demeure*

L’école de Dakar a parfaitement indiqué toute leur importance (DIOP & DORÈS 1976, GBIKPI & AUGUIN 1978) mais n’a peut-être pas assez dit les problèmes qu’ils posent, ne serait-ce que parce que l’hôpital n’a pas été conçu pour eux. L’ethnologie africaine nous renseigne assez sur les raisons de leur présence mais n’analyse pas, à notre connaissance les rôles divers qu’ils peuvent jouer.

Il serait possible et intéressant d’aborder le problème sous l’angle statistique. Des constantes seraient faciles à dégager (pour une population donnée) concernant, d’une part, leur présence ou leur absence ou le lien de parenté qu’ils ont avec le malade, d’autre part, la place qu’ils vont occuper dans le parcours thérapeutique : nulle, neutre, positive, négative..., etc. Plus difficile mais faisable serait de mettre en rapport ces résultats avec la pathologie présentée par les malades.

Quoi qu’il en soit, ils sont là et il faut en tenir compte, bien plus qu’on serait tenté spontanément de le faire. Nous ne/p. 47/ reviendrons pas sur l’observation de Yéo pour montrer la place qu’ils occupent parfois. Il est certain que leur présence discrète a été tout aussi déterminante pour Kolo. Soro, lui, a changé radicalement à l’arrivée de son géniteur (l’accompagnant le plus positif, sans exception, en pays sénoufo).

Faute d’analyser en détail le problème, nous nous contenterons de quelques remarques. Les accompagnants peuvent venir en délégués ou porte-paroles du groupe familial (ascendant ou allié). Leur neutralité, qui n’est peut-être qu’une réserve attentive, nous embarrasse dans la mesure où nous sommes tentés de solliciter d’eux des informations et leur opinion. D’autres fois, il ne s’agit manifestement, au départ, que d’un soutien matériel, avec une forte proportion de femmes (cuisine, lavages etc.). Parfois,

l'arrivée d'une nombreuses délégation nous surprend ; composée de membres des différents groupes concernés (paternels, maternels, alliés), elle conduit à supposer la réactivation de conflits que nous réussissons rarement à élucider sur le moment. Parfois encore, l'accompagnant introduit ses propres problèmes, déplaçant sur lui l'attention initialement portée au malade. Enfin, le médecin est presque toujours laissé dans l'ignorance des rapports compliqués qui s'établissent, à Bouaké surtout, entre les accompagnants et le personnel infirmier.

Ici comme ailleurs, la famille est facilement l'objet, de la part du psychiatre et des soignants en général, d'un préjugé défavorable et sa participation au travail thérapeutique s'avère alors délicate à mettre en œuvre. Les phénomènes contre-transférentiels sont à surveiller de très près ne serait-ce que pour pouvoir se décider, en connaissance de cause, à écarter provisoirement un accompagnant pathogène. Acte exceptionnel, mais qui est à l'origine de guérisons spectaculaires.

3.2. *Tradition et modernité*

– *Les traitements traditionnels*

Pratiqués avant l'hospitalisation, ou après, ou même pendant ; parfois refusés ou non envisagés par les malades ou leur famille, les traitements traditionnels convoquent le psychiatre à un curieux tribunal. L'affaire jugée en permanence est celle de sa /p. 48/ compétence à soigner la folie. Il s'agit d'une question fondamentale que nous ne pouvons donc pas esquiver.

Nous nous refusons à renvoyer simplement la citation à comparaître, comme cela se fait si souvent, et à juger à notre tour la médecine traditionnelle soit pour la décréter comme le modèle de toute thérapeutique psychiatrique en Afrique, soit pour la condamner comme supercherie. Ce n'est point notre affaire. Par contre, il peut être fructueux de s'interroger sur la place que tiennent nos « concurrents » dans la psyché de nos patients et de déterminer en quoi notre attitude peut s'en trouver infléchie.

Il est d'abord évident que nous ne saurions donner de conseils à qui que ce soit sur l'opportunité de s'adresser au devin ou

au guérisseur mais qu'il doit être clair, pour tout le monde, que la question n'est pas taboue, que l'on peut en parler, comme de toute autre chose qui concerne la vie du malade.

