

POURQUOI CES MÈRES INDIFFÉRENTES ?  
ou  
Comment faire la part du culturel ?

Marie-Cécile et Edmond ORTIGUES

Dans les stages que nous animons depuis plusieurs années pour des psychiatres, pédiatres, psychologues, personnels soignants, au sujet de la clinique des émigrés en France, les questions qui nous sont posées, le sont, dans un premier temps, majoritairement sous cette forme : « Quelle est la part du culturel dans tel comportement, propos, réaction, tableau psychopathologique ? » Et aussi : « Nous voudrions connaître la culture, ou les codes culturels, de tel pays, pour comprendre ceci ou cela »<sup>1</sup>.

L'attitude générale des praticiens au départ est donc de penser qu'il existe des clés culturelles qui permettraient de traduire des données incompréhensibles en données familières et partant de comprendre. Il est vrai que la référence aux coutumes, aux mœurs et croyances traditionnelles est nécessaire pour éviter les malentendus, les contresens. Elle permet de situer les comportements et les propos dans de grands cadres de référence qui les rendent en partie compréhensibles. Mais ce n'est là qu'une première étape, un premier éclairage, et cela pour deux raisons.

En premier lieu parce qu'il ne faut pas confondre le typique et le personnel : les données ethnographiques nous font connaître /p. 6/ les comportements prescrits par une société ainsi que les croyances et valeurs qui les sous-tendent, mais ils

---

<sup>1</sup> Stages de formation continue, intitulés « Réflexion sur la clinique des émigrés africains et maghrébins », animés par Mohand Cbabane et Marie-Cécile Ortigues dans le cadre du SIETAR (Société pour l'éducation, la formation et la recherche interculturelles). 122, rue Nollet, 75017 Paris.

n'envisagent pas – ce n'est pas l'objet de leur étude – la manière dont chaque individu *s'approprié* les éléments de la culture commune. Toute personne est, certes, modelée par un héritage culturel, en Afrique comme chez nous, comme partout, mais elle n'est pas que le produit de celui-ci. Elle utilise à sa manière les éléments que lui offre la tradition. C'est dans les données singulières, les particularités de sa biographie, que s'inscrit pour chaque individu sa manière d'être lui-même.

En second lieu parce que les cultures ne sont pas aussi exclusives l'une de l'autre que l'on se plaît aujourd'hui à l'imaginer. Le fait qu'un type de comportement soit socialement marqué par un code culturel ne signifie pas que ce type de comportement ne puisse exister ailleurs sans être codifié. Il peut même arriver qu'une tradition étrangère nous aide à découvrir chez nous certains faits auxquels nous étions peu sensibles parce que notre tradition ne leur a pas conféré une visibilité sociale, une forme publique commentée par des croyances communes.

Nous nous proposons d'illustrer ces notations à partir d'une observation particulière, celle des « mères africaines indifférentes », c'est-à-dire des mères qui aux yeux des personnels soignants semblent réagir avec indifférence au moment même où leur enfant est gravement malade.

La question a été soulevée en 1954 par le Docteur Redginald F.A. Dean, directeur d'une unité de recherche sur la malnutrition, à l'hôpital Mulago de Kampala (Ouganda). Le Dr. Dean était, comme il le disait, « enragé » car, recevant des enfants atteints de marasme ou de kwashiorkor grave, il voyait les mères sitôt levées aller faire leurs ablutions dans la cour, se parer, bavarder, sans s'occuper de leurs enfants. Ce comportement, comparativement à celui des mères d'enfants moins gravement malades ou en bonne santé, lui paraissait insolite. Aussi demanda-t-il à l'Organisation mondiale de la santé un expert de la relation mère-enfant.

C'est le Docteur Marcelle Geber, pédopsychiatre et psychanalyste qui fut envoyée par l'OMS pour une mission de trois mois, dans le service du Dr. Dean. Nous ferons état de /p. 7/ ses

travaux qui sont à l'origine de notre réflexion, puis nous présenterons successivement :

- un récit d'Ester Muchnick, psychanalyste, travaillant dans un service de pédiatrie de la région parisienne ;
- le témoignage du Docteur Simone Gerber, pédiatre à Strasbourg, sur quatre situations cliniques ;
- de larges extraits d'un entretien avec le Professeur Thérèse Agossou, pédopsychiatre, et ses collaborateurs, à Cotonou (Bénin)

## Dr. Marcelle Geber

Les premiers travaux du Dr. Geber ont été publiés en anglais, nous citerons les versions françaises qu'elle en a données par la suite. Dans « Examiner et traiter l'enfant africain dans une approche culturelle » (1985), Marcelle Geber précise les constatations faites par le Dr. Dean et nous livre les raisons de leur conduite invoquées par les mères :

« La méconnaissance du dialecte, des coutumes africaines fut certes une gêne importante au début de l'enquête. La simple observation permettait de noter que les mères s'éloignaient d'autant plus de l'enfant qu'il était très malade et ne passaient que les nuits dans la salle d'hôpital, couchées sur leur natte à côté du lit où reposait le petit malade. La journée, elles ne venaient dans cette salle que si elles avaient besoin pour elles-mêmes d'un objet qu'elles y avaient laissé. Si des visiteurs venaient, elles les emmenaient aussitôt dans la cour parler avec elles et les différents groupes de malades qui s'y promenaient ou autres visiteurs.

« Les enfants atteints de marasme gisaient au fond de leur lit complètement apathiques. Par contre, ceux atteints de Kwashiorkor faisaient des colères, repoussant violemment la nourriture qu'essayait de leur donner l'infirmière, hurlaient au moindre soin et appelaient désespérément leur mère dès qu'ils la voyaient (Cf. Geber & Dean 1955). Les mères passaient souriantes, indolentes, quelquefois même se moquant de leur enfant, riant, très élégantes, paraissant beaucoup plus préoccupées d'elles-mêmes que du petit malade. » (Geber 1985 : 38-39).

Après avoir brièvement décrit les soins et attitudes qui accompagnent la grossesse, M. Geber évoque la naissance et la dation du nom selon le rite local des Baganda :

« Le grand-père paternel ou, s'il est décédé, un oncle ou un frère aîné du père dit "Tu te nommeras un tel (ou une telle) et /p. 8/ comme lui (ou elle) tu auras telles et telles qualités". Suit l'énumération de toutes les qualités de l'ancêtre ainsi honoré. Cet ancêtre protégera désormais la famille et l'enfant, et, si ce dernier est malade ou si une quelconque catastrophe s'abat sur la famille (incendie, mauvaise récolte, etc.), on pensera avoir mécontenté les mânes de cet ancêtre. Selon la tradition et la croyance animiste, ce sont les mânes des ancêtres qui, satisfaits ou mécontents, comblent la communauté de bienfaits ou l'accablent de malheurs. Ainsi les maladies de l'enfant ne peuvent provenir que de la colère des ancêtres. » (Geber 1985 : 39).