À Korhogo, où le tissu culturel, sénoufo n'est pas trop déchiré, le problème se pose avec chaque patient de cette ethnie. À l'expérience, nous croyons pouvoir faire quelques constatations.

D'abord, un malade ne peut être considéré comme guéri s'il n'a pas, après son hospitalisation eu recours au « charlatan » (sic). Le contraste entre la joyeuse santé vite recouvrée par Kolo et la situation d'attente de Yéo l'illustre parfaitement. L'efficacité indéniable du traitement médical ne saurait pourtant avoir détruit « le mal à sa racine » et toute guérison ne prend sens et solidité que dans cet accord retrouvé au niveau du savoir ancestral. Cela oblige le psychiatre à une modestie à laquelle sa pratique en Europe (où il est, par essence, celui que la société délègue pour soigner ses fous) ne l'a pas habitué.

Ensuite, contrairement à un préjugé largement répandu, l'hôpital ne reçoit pas uniquement les échecs des traitements traditionnels, loin de là. Heureusement, car un malade multi-traité « à l'indigène » ou « à l'indigénat » est de mauvais pronostic, pour les raisons que nous avons dites : le médecin ne peut réussir là où les « vieux » ont échoué. Tout sera entrepris, consciemment ou non, en vue de l'échec, à moins qu'une porte s'ouvre, à un moment ou à un autre, pour une reprise des activités divinatoires et thérapeutiques au village.

/p. 49/ Le psychiatre doit donc, là, être très attentif à ce qui se prépare ou ne se prépare pas du côté de la tradition et éviter, dans sa relation avec le malade, de se présenter comme « son » thérapeute. Neutralité, ici, vaut mieux que bienveillance, surtout si cette dernière est vécue dans une atmosphère d'exclusivité : si guérir c'est plaire au médecin, c'est alors, aussi, trahir le monde des pères. La rechute survient, sur fond de culpabilité, violente, « inattendue ».

Dans les grandes métropoles africaines, telles Bouaké, ce problème est obscurci par trois faits : la multitude des ethnies qui s'y côtoient ; la floraison d'escrocs qui ne se rattachent à aucune tradition ; un discours des élites (des modèles) très ambivalent

sur les thérapies « indigènes » ; sans compter la pression des « religions importées ». Il est difficile au médecin de construire sa philosophie de la question dans la mesure où les malades urbanisés n'en ont apparemment plus, ou de moins en moins.

Voilà qui introduit la suite de notre réflexion sur l'impact, dans notre travail, des transformations actuelles de la société africaine.

– *Un moment de l'histoire de l'Afrique*

La mouvante réalité ethnosociologique actuelle de ce continent rend illusoire toute tentative de construction dogmatique concernant la pratique « ethnopsychiatrique ». Les cultures se sont suffisamment ouvertes sur le reste du monde (il s'est produit au même moment la même chose en Europe) pour ne plus pouvoir fonctionner en circuit fermé, sauf rares exceptions. Le processus paraît irréversible ; aussi ne sert-il à rien, par exemple, de pleurer sur la perte relative de crédibilité et d'efficacité des méthodes thérapeutiques traditionnelles. Si limité que soit ce déclin, il ouvre la porte à la demande d'autre chose. La psychiatrie se trouve, là, en mesure de répondre, plus ou moins bien il va de soi, mais pas toujours en dernier ressort, puisqu'elle peut intégrer dans son projet, pour tel patient, le retour à la tradition.

À l'autonomisation qui s'effectue en Afrique de la personne correspond ce renvoi que le psychiatre tente de faire du sujet à lui-même (encore que ce concept d'autonomisation, largement utilisé actuellement, ne reflète peut-être pas autant qu'on le dit /p. 50/ une évolution de la société africaine contemporaine). Soro, Kolo, Yéo et bien d'autres ne pouvaient trouver que là, à ce moment de leur existence, une route à leur souffrance.

Soro nous a montré aussi qu'au chamboulement général des valeurs pouvait correspondre chez l'individu une position d'écartèlement difficilement soluble. L'appel incantatoire aux « secrets de l'Afrique » venait du plus occidentalisé de nos malades et s'accompagnait, chez lui, d'un refus terrifié de retour, même provisoire, aux sources de la tradition. Nous pensons que ce schéma, même moins contrasté, décrit la psyché de

beaucoup d’Africains, pas nécessairement très acculturés : Kolo fuit le *Sandogo* comme Yéo le *poro*.