Et plus loin :

« C'est contraire à toute l'éthique du clan de ne pas désirer un enfant. Il sera donc impossible à une femme africaine de dire qu'elle n'a pas désiré un enfant, sans craindre l'opprobre des siens vivants et morts. Il lui sera aussi difficile de parler d'une grossesse pénible ou émaillée de maladies, car la cause en est un mécontentement des ancêtres, pour avoir été offensés, et elle ne veut pas réveiller leur colère.

De même, au cours d'un interrogatoire, les mères ne parleront pas des maladies antérieures de leurs enfants, et tairont les morts. Ce n'est pas par oubli, ce n'est pas pour mentir, c'est pour ne pas évoquer l'ancêtre, qui a alors manifesté son irritation. *Si les maladies sont dues au mécontentement des mânes des ancêtres, soigner, c'est soustraire le malade à cette colère et risquer que celle-ci n'entraîne pour tout le clan d'autres méfaits beaucoup plus graves que la maladie*<sup>2</sup>. Ainsi l'attitude d'une mère vis-à-vis de son enfant malade peut paraître désinvolte et devant une maladie grave la question de carences de soins maternels peut même se poser. La croyance animiste est si forte que beaucoup de mères sont littéralement déchirées entre la médecine moderne, qui peut soigner et guérir leur enfant, et la frayeur d'offenser les mânes des ancêtres. Et cela d'autant plus qu'elles sont isolées,

---

<sup>2</sup> C'est nous qui soulignons.

ayant perdu l'appui de la communauté villageoise et du clan. Elles vivent dans la hantise de déplaire, de faillir à leurs devoirs. » (Geber 1985 : 40).

Au 7<sup>e</sup> Congrès International de Santé Mentale, à Londres, elle faisait également remarquer que :

« Les Baganda ne peuvent aussi que se méfier de ces médecins qui veulent changer l'ordre établi, donner des conseils sur l'alimentation, l'hygiène, qui ne tiennent pas compte des tabous. Si un enfant est très gravement malade, peut-on le soustraire à la mort ? N'est-ce pas dangereux de contrarier les esprits ? Ne vont-ils pas se /p. 9/ retourner sur d'autres membres de la famille ou sur les récoltes ? Cette crainte a été maintes fois exprimée par les mères. L'impossibilité pour les mères des enfants atteints de Kwashiorkor grave, particulièrement spectaculaire par la dépigmentation, les œdèmes et la maigreur, d'exécuter les soins attentionnés et fréquents demandés par le médecin trouve ici son explication. » (Geber 1968 : 5)<sup>3</sup>.

Bien que les motivations culturelles jettent une lumière sur le comportement des mères indifférentes, l'auteur, dès ses premiers travaux, puis à partir d'enquêtes visant à préciser le milieu de vie, « l'ambiance psychologique », à partir d'anamnèses recueillies par un médecin africain, s'interroge sur le contexte des attitudes d'indifférence, sur les divers facteurs qui pourraient les sous-tendre, outre les croyances invoquées. Elle cherche à répondre à des constatations cliniques telles que : pourquoi dans une fratrie où tous reçoivent la même nourriture, un seul enfant est-il atteint ?<sup>4</sup> Pourquoi certains enfants gravement atteints récupèrent-ils rapidement une fois la carence protéidique abolie et d'autres non ? Pourquoi les discordances entre la récupération physiologique qui peut être satisfaisante alors que l'enfant

---

<sup>3</sup> On remarquera que l'auteur n'envisage pas que les mères, la famille, puissent être actives en effectuant des rites de propitiation ou de réconciliation avec les mânes des ancêtres. De tels rites ne sont-ils pas pratiqués ou bien est-ce manque d'information ?

<sup>4</sup> Alors que la carence protéidique est reconnue comme facteur majeur dans la survenue du kwashiorkor.

reste triste, apathique et que son développement psychomoteur stagne ?

Le premier facteur invoqué par Marcelle Geber est la séparation d'avec la mère chez les enfants atteints. Séparation qui a lieu traditionnellement chez les Baganda au moment du sevrage. Celui-ci est généralement brutal : l'enfant, privé de la relation de proximité constante avec sa mère, est confié à la grand-mère paternelle dans un autre village, donc se trouve dans un environnement inconnu et reçoit aussitôt sans transition, la même nourriture que les adultes. Souvent, à partir de ce moment, son développement psychomoteur se ralentit ou stagne et sa santé aussi bien que son humeur et son activité se détériorent. Les effets de cette séparation sont mis en parallèle avec ce que l'on sait des effets catastrophiques des séparations mère-enfant en Europe à la suite des travaux de John Bowlby en Angleterre et de Jenny Aubry en France.

/p. 10/ Le deuxième facteur est l'attitude des mères, envers l'enfant :

« La relation mère-enfant est toujours apparue de mauvaise qualité dans les cas les plus sévères. L'insécurité du petit malade était évidente et son comportement confirmait qu'il se sentait rejeté. La qualité de la relation semblait déterminer le degré de gravité du Kwashiorkor [...] si la relation était bonne, la guérison totale était rapide : si elle était mauvaise, l'aspect physique pouvait devenir meilleur mais les troubles psychologiques persistaient. » (Retard psychomoteur, apathie, tristesse...) (Geber 1991 : 29).

Ces observations semblent être validées par la langue locale :

« Le nom donné à la maladie par différentes ethnies souligne la carence maternelle, la rupture du lien. En luganda (la langue des Baganda) *obwosi* se traduit par "maladie de l'enfant consécutive à une maladie de la mère qui l'écarte,, ou encore : "enfant grincheux car la mère se détache de lui" » (Geber 1991 : 53).

Et aussi :

« Parmi les malades de Kwashiorkor, 40 % environ récupéraient. Dès qu'ils commençaient à perdre leurs œdèmes, que leur peau largement décolorée par plaques se recolorait, qu'ils pou-

vaient s'asseoir et montraient quelque appétit, leurs mères alors pleines de tendresse s'approchaient d'eux, les nourrissaient patiemment, les entouraient de leurs soins vigilants et chaleureux, dormaient près d'eux, souvent les mettant contre elle sur leur natte, attentives à leurs moindres besoins. Dès qu'elles pouvaient mettre leur enfant nu dos et ainsi se promener avec lui, la guérison se faisait en flèche.

Certains enfants très gravement malades sur le plan clinique et sur le plan biologique récupéraient ainsi beaucoup, plus vite que d'autres moins atteints cliniquement (...) mais dont les mères se montraient plus hésitantes à aller vers eux et à leur donner toute cette attention, toute cette chaleur affective dont ils avaient tant besoin. » (Geber 1985 : 39).

M. Geber précise ses observations à partir d'études de cas. Dans « Le devenir des enfants atteints de Kwashiorkor » (1991) elle rapporte l'histoire de sept enfants, d'abord vus à l'hôpital puis suivis jusqu'à l'adolescence. Ces récits confirment que le pronostic est étroitement lié à l'attitude des mères. Pourtant, le cas de Kittata, hospitalisé pour un Kwashiorkor grave semble faire exception : sa mère restait près de lui, toujours tendre et prête à répondre à ses moindres demandes. Malgré cela sa détresse demeure intense et il ne récupère pas. Cette mère se disait épuisée et désespérée, son mari se montrant /p. 11/ incapable d'avoir une case décente et de nourrir leurs neuf enfants. De retour chez lui Kittata donnait l'impression de se laisser mourir. C'est seulement quand la mère aura émergé de ses propres tourments – elle quittera son mari avec quatre des enfants – que Kittata récupèrera. À 17 ans, comme ses aînés, il est actif et entreprenant. On voit donc que l'évolution de Kittata est parallèle à celle de l'état dépressif de sa mère.

M. Geber fait aussi le récit de trois brèves psychothérapies menées à l'hôpital, à raison de séances quotidiennes. Le contact puis la relation qui s'établit entre l'enfant et elle sert de relais à une bonne relation de base existant entre l'enfant et ses parents. L'une des familles était dans un dénuement extrême et la mère avait dû quitter l'enfant hospitalisé pour accoucher. Une autre

mère était décédée et le père habitait loin mais très affectueux et attentif il venait voir son fils aussi souvent que possible<sup>5</sup>. Ces deux premiers enfants, gravement atteints ont très bien récupéré. La mère du troisième est toujours restée indifférente, dans la salle d'hôpital comme pendant les tests pratiqués par M. Geber. Si elle participait à la toilette, à peine l'enfant était-il sorti du lit qu'elle quittait la salle. Dès la sortie de l'hôpital elle l'a confié à une grand-mère et n'allait le voir que rarement. L'enfant allait mieux physiquement mais restait triste, passif, en quête constante de sa mère. Sa récupération a été limitée.

Après le repérage de motivations culturelles, M. Geber a, comme nous venons de le voir, mis en évidence le poids d'une donnée universelle, à savoir, l'importance vitale des rapports émotionnels entre la mère et l'enfant. Elle ne s'en tient pas là. Tout au long de ses écrits, elle prend en compte le vécu des mères, les circonstances particulières qui peuvent les amener aux attitudes d'indifférence dommageables pour l'enfant. Elle relève ainsi :

– *la honte* : « Toute mère se sent coupable de la maladie de son enfant. Mais cette culpabilité est certes amplifiée en Afrique par les croyances et les traditions. La maladie signe, au vu et au su de tous, que les règles du clan n'ont pas été respectées. Ainsi /p. 12/ les petits malades renvoient à leur mère une mauvaise image d'elle-même. Les mères ont honte. L'indifférence apparente, puis la sollicitude dès que le petit malade s'achemine vers la guérison, peuvent ainsi s'expliquer » (Geber 1991 : 53).

– *l'incompréhension des soignants* : Leur honte, leur malaise sont trop souvent accrus par les réactions des soignants qui ne tiennent pas compte de tout ce qu'une femme en âge de procréer ne doit pas évoquer pour respecter la tradition : « Au cours d'interrogatoire, les mères ne parlent pas des maladies antérieures de leurs enfants et tairont les morts. Ce n'est pas par oubli, ce n'est pas pour mentir, c'est pour ne pas évoquer

---

<sup>5</sup> Un récit plus détaillé de la psychothérapie de ce petit orphelin paru dans la présente revue cf. Geber 1988-89.

l'ancêtre qui a alors manifesté son irritation ». Bien des malentendus s'installent ; les mères sont mal jugées, voire rejetées. Cette phrase n'est pas rare : « on ne peut pas travailler avec elle, elle ne dit jamais la vérité ».

– *l'isolement* : On comprend qu'à l'hôpital où elles accompagnent leur enfant, ces mères sont aussi angoissées parce que « déchirées entre la médecine moderne qui peut soigner et guérir leur enfant et la frayeur d'offenser les mânes des ancêtres. Et cela d'autant plus qu'elles sont isolées (loin de leur famille et de leur village) ayant perdu l'appui de la communauté villageoise et du clan » (Geber 1985 : 40).

– *l'éducation* : Le contrôle de l'expression des sentiments est l'une des exigences très marquée de l'éducation : « Ces mères ne pleurent pas, dès le plus jeune âge l'éducation enseigne à tout individu de ne jamais se plaindre, d'être toujours aimable et souriant ».

– *les drames personnels* : Enfin sont relevés, au cours des récits, les situations douloureuses singulières qui sous-tendent angoisse et désarroi : répudiation par le mari ; lymphangite imposant un sevrage précoce alors que l'enfant précédent était mort dans la même occurrence, etc.

Par ces notations, M. Geber nous conduit à rencontrer ce qu'il y a à la fois de plus personnel et de commun dans ce qui affecte les humains. Les témoignages qui suivent, puisés dans des contextes variés, nous permettront d'approfondir cette rencontre.

/p. 13/

## Ester Muchnick

Le récit qui suit émane d'une psychologue-psychanalyste qui travaille dans le service de pédiatrie d'un hôpital général en Île de France :

« Une jeune femme rwandaise, Mme R., est hospitalisée dans un service de médecine générale. Quelques jours auparavant, son fils de cinq ans et sa fille de trois ans avaient été hospitalisés dans

le service de pédiatrie du même hôpital pour malnutrition. Le garçon avait été au bord de la mort.

L'équipe soignante de pédiatrie ne connaît pas Mme R. ni le motif de son hospitalisation. Pourtant, sa réaction a été d'emblée très violente. La misère n'étant pas la cause de la malnutrition (le père travaillait et gagnait correctement sa vie), il ne pouvait rester comme explication que "le manque d'amour de la mère pour ses enfants". On entendait des propos tels que : "T'as vu, elle n'a même pas téléphoné pour demander des nouvelles de ses enfants" ; "Il n'y a que le père qui vient voir les enfants !". Conclusion, "C'est une mauvaise mère".