La demande adressée au psychiatre n’est donc pas un leurre que le malade ou la famille se propose à lui-même. Quelque chose s’effectue dans ces centres de soin qui ne consiste pas seulement à héberger les mutilés du « progrès ». Le médecin est vite débordé par des demandes authentiques de traitement auxquelles il doit répondre avec des moyens limités en matériel et en personnel. Il n’a véritablement pas le temps, le voudrait-il, de faire du « complémentarisme », ni le courage pervers de se sentir le fossoyeur de l’âme africaine. Heureux s’il parvient à offrir à ses malades, avec constance, une présence et une oreille.

Il faut prendre en compte, aussi, la très grande mobilité géographique actuelle des populations en Côte-d’Ivoire. Le psychiatre devra s’accommoder d’une multitude d’ethnies, proches ou lointaines, exigeant parfois la chaîne de deux interprètes sans que, pour autant, dans ces cas extrêmes, on puisse préjuger de l’échec de l’entreprise. Il semble qu’alors l’ignorance du médecin oblige le malade à aller droit à l’essentiel. L’absence de savoir ethnographique aurait-elle parfois du bon ?

En résumé, nous avons tenté de montrer à la fois ce qui faisait la légitimité et la possibilité d’une psychiatrie de type occidental et les conditions impérieuses les plus évidentes que l’Afrique mettait à cet exercice. En somme, nous avons esquissé le « Tiers » dans lequel se déroule la relation médecin-malade. Il nous reste à dire quelques mots sur cette dernière en nous appuyant, une fois encore, sur nos trois observations.

/p. 51/

3.3. *La relation médecin-malade*

Au milieu d’embûches qui peuvent aussi être points d’appui, nous avons pu établir une relation psychothérapique et la laisser se développer selon son destin propre. Comme avec nos patients français, nous avons éprouvé la gravité de l’action engagée. Pour le malade, s’est mis en route un processus de symbolisation, de précipitation de l’imaginaire dans un discours articulable. Cent fois sur le métier nous avons remis notre ouvrage et cent fois

nous avons vu poindre ou s'accomplir les effets structurants d'une parole « pleine ». Devant nous s'est produite l'assomption de désirs propres, couverts jusqu'alors du bavardage incohérent des désirs des uns et des autres et du parasitage obsédant de fantasmes effrayants.

Soro a pu retrouver, dans l'analyse psychologique des acteurs de son drame, la source authentique de son échec. Il a pu ébaucher les conditions concrètes susceptibles de le remettre en selle pour la course au savoir et aux diplômes. Il s'est arrêté au point où il ne devait pas seulement se rappeler mais encore prendre fermement conscience de sa dette vis-à-vis de ses pères et analyser ce qui pouvait rester d'infantile et de défensif dans son surinvestissement de la connaissance intellectuelle.

Kolo a pu prendre le temps de mesurer, dans l'espace neutre et protégé qui lui était offert, les forces en présence, faire le deuil de sa chimère d'une liberté absolue, divine, pour choisir de rester dans le circuit des échanges humains où il lui est devenu possible d'« acheter » une bien délectable liberté relative.

Enfin, tandis que son oncle « mettait au point » sur sa redoutable sœur, Yéo a repassé le film de ses rapports à sa mère en des séquences de plus en plus « rapprochées », a revécu par personne interposée, dans le huis-clos de l'hôpital, la lutte en terrain phallique, a pu soutenir enfin la position de la culpabilité et du pardon. Venu de plus loin, il lui reste plus de chemin à parcourir qu'aux deux autres dans la mesure où il lui faudrait pouvoir se dépouiller des derniers lambeaux de son identification maternelle pour faire acte d'allégeance aux hommes du village. Mais y a-t-il seulement un homme dans ce village capable de s'interposer entre une sorcière et un fou, capable ou désireux d'offrir à Yéo sa place et sa chance ? « Si son père n'était pas /p. 52/ mort, (nous dit l'oncle) rien de tout cela ne serait arrivé parce que c'était un homme bon ». Est-ce si sûr ?