Quelques jours plus tard, apprenant l'hospitalisation de la mère, je décide d'aller la voir.

Première rencontre : je me présente, lui dis que je suis psychologue dans le service où sont hospitalisés ses enfants et je lui dis qu'ils vont mieux. Elle s'exprime en français avec difficulté mais nous arrivons à nous comprendre. Elle me fait écouter de la musique de son pays, elle m'offre un verre de jus d'orange et nos premiers échanges se passent surtout avec des sourires.

Deuxième rencontre : Elle met à nouveau de la musique de son pays et elle commence à me parler d'elle. J'apprends qu'elle est en France depuis moins d'un an. Elle essaye de me raconter sa détresse, son isolement, sa perte d'appétit. J'ai su qu'elle aussi avait été hospitalisée pour malnutrition. Pendant que je suis avec elle, son mari téléphone. Elle me passe l'écouteur et tient absolument à ce que je parle avec son mari, auprès de qui je me présente également. Au moment de partir, elle prend mes mains entre les siennes, elle les embrasse en pleurant et en répétant "merci, merci". L'émotion est très intense pour toutes les deux.

Troisième rencontre : Elle me demande des nouvelles de ses enfants. Je lui réponds qu'ils vont très bien, que son garçon est hors de danger.

Ce jour-là, elle me parle de son village. Elle dit connaître son mari depuis son enfance ; ils sont du même village ; la mère de son mari et son père à elle sont des cousins germains. Elle me parle du long voyage qu'elle a fait avec son mari pour arriver en France. Avant que je la quitte, elle me dit avec un grand sourire que /p. 14/ bientôt elle pourra monter voir ses enfants. Elle me tend un magazine féminin dont elle me fait "cadeau", dit-elle.

Suite à ces entretiens, il y a eu dans le service de pédiatrie une réunion avec l'équipe soignante, le pédiatre, l'assistante sociale, une aide-ménagère et moi-même. De cette réunion je vais simplement rapporter la transformation du jugement qui pesait sur cette femme ; transformation qui a été possible à partir du moment où j'ai apporté à ce groupe deux éléments inconnus de lui :

– le motif de l'hospitalisation de la mère : elle souffrait comme les enfants de malnutrition. Ceci dans le contexte d'un état de dépression. J'ai transmis ce dont elle m'avait parlé lors de notre deuxième rencontre : sa perte d'appétit liée à la nostalgie de sa famille d'origine, de son village.

– une information entendue quelque temps auparavant : s'écarter des enfants très malades, paraître indifférente, est une attitude que l'on rencontre parfois chez les mères africaines. Les raisons en sont diverses, elles peuvent être ancrées dans les traditions.

À partir de là, la position de l'équipe soignante et des autres intervenants auprès de cette mère a complètement changé. Tout le monde s'est demandé comment l'aider. Des aspects de son comportement déjà connus mais qui avaient été oubliés ou pas pris en compte ont pu être évoqués. Par exemple, l'aide ménagère s'est rappelée que cette femme aimait coudre. L'assistante sociale s'est demandée si des cours pourraient l'intéresser. Bref, quelques jours après cette réunion, cette maman africaine est montée voir ses enfants, l'équipe soignante était disposée envers elle d'une manière que ne laissaient pas présager les lourds jugements dont elle avait été l'objet. »

Nous avons ici deux problèmes : un problème d'information et un problème de communication.

Deux informations ont modifié l'attitude de l'équipe soignante. La première concerne l'état dépressif et anorexique de Mme R. C'est là une donnée que les infirmières connaissent bien et qui leur permet de relier la mère et l'enfant en attirant leur attention sur les complexités psychologiques entourant la malnutrition. L'autre information est d'ordre culturel. Vraie ou contestable, elle a pour effet de mettre en suspens les jugements réprobateurs : il apparaît que la conduite de la mère a des raisons socialement acceptables, bien que ces raisons ne soient pas les nôtres. Ce sont des raisons « d'ailleurs ».

C'est l'intervention de la psychanalyste qui a rendu ces informations accessibles à l'équipe soignante. De quoi est faite cette intervention ? Elle est faite de signaux échangeables, car /p. 15/ ce ne sont rien d'autres que de petits signes de reconnaissance mutuelle, susceptibles d'être non seulement reçus mais émis par la patiente. D'abord la psychanalyste prend le temps de se présenter ; les salutations africaines sont plus longues que chez nous ; elles ménagent un temps d'accommodation à la présence d'autrui. La malade lui fait écouter la musique de son pays, ce qui veut dire que le message a été reçu. Puis les signes de reconnaissance s'enchainent, chacun n'ayant d'autre fonction que d'ouvrir pas à pas des possibilités actives de communication. Ainsi se crée une situation évolutive, dans laquelle l'équipe soignante peut entrer à son tour : « l'aide ménagère s'est souvenue que cette femme aimait coudre ». La situation n'est pas institutionnellement ou professionnellement close.

### Dr. Simone Gerber

Nous avons fait part au Docteur Simone Gerber, pédiatre, de la question qui nous occupe. Elle a bien voulu nous exposer des situations cliniques susceptibles de contribuer à notre réflexion. Voici ce qu'elle écrit :

« En tant que médecin installée en France, cette constatation à propos des femmes africaines m'évoque un certain nombre de souvenirs et suscite en moi quelques questions. La première serait celle-ci : et les pères ? Où sont-ils ? quel est leur rôle dans ces situations graves qui touchent leur enfant, partagent-ils cette indifférence des mères ? Une autre question serait : ne rencontre-t-on pas exactement les mêmes situations ici, chez les femmes "bien de chez nous", en France, et pas seulement dans les milieux dits défavorisés, comme en témoignent les quatre situations cliniques que je vais rapporter ?

Il y a quelques années, parmi mes patientes, il y avait ainsi une jeune mère qui semblait se désintéresser de la santé et des maladies de ses enfants. Le couple vivait au milieu des frères et des

sœurs de la mère dans l'appartement de la grand-mère maternelle. Manifestement, cette femme n'avait pas quitté sa propre mère, et n'avait pas investi sa propre maternité. C'était le père qui prenait les rendez-vous, qui téléphonait lorsque les enfants étaient malades, qui les amenait à la consultation avec ou sans sa compagne muette... Au fil des années il est apparu de façon évidente que cette femme, avait été maintenue dans cet état de passivité et de débilité par sa propre mère. Le seul moment où elle a manifesté une inquiétude et une attitude active, c'est lorsque, à la mort de son père (qui vivait séparé depuis longtemps de son épouse), j'ai fait hospitaliser son plus jeune fils pour une anorexie qui l'avait mené à une grande dénutrition. À ce même moment elle a pu exprimer une /p. 16/ émotion, dire le chagrin qu'elle éprouvait à la mort de son père, dire aussi sa peur pour son fils. Très vite, l'enfant a guéri, il est sorti de l'hôpital. Et puis elle a retrouvé son état habituel de passivité et d'indifférence.