Ainsi, une fois la relation établie, c'est bien de leur œdipe que les malades viennent nous parler, de leur capacité à remplir leur rôle d'homme ou de femme. Dans les moments de résistance, que celle-ci soit le fait du médecin ou d'eux-mêmes un trouble peut les saisir, tout à coup, de s'adresser ainsi à un Eu-

ropéen ; mais de la même façon qu'au cours de n'importe quelle psychothérapie, le psychiatre reprend subitement visage, choisit au niveau d'une seule personne. Pour le reste, si l'accrochage a eu lieu, la relation se déroule sur le pied d'une parfaite homogénéité, entre hommes confrontés à la même facticité et la même dérégulation.

Nous voulons insister sur ce point. Lors de l'incident avec la mère de Yéo, il n'y avait pas, en face les uns des autres, des étrangers, un normand et des Sénoufo, mais des hommes et des femmes aux prises avec la Loi. La tentative pour réhabiliter une différence (le passé colonial pour cette mère, les secrets de l'Afrique pour Soro, etc.) doit être interprétée en terme de résistance, comme dans n'importe quelle autre relation thérapeutique quand le malade se met à détailler la verrue que son médecin porte au menton. À l'extrême, dans cette fonction, pourra surgir une hallucination.

Les mêmes éléments ne se retrouvent-ils pas à l'œuvre lorsque le médecin voit son rôle réduit à la prescription de ses drogues ? Soit qu'il trouve ce malade trop étrange, il n'y comprend rien, soit que le malade n'accepte de voir dans le médecin⁴ que le « blanc » ou le continuateur du passé colonial. Nous sommes pris assez souvent à ce piège là pour n'y reconnaître le prétexte, pour l'un, à se dispenser de l'effort d'investissement qui serait nécessaire au démarrage d'une relation véritable, pour l'autre, à continuer de cultiver sa pathologie, à l'abri du filet protecteur des médicaments, d'une ordonnance à l'autre.

Nous avons emprunté à Lacan le terme de « fraternité discrète » qui nous semble qualifier le mieux la disposition /p. 53/ mentale qui doit être celle du médecin, en général. L'expérience montre que le patient africain saisit très bien ce qui lui est ainsi offert et comment y répondre. Il lui arrive souvent de le faire de manière déroutante, agissant selon les codes de conduite de sa culture. Et s'il est aussi difficile qu'ailleurs au médecin d'analyser ses mouvements contre-transférentiels, il lui est plus difficile encore, dans ce cas de saisir les mouvements affectifs (la haine,

⁴ Pour l'idéaliser ou le rejeter.

particulièrement) et les supports identificatoires dont il est l'objet. Mais, dans l'ensemble, si cela ralentit la progression de la relation, la vérité finit toujours par transparaître ; conscient des limites du médecin, le malade saura le lui faire savoir : passages à l'acte, actes manqués, utilisation du personnel ou de la famille, etc.

4. Place (?) de l'ethnographie

Cette flânerie dans divers aspects de notre pratique semble nous avoir éloignés chaque fois un peu plus du but que nous nous étions proposé. Pour être longue, elle n'en est pas moins apparue indispensable, s'imposant à nous au fur et à mesure de l'évolution de notre réflexion. Au moins disposons-nous maintenant d'éléments propres à alimenter une discussion sur des bases plus solides. D'autre part, la complexité des faits (évoqués de manière non exhaustive) nous rend actuellement incapables et, finalement, peu désireux, de nous hisser au niveau de l'élaboration théorique que nous avions primitivement souhaitée, d'autant plus que celle-ci laisserait en dehors de son champ un élément qui serait le sujet de l'expérience : le médecin lui-même. Aussi est-ce par ce biais là, le biais subjectif, que nous allons tenter de renouer avec notre propos initial.

Nous sommes arrivés en Afrique (revenus, en fait) munis d'un bagage honnête de lectures ethnographiques et nous avons été confrontés à la nécessité de mener à bien des thérapeutiques avec le sentiment grandissant de n'y avoir pas été préparés. Il nous est apparu évident que, si nous nous sentions insuffisants à entendre de quoi ces patients africains nous entretenaient, ce ne pouvait être attribué qu'à notre ignorance du cadre symbolique dans lequel ils parlaient/ D'où notre amertume d'avoir, à l'époque, cru être mis en échec par Soro sur ce terrain là... L'Afrique a des secrets.