Lors d'un colloque sur "le poids des mots autour de la naissance", une infirmière dans un service de néonatalogie a osé apporter en public le témoignage de sa réaction face à son propre enfant nouveau-né. Elle disait que pour la première fois, grâce à l'esprit de tolérance qu'elle percevait ce jour-là parmi les professionnels présents, elle pouvait révéler ce qui lui était arrivé, sans en avoir honte. Son bébé grand prématuré avait été hospitalisé dans un service parisien. Et, pendant deux semaines, elle avait été incapable d'aller lui rendre visite. Elle était comme sidérée, paralysée, et d'autant plus coupable, qu'elle-même infirmière, elle imaginait les jugements ; de ses collègues vis-à-vis de son attitude. Après deux ou trois semaines racontait-elle, une fois son bébé libéré du matériel de réanimation elle avait pu se rendre à son chevet. Cet événement survenu dans sa vie avait totalement transformé sa vision des premières relations qu'une mère peut entretenir avec son enfant malade. Lorsqu'elle avait repris plus tard son travail en milieu hospitalier, elle était devenue beaucoup plus tolérante vis-à-vis des mères d'enfants hospitalisés. Ayant elle-même vécu cette expérience, elle savait maintenant mieux percevoir les difficultés qu'éprouvaient certaines mères au contact de leur enfant gravement malade, mieux accepter sans les juger certains comportements, et parfois même conseiller à une mère d'attendre le meilleur moment pour rencontrer son enfant. Il lui semblait

aussi que celles-ci lui parlaient beaucoup plus facilement qu'auparavant.

Une autre mère, m'a raconté combien elle se sent coupable, deux ans plus tard encore, de son absence d'émotion à la naissance de sa fille Marie après qu'elle ait accouché d'elle par césarienne. Pendant deux mois, elle n'éprouvait aucun désir et aucun plaisir à prendre Marie dans ses bras et à l'embrasser. Elle la nourrissait et lui donnait les soins adéquats comme on accomplit son devoir, mais l'aurait volontiers confiée à une autre personne si elle-en avait eu la possibilité. En même temps elle en éprouvait une grande honte. Elle habitait à l'époque dans une ville du nord de la France. Lors d'une maladie du bébé elle avait pris contact avec un pédiatre qui sachant l'écouter sans la culpabiliser lui avait apporté une grande aide. Son mari, l'avait aussi beaucoup assistée en prenant le relai auprès du bébé à chaque fois qu'il le pouvait. C'est à l'occasion d'insomnies rebelles de sa fille alors âgée de deux ans, qu'elle est venue me consulter. Au fil des rencontres nous avons pu remonter dans l'histoire de la famille de cette jeune femme jusqu'à la guerre de 14-18. Son grand-père était revenu de cette guerre blessé, gazé. Comme bien d'autres il avait été un homme profondément meurtri par les épreuves vécues dans les tranchées. Devenu alcoolique, il était souvent très violent avec sa femme, et avec le fils qui /p. 17/ leur était né longtemps après la guerre alors qu'il avait décidé de ne pas avoir d'enfant. Ce fils, devenu adolescent en 1939, avait beaucoup souffert de la dernière guerre mondiale. Sa mère était morte de faim, lui, avait survécu par miracle. Comme son propre père, il avait décidé que dans ce monde cruel il était tout à fait stupide d'avoir des enfants. Mais comme son propre père aussi, après dix ans de mariage, un enfant lui était né : la mère de Marie. Elle aussi avait décidé de ne pas avoir d'enfant. Pour faire plaisir à son mari, disait-elle, sans enthousiasme, elle s'y était résolue. Mais c'était bien la dernière fois ! Effet des paroles, de l'histoire ainsi révélée ? Petit à petit les insomnies de Marie se sont apaisées.

Au cours d'un travail de recherche sur le handicap, j'ai recueilli le récit d'une femme médecin dont l'enfant était né trente ans auparavant atteint de très importantes malformations urinaires. Cette femme a pu me décrire beaucoup de ses émotions et de ses

relations avec le corps médical qui ont une résonance particulière puisqu'elle fait partie de cette corporation.

Après un accouchement long et douloureux, son fils fut immédiatement transporté à l'hôpital. Et puis ce fut le silence. Le gynécologue disparut pendant deux jours. Rien ne fut dit du bébé, ni à elle ni à son mari. La première description, plutôt sombre, de l'état de son fils, lui fut donnée par un ami médecin. Quelques jours plus tard, arriva le chef de clinique du service hospitalier. Il lui parla du bébé, lui fit part des résultats du premier bilan, et des premières malformations qui avaient été découvertes. Jamais elle n'oublia cette présence et ces paroles : "plus tard, si votre enfant survit, il faudra apprendre à toucher les zones difformes de son corps, il faudra lui en parler, il faudra que cet enfant existe avec son corps tel qu'il est." Lorsqu'elle sortit de clinique, elle ne s'attarda pas beaucoup au-dessus du berceau de son fils. Elle n'y jeta qu'un bref regard, pour constater combien son bébé était grêle, gris, abattu et peu actif. Elle ne le prit pas dans ses bras. Elle ne demanda que très peu de détails sur son état médical. Après les insomnies, les pleurs et les souffrances physiques qui avaient suivi l'accouchement, elle retrouva ses forces elle se para d'un voile d'indifférence vis-à-vis de l'événement qui lui était arrivé. Cet enfant qu'elle avait tant désiré, attendu, et bien il n'était pas venu, celui qui était né allait mourir... Elle avait connu dans sa vie d'autres tourments, d'autres douleurs, elle avait appris à s'en détacher. Pendant la guerre, elle avait ainsi accepté, après une tentative de refus, de porter l'étoile jaune avec le mot JUIF au centre, puis, plus tard, avait assisté sans émotion apparente, aux annonces de l'assassinat de tous ses oncles, tantes, cousins, cousines. Ce qui lui arrivait là pouvait être vécu comme une punition divine méritée pour avoir abandonné la synagogue et se marier avec un homme qui n'appartenait pas à sa communauté. C'est elle qui pensait que sa mère pensait que... Jamais celle-ci ne le lui dit. Mais à la mort de sa mère, bien des années plus tard, son agenda lui révéla ces mots /p. 18/ écrits à la date de l'accouchement : "ma fille a eu un fils avec un non juif, quel malheur !" Malgré les pronostics les plus pessimistes, après de multiples épisodes où la mort semblait proche, l'enfant survécut. La religieuse, infirmière surveillante de ce service de pédiatrie depuis plus de trente ans, était une grande femme sévère, qui ne souriait jamais. Lorsqu'elle prenait l'enfant