/p. 54/ L'ethnographie, simple recueil des éléments spécifiques de la culture des malades, paraissait, au premier chef, pouvoir combler nos lacunes. éclairer le sens des paroles qui nous étaient adressées. Notre premier article se situe essentiellement à ce niveau de nos difficultés. Malgré tout, même à ce

moment-là, nous avons constaté, et nous l’avons dit, que l’essentiel de notre action restait lié à notre pratique *habituelle* du métier de psychiatre. Par là, nous éliminions la nécessité de repenser l’« ethnopsychiatrie » en termes sénoufo.

L’observation de Kolo nous semble parfaitement illustrer ce stade de préoccupations et indiquer plus sûrement la voie à suivre : celle d’une harmonisation à accomplir entre notre expérience de psychiatres français et l’acquisition d’une meilleure connaissance du monde sénoufo. Nous nous sentions, dès lors, mûrs pour clore le débat dans le sens où nous l’avions engagé avec une troisième observation : celle de Yéo. La « fluidité » d’une relation thérapeutique, dans laquelle le médecin se montrait familier de la culture de son patient, pouvait conclure à un « happy end » tel que nous le souhaitions... Il n’en a rien été. À l’analyse, il apparaissait que bien d’autres problèmes, caractéristiques de notre travail à Bouaké et à Korhogo mais relevant peu de l’ethnographie, surgissaient, réclamant d’être pensés au même titre, sinon résolus. L’observation de Yéo multipliait les interrogations à l’envie et nous amenait, surtout, à nous demander pourquoi nous avons opté pour une formulation aussi simple, voire simpliste, des difficultés de notre pratique. Nous croyons, aujourd’hui, que le savoir ethnographique a fonctionné pour nous, dès le début, comme une sorte de condensé de toutes les étrangetés auxquelles nous étions confrontés et comme excuse à notre insuffisance à y faire face ; excuse d’autant plus acceptable pour nos consciences malmenées qu’il ne semblait pas présomptueux d’espérer acquérir ce savoir qui nous manquait.

Imprégnés, malgré tout, de l’esprit qui court dans la littérature ethnopsychiatrique, nous étions tombés dans un piège assez grossier : croire que c’est du savoir de l’autre ou du savoir sur l’autre que vient la vérité. Les voies de la facilité sont souvent irrésistibles.

Malgré cela, nous ne nous déroberons pas au titre de notre article : l’ethnographie existe, même si elle agite des leurres auxquels nous nous sommes laissés prendre, et il est possible /p. 55/ d’en discuter l’importance. Mais nous verrons le gain qui est le nôtre d’avoir attiré l’attention sur l’utilisateur : il va s’agir

beaucoup plus d'apprécier les effets d'un savoir-faire que de juger de la qualité de l'outil évoqué comme en un songe.

1. Dans l'observation de Yéo, la meilleure familiarité du médecin avec les us et coutumes du pays sénoufo a joué de la manière suivante :

– une certaine assurance, pour lui, née du fait de pouvoir entendre suffisamment de quoi parle son malade et suivre sans heurt le fil de ses associations ;

– un gain de temps, celui qui écoute relançant le discours, non par des interventions portant sur les lieux de son ignorance, mais sur ceux, soit des stratégies défensives, soit des efforts pour une parole vraie de celui qui parle ;

– enfin, côté malade et famille, le confort de s'adresser à un interlocuteur informé, assez informé, en tout cas, pour ne pas poser de questions indiscretes (ou qui sache de quelle manière il peut le faire) et respecter la zone d'ombre des secrets collectifs.

En contrepartie, il nous reste le regret de n'avoir pas été assez « naïf » avec Yéo. N'aurait-il pas été profitable, par exemple, de nous étonner du retour incessant des thèmes du *sandogo* ?

Au bout du compte, la question du traitement traditionnel de ce malade ne se serait-elle pas posée différemment ?

2. Un an après nos premiers pas en « sénoufologie », seuls les mille liens affectifs que nous avons noués avec ce peuple ont alimenté notre curiosité ethnographique. Dans notre travail, ce surplus de savoir s'est révélé de peu d'utilité. Nous avons vu, avec Yéo, combien il était indifférent au fond de connaître le contenu exact du *poro*, tandis qu'il avait été beaucoup plus important d'éclaircir ce qui s'était passé pour lui au moment où il devait y être admis.

Il est de fait que nous avons plus l'usage de l'atmosphère, du « climat » propre à un pays que du recueil de données précises concernant sa civilisation. Le pire aurait pu être, pour nous, de disposer, dès le départ, d'une encyclopédie sur les Sénoufo.

/p. 56/

3. Nous devons alors revenir sur l'enthousiasme qui a été le nôtre à l'occasion de l'observation de Kolo. Généralement, devant un récit hermétique fait par le malade ou sa famille concer-

nant un enchaînement de circonstances supposées pathogènes, le médecin est amené à poser des questions de ce genre : « Comment ça se passe d'habitude chez vous ? » ou : « Quelle signification les gens attribuent-ils à tel type de faits ? », etc. Apparemment, ce sont des questions d'ethnographe destinées à nous éclairer. Mais leur effet le plus sûr est d'obliger le malade à replacer les événements dans le contexte plus général de la société à laquelle il appartient, donc, de donner sa propre manière de les voir et de les vivre et de découvrir que, par exemple, (voir Kolo), s'il se pense victime, il a pu aussi avoir un comportement déviant. L'enquête de l'un devient prise de conscience de l'autre. Lorsque plusieurs personnes concernées par le trouble du malade sont présentes, on assiste alors à de fructueuses confrontations.

Il apparaît ainsi que, contrairement à ce que nous avons cru, nous n'avons jamais véritablement travaillé en ethnographes, c'est-à-dire cherché à reconstruire un schéma de la société sénooufo dans ses harmonies et ses contradictions, mais simplement à aider le patient et les familles à se resituer face à leur (La ?) Loi. Notre enthousiasme de l'époque, tout ce qu'il y avait de positif dans notre contre-transfert induit par cette société à la fois secrète et fascinante, n'en a pas moins été un facteur thérapeutique pour des malades comme Kolo, décidés à nous précéder sur le terrain de notre vigoureux désir d'apprendre pour mieux soigner.

4. Aussi ce que nous avons vu s'effectuer avec Kolo, dans le domaine très particulier de l'ethnographie, se trouve-t-il à l'œuvre, finalement, dans toute psychothérapie. Attentifs et disponibles (dans nos bons jours), nous savons bien que nous avons autant à découvrir lorsque nous croyons savoir que lorsqu'il est manifeste que nous ignorons tout de ce qui est déterminant pour notre malade. Les meilleurs psychanalystes, aujourd'hui, avalisent cette position socratique : « Respecter la vérité, si on y réfléchit, c'est tout à fait équivalent à quelque chose qui ressemble assez à respecter l'ignorance : respecter le fait que de quelque façon nous l'ignorons » (O. MANNONI 1980).

/p. 57/ Que l'Afrique ait des secrets n'est pas la moindre garantie pour que puisse exister notre entreprise thérapeutique.

On voit où pourraient commencer les dangers de l'ethnographie : nous faire perdre notre capacité d'étonnement et le bon usage de nos ignorances.

Ainsi la question reste-t-elle ouverte. La pratique interculturelle ne peut trouver secours dans aucune théorie toute faite ni aide assurée d'une science annexe. Il appartient au psychiatre de réinventer continuellement son action à partir de son savoir propre, de son expérience et de ses défaillances. Dans cette tâche, le seul allié indéfectible, auquel il doit demander beaucoup reste, bien évidemment, le malade.