dans ses bras, elle se métamorphosait. Elle était douce et maternelle, entre le petit garçon et elle des sourires s'échangeaient. La mère téléphonait de temps en temps, venait très rarement. Franchir ces vieux couloirs, pénétrer dans ces énormes salles aux murs blancs décorés de crucifix, subir le regard froid et moralisateur de la surveillante, constituait pour elle une épreuve redoutable. Avec son propre enfant elle ne pouvait plus retrouver ces gestes qu'elle avait effectués autrefois avec d'autres enfants malades. Lorsque le bébé eut quatre mois, le patron du service, un homme connu pour son despotisme et sa misogynie, convoqua les parents, et leur annonça qu'ils pouvaient prendre le risque de reprendre l'enfant à la maison. "Surtout ne faites pas de bêtises et ramenez le souvent", dit-il à la mère. À quelles bêtises pensait-il ? Avait-il peur que cette mère indigne supprime son enfant ? C'est ce que celle-ci supposa.

Comme il avait séduit les infirmières, le petit Michel séduisit sa mère et son père. Il souriait beaucoup, il gazouillait, il hurlait aussi... Porter ce tout petit au corps malingre, qui tenait mal son tronc et sa tête, était pourtant difficile. Elle se forçait à caresser ses membres grêles, son ventre gonflé, elle lui parlait. En même temps, naissait en elle le désir de protéger Michel des interventions médicales éprouvantes. Les infections urinaires douloureuses se répétaient, se prolongeaient, résistaient souvent aux antibiotiques dont l'éventail n'était pas très large à l'époque. Les maladies, les souffrances du bébé, déclenchaient à chaque fois une grande panique et faisaient surgir le désir que ce cauchemar se termine. Mais petit à petit elle apprit à ne pas courir à l'hôpital, à refuser les hospitalisations proposées, à reprendre l'enfant contre l'avis du patron, avec parfois la complicité du chef de clinique. Les crises s'atténuèrent. L'enfant guérissait, même lorsqu'elle n'appliquait pas exactement les traitements ordonnés. Malgré toutes les peines, les angoisses, cet enfant était devenu le sien. Il marcha à 15 mois, maîtrisa parfaitement la parole à 18 mois, et manifesta une jalousie monstrueuse pour la petite sœur née deux ans après lui. Un troisième enfant naquit. Le vieux patron fut remplacé par un plus jeune. La mère consultait de moins en moins. Le jeune patron s'en offusquait. Chaque examen médical qui constatait l'évolutivité de la maladie, qui déclenchait conseils, recommandations diététiques ou thérapeutiques, faisait resurgir la panique. La jeune femme avait ouvert un cabinet de médecine libérale, son mari enseignant

et chercheur travaillait beaucoup, voyageait souvent. À une consultation de néphrologie parisienne elle fut mise entre les mains d'une diététicienne. Celle-ci lui indiqua le régime draconien qu'il fallait /p. 19/ instaurer pour éviter l'insuffisance rénale. Plus de viande, plus de fruits, plus de chocolat. Michel adorait la viande, les fruits et le chocolat. Ce régime alourdit toutes les autres contraintes de la vie quotidienne. Chaque repas devint une épreuve. Pour accompagner Michel, toute la famille se mit au régime. En voyage, il fallait emporter des stocks d'antibiotiques et d'antalgiques. On réduisit les départs en vacances. Par crainte de la maladie et du régime à instaurer, les invitations étaient rares. Comme souvent, la souffrance et la peur de l'exclusion engendrait chez autrui l'exclusion redoutée. Fréquenter d'autres parents dans la même situation, reproduisait la crainte de se retrouver dans un ghetto centré sur la maladie. Dans cette région réputée pour sa nourriture, les repas en famille et au restaurant constituaient un des grands plaisirs de la vie. Comment priver tout le monde de tous ces mets délicieux ? La mère s'y essaya. Michel hurlait, il voulait surtout manger ce qui était interdit. Le plus souvent elle abandonnait le combat. Dans les prises de sang prescrites par le médecin de l'hôpital, et effectuées le moins souvent possible tant les résultats engendraient la panique, les chiffres se faisaient de moins en moins bons. "Vous ne suivez pas le régime accusait le médecin, ça va mal se terminer". En effet, cela se termina mal, un soir, après un repas au restaurant l'insuffisance rénale s'installa. Michel avait 14 ans. La dialyse commença. Et avec elle la toute puissance du contrôle et des conseils. Dans cette région de traditions, une femme qui continuait à travailler avec trois enfants, dont un malade, était mal jugée. Le jeune patron hospitalier, cita à plusieurs reprises l'exemple de cette commerçante extraordinaire qui arrivait à effectuer les dialyses de son fils à domicile et à tenir sa boutique. Dans un compte rendu adressé quelques années plus tard à un autre hôpital il mentionna : "il apparaît que la surveillance de l'évolution et de la thérapeutique n'a certainement pas été aussi satisfaisante qu'on aurait pu le souhaiter". Quelle utilité avait cette phrase accusatrice et culpabilisante à l'égard de la mère sinon celle de reconforter le médecin face à une maladie qu'il ne pouvait guérir ?

Michel a aujourd'hui trente ans. C'est un homme qui, malgré les souffrances, affronte les difficultés quotidiennes avec une

grande énergie et un grand désir de vivre. Il a raconté un jour à sa mère que dans le passé, lorsqu'il était malade, il exagérait quelque peu ses symptômes. Il aimait tant la voir s'affoler, délaisser ses sœurs et s'occuper uniquement de lui. Quant à celle-ci, elle dit que ses sentiments de culpabilité n'ont jamais réellement disparu, mais que face aux médecins de son fils elle n'a cessé de revêtir le masque de l'indifférence. Une psychanalyse, puis un travail de collaboration avec quelques psychanalystes lui ont permis de ne pas se laisser envahir par la souffrance, paralyser par la culpabilité, et de poursuivre une vie active.

Cette peur de l'enfant réanimé, rendu méconnaissable par les soins médicaux chez une femme infirmière qui ose en parler, cette /p.20/ succession de souffrances dans la généalogie qui fait redouter et refuser l'enfant, chez une autre, cette difficulté relationnelle avec le corps médical dans le récit de cette femme médecin mère d'un enfant handicapé, n'existent-ils pas avec d'autres connotations, et dans un autre contexte historique, chez des femmes africaines ? »

Ces exemples ne suggèrent-ils pas que, sous des connotations diverses, la réaction d'indifférence ou de stupeur intérieure dans l'excès du malheur, est une réaction de défense universelle ? Diverses sortes de chocs émotionnels ne peuvent-ils pas produire des états analogues ? Nous reviendrons sur les exemples donnés par le Dr. Gerber après avoir entendu le témoignage de l'équipe de pédopsychiatrie de Cotonou.

### Professeur Thérèse Agossou et ses collaborateurs

René Collignon, anthropologue, a bien voulu reprendre notre question et l'a posée au Docteur Thérèse Agossou, pédopsychiatre à Cotonou (Bénin). Celle-ci a réuni ses collaborateurs<sup>6</sup>, le 13 Mars 1992 pour une discussion approfondie avec

---

<sup>6</sup> Étaient présents : Dr. Th. Agossou, Agrégée de pédopsychiatrie ; Mme Philemène Ahyi ; Dr. Gaodaho, assistant ; Dr. Josiane Houngebe, assistante ; D. Kadidiatou Gouro, 4<sup>e</sup> année de CES de psychiatrie (du Niger) ; Dr. Selouke Siranyan, 2<sup>e</sup> année de CES (du Burkina Fasso) ; Dr. André Tabo, 4<sup>e</sup> année de CES (de Centre Afrique) ; Dr. Mathieu Tognide, 2<sup>e</sup> année de CES ;

René Collignon qui a recueilli leurs propos. Propos dont nous allons rapporter l'essentiel.

D'emblée, le Dr. M.T. voudrait que l'on précise l'extension de la question: « La constatation a-t-elle été faite sur les africains uniquement ou aussi sur d'autres continents, l'Asie ou d'autres ? Le Dr. K.C. témoigne : « J'ai fait les mêmes constatations au Niger à propos d'enfants malnutris. Les mères des enfants malnutris ont cette attitude d'indifférence vis-à-vis de l'enfant qui ne mange pas, mais elles ne l'ont pas pour d'autres maladies organiques. Je ne sais pas si c'est parce que l'enfant est malnutri que la mère est indifférente. ou bien si ce sont des mères de nature négligente, ce qui aurait entraîné la malnutrition de l'enfant. »

Puis sont abordés les rapports entre les mères africaines et le personnel soignant des hôpitaux en France.

Le Dr. G. : « J'ai l'impression tout de même que chez nous les mères d'enfants hospitalisés pour malnutrition n'ont pas cette /p. 21/ grande indifférence. C'est habituel chez nous que la mère reste auprès de son enfant hospitalisé. D'après ce que nous avons appris, il semblerait qu'en France la mère ne soit pas autorisée à rester auprès de son enfant. En conséquence elle peut se sentir dépossédée et refuser de coopérer avec le personnel soignant. » le Dr. G. évoque une situation où l'incompréhension, de part et d'autre, a été dramatique pour la mère : « J'ai connu en France un exempte patent. Il y avait une dame, une béninoise, qui gavait son enfant et l'enfant a fait une fausse route [alimentaire]. Il y a eu l'accident. Elle s'est agitée. C'est par hélicoptère que le SAMU est venu chercher l'enfant à domicile. On lui a arraché son enfant, on a hospitalisé l'enfant. C'est tout : plus de contact. Les premiers jours elle a cru que c'était comme en Afrique, que la maman devait s'occuper de l'enfant à l'hôpital. Elle est partie à l'hôpital, mais ce n'était pas possible qu'elle voie son enfant. Ce n'était pas possible ! Si elle pouvait frapper les gens, elle le ferait. Elle a tempêté, elle a tout fait. Elle a fait plusieurs tentatives pour voir son enfant. Comme ça n'a pas marché, elle a cru que son enfant était décédé et que les gens ne voulaient pas l'informer. Elle avait la ferme

---

Dr. Francis Tognon. 2<sup>e</sup> année de CES ; Joseph Foyet, étudiant de 4<sup>e</sup> année de médecine ; René Collignon.

conviction que sa fille était décédée. Elle est rentrée chez elle en pleurant, attendant le jour où on allait l'appeler pour lui donner le corps de son enfant. Une semaine après, on lui a rendu son enfant totalement guéri. Alors je me demande s'il n'y a pas des incompréhensions entre les mères africaines en Europe et la forme de prise en charge dans les services de pédiatrie là-bas. Au Bénin, la maman doit rester là, donner des soins, s'occuper de l'hygiène, acheter les médicaments. Peut être, cela pourrait expliquer les différences ? »

Le Dr. Th. A. : « Une mère, qu'elle soit d'Afrique du Nord ou d'Afrique Noire, si elle reste attachée à son système traditionnel, on peut comprendre la difficulté. Il ne faut pas se voiler la face : elle est avec les soignants dans un rapport de "ceux qui ne savent rien" avec "ceux qui savent tout", ceux qui dominent et ceux qui sont écrasés ou sont au bas de l'échelle. Il y a tout le spectacle du Professeur, des assistants, des infirmiers, des internes... tout ce monde contre une seule femme, et qui lui disent : "mais ce n'est pas cela qu'il fallait faire !" Elle est vraiment seule contre tous. Ces contrastes font qu'elle est là, passive ; elle dit : "Bon, voilà, prenez l'enfant et faites-en ce que vous voulez". Et, si l'on n'y prend garde, les soignants, dans leur effort même pour comprendre, pour expliquer, peuvent passer à côté parce qu'ils ne se rendent pas compte de ce que vit la mère. »

L'entretien dérive alors sur les habitudes de gavage et les accidents de gavage. Le Dr. Th. A. commente : « Un enfant qui ne mange pas. ça veut dire chez nous que la maman est mauvaise. C'est donc pour éviter cela qu'elle fait le gavage ; et puis, de toutes façons, c'est ce qu'on lui a appris. » Elle fait remarquer qu'« il existe aussi des indifférences masquées, détournées, qui parfois prennent l'aspect d'un activisme : être là, tout le temps, s'inquiéter de quel /p. 22/ médicament il faut donner, demander des soins toutes les cinq minutes, n'est-ce pas parfois une manière de mettre une distance ? »