Dr François LEBIGOT, psychiatre
CHR de *Korbogo* (Côte-d'Ivoire)
Dr André MONGEAU, psychiatre,
Centre de Santé Mentale,
Bouaké (Côte-d'Ivoire)

BIBLIOGRAPHIE

- COLLOMB H. (1977) « Sorcellerie-anthropopbagie et relation duelle » in *La folie* (Actes du colloque de Milan de 1976). Coll. « 10/18 », Paris, UGE, 349-375.
- DIOP B. & DORÈS M. (1976) « L'admission d'un accompagnant à l'hôpital psychiatrique » *Perspectives psychiat.*, v, 59 : 359-368.
- GBIGPI P. & AUGUIN R. (1978) « Évaluation d'une pratique institutionnelle à Fann: l'admission d'un accompagnant du malade à l'hôpital ». *Psychopathologie africaine* XIV, 1, 5-68.
- HAZERA M. & DELAFOSSE (1981) « Médecines traditionnelles, psychiatrie d'aujourd'hui » *Afrique médicale*, 28 : 89-92.
- LAPLANTINE Fr. (1973) *L'ethnopsychiatrie*. Paris, Éditions universitaires.
- MAKANG MA MBOG M. (1972) Confiances et résistances dans le traitement des maladies en psychopathologie africaine » *Psychopathologie africaine*, VIII, 3 : 419
- MONGEAU A. (1980) « Psychiatrie transculturelle ou interculturelle ? Entre théorie et pratique », *Évolution psychiatrique*, 45, 3 : 475-491.
- PAULME D. (ed.). (1971) *Classes et associations d'âges en Afrique de l'ouest*. Paris, Plon.

- RENAULT J.L. (1974) « La psychiatrie à Bobo-Dioulasso (1973) » *Afrique méd.* 124 : 891-900.
- SORO Ouagnimè & TUO Nambégué (1980) *La folie*. Korhogo (texte non publié).
- STORPER-PEREZ D. (1974) *La folie colonisée*. Paris, François Maspero.
- ZEMPLÉNI A. (1975) « De la persécution à la culpabilité » in C. PIAULT (ed). *Prophétisme et thérapeutique*. Albert Atcho et la communauté de Bregbo. Paris, Hermann : 155-218.

RESUME :

Dans un premier article, nous avons tenté de montrer comment des connaissances ethnographiques concernant nos malades (des Sénoufo Ivoiriens) pouvaient s’intégrer à notre action de psychiatres français. Celle-ci s’est révélée dépendante, en fait, de bien d’autres problèmes, très divers, souvent prosaïques, toujours contraignants, nécessitant chacun une analyse sérieuse. Nous en avons donné un aperçu dans un deuxième article. Il s’est avéré que notre technicité et nos modes de pensée proprement psychiatriques étaient les seuls à nous permettre de nous affronter à ces réalités. Néanmoins, nous n’avons pas pu émettre de proposition théorique générale de type « ethno psychiatrique » et nous avons plutôt parié sur les vertus d’un certain empirisme et de notre désir de soigner. Quant à l’ethnographie, si nous nous sommes aussi longtemps posés la question de savoir sa place en psychiatrie, c’était probablement d’abord pour lutter contre le dépaysement qui était le nôtre en arrivant dans nos services. Finalement, l’utilité que nous lui reconnaissons n’est pas celle que nous avions prévue, ni celle que la littérature lui attribue, mais celle d’une sorte d’objet transitionnel (parmi bien d’autres) entre le malade et le médecin. :

mots clés : • Sénoufo • Ethnopsychiatrie • Côte-d’Ivoire.

SUMMARY:

APRICA HAS SECRETS.
QUESTIONS ABOUT THE PLACE OF ETHNOGRAPHY IN
PSYCHIATRIC PRACTICE IN AFRICA.
II. INTERCULTURAL RELATION AND ETHNOGRAPHY.

In a former article, we had tried to show how ethnographic knowledge concerning our patients (Ivorian Senoufo) could be integrated into our action as French psychiatrists. This, in fact, was shown to be dependant on many other problems of very different types, often prosaic, always "binding", each one requiring a serious analysis. We have given a view of this in a second article. It has become clear that our technics and our way of thinking specifically psychiatric were the only think that permitted us to deal with those realities. In spite of this, we have not been able to put forth a general theoretical proposition of an "ethno-psychiatric" type and we have rather counted on the virtues of a certain empirical approach and of our desire to treat our patients. As for Ethnography, and its place in psychiatry, if we asked this question for a long time, this was probably, firstly, to fight against the uprooting that we experienced upon arrival in our departments. Finally, the usefulness that we recognize is not that which we had "expected " nor that which it cited in the literature, but that of a sort of transitional object (among many others) between the patient and the doctor.

Key words: • Senoufo • Ethno-psychiatry • Ivory Coast.