R.C. propose d'élargir la question de départ, de regarder « ce qui concerne l'attitude de l'entourage, en famille, avant même d'aller à l'hôpital lors d'une maladie de l'enfant perçue comme grave. Quels sont les commentaires de la famille dans ce cas ? »

Dr. A.T. « Je commencerai par dire qu'en Afrique la cause de la maladie est toujours recherchée au niveau de la famille d'abord,

on des proches de la famille. Surtout pour les enfants, c'est toujours ou très souvent la mère qui est interpellée, qui est rendue responsable. Surtout s'il y a des antécédents dans la famille, ou bien si la mère ne s'entend pas bien avec les parents de son mari. Elle peut être traitée comme une sorcière qui pourrait éventuellement "manger" son enfant. Cette accusation de sorcellerie, quand elle est avancée, impose à la mère de s'éloigner de son enfant malade. Plus encore, dans les cas de maladies graves comme les méningites ou le neuro-paludisme, qui peuvent être vraiment dramatiques et poser des problèmes très sérieux dans la famille. Je crois que c'est souvent la question de la sorcellerie qui envenime les relations de la mère, surtout avec sa belle-famille. En particulier si le mariage n'a pas été décidé par les deux familles, ça pose des problèmes au moment d'une maladie grave de l'enfant. » (Suit un long silence).

R.C. : « Pensez-vous que cela ait une incidence sur la manière dont on va aborder la question d'un recours thérapeutique : adresser l'enfant à l'hôpital ou à des guérisseurs traditionnels ? »

Dr. A.T. : « Ça peut avoir des incidences parce qu'il y a des cas où c'est la tante de l'enfant, la tante paternelle par exemple, qui va arracher l'enfant des mains de sa mère pour l'emmener chez le tradipraticien ; elle dira que c'est la mère qui est responsable et que si elle est présente les soins ne seront pas efficaces. Ou bien, à l'hôpital, la mère peut être là mais elle est au deuxième plan. L'éloignement de la mère s'accroît si le personnel infirmier croit à cette histoire de sorcellerie. Il y a des infirmières ou infirmiers qui accusent la maman des enfants malades : « C'est vous qui avez fait ça... c'est vous la cause de... vous avez commis l'adultère, c'est pour cela que les mânes des ancêtres veulent frapper l'enfant d'une maladie grave. Il faudrait que vous alliez vous confesser ». On a des exemples comme ça. »

Le Dr. Th. A. : « Vous avez commencé à évoquer le problème de la sorcellerie. Souvent la maladie grave ne dépend pas que de l'état de l'enfant ; elle dépend aussi de ce qu'on a dit, de ce que l'on pense de l'origine de la maladie, de ce qui a été prédit comme évolution. La gravité est souvent là. Ainsi, vous voyez un enfant qui fait à peine une fièvre, un vomissement et qui mobilise une si grande angoisse qu'on se demande : mais pourquoi autant d'angoisse devant une simple fièvre ou un simple vomissement ?

Peut-être/p. 23/ cela renvoie-t-il à ce que l'enfant est dit être un enfant *abiku*<sup>7</sup>. Il a la fièvre et la famille se dit que c'est là le début d'une espèce d'escalade qui le conduira peut-être à la mort. Dans ce cas, on comprend les réactions de l'entourage qui va nous dire : "Bon, il ne faut pas qu'il se fâche, il faut faire tout ce qu'il veut." C'est un premier niveau. Dans le cas de l'*abiku*, à un moment donné, l'entourage conseille à la mère de laisser cet enfant, ou bien l'arrache à la mère et le confie à quelqu'un d'autre, comme s'il fallait éloigner le plus possible ce danger pour le conjurer. Ou bien l'entourage tient un discours totalement différent, on dira : "Ah ! Il va très bien maintenant" alors qu'il va de plus en plus mal. Comme si ces propos étaient une façon de conjurer la mon qui est là. De même, certaines mères mettent l'enfant à distance, pensant qu'ainsi on peut le sauver. Et quant l'enfant fiévreux se met à délirer, parfois les personnes les plus impliquées s'en vont parce qu'elles ne doivent pas entendre ce que dit l'enfant. Et encore, les personnes dont l'enfant aurait le plus besoin, on va, par un subterfuge, les éloigner pour ne pas qu'elles soient présentes lorsque l'enfant va crier le nom de quelqu'un. Donc, cette mise à distance, cette apparente indifférence, est dans certains cas prescrite par la conception que l'on a de la maladie, de ses causes et du traitement jugé approprié ».

Ph. A. : « Les enfants *abiku*, c'est tellement important dans la famille africaine qu'ils sont déposés près des tas d'ordures, sur les tas d'ordures. Et c'est quelqu'un d'autre de la famille, une autre mère qui va les chercher – enfin selon les oracles, c'est soit une

---

<sup>7</sup> *Abiku* : littéralement « ceux qui-naissent-pour-mourir » en Yoruba. Au sein de cette population du Bénin et du Nigeria, on considère en cas de décès successifs de plusieurs enfants d'une même mère qu'il s'agit réalité du même enfant qui meurt et renaît à volonté. Pour les retenir parmi les humains, il faut multiplier les précautions magiques et rituelles, le doter d'un nom qui lui permette de résister à l'appel de la mort (cf. Verger 1968). Cette construction/représentation est à rapprocher d'autres très semblables dans de nombreuses populations de l'Afrique de l'ouest : l'enfant *nit ku bon* (« La personne qui est mauvaise ») chez les Lebou et Wolof du Sénégal (Zempléni & Rabain 1965), le *ciit a paxeer* chez les Sereer (Collomb 1973, 1977) mais aussi chez les Diola (*Joola*) de Casamance (Fassin 1986, 1987; Jounet 1985, 1991), les Mossi du Burkina Faso ( Bonnet 1988), les Igbo du Nigeria (Achebe 1986), au Brésil (Augras 1990-91) etc. Ilechukwu montre en particulier que ces représentations sont utilisées pour donner forme et légitimité à des situations très diverses qu'elles justifient ou apaisent (Ilechukwu 1990-91).

mère, soit un père qui va chercher ces enfants pour les élever et les garder jusqu'à leur mort. L'enfant dans la plupart des cas, échappe à la mort, adopte comme père ou mère cette personne qui l'a ramassé. La famille et les parents géniteurs ont tellement peur de perdre cet enfant [né après plusieurs enfants morts], qu'ils vont consulter les oracles /p. 24/ et souvent il leur est conseillé de jeter cet enfant. Ils vont donc le déposer de manière rituelle auprès d'un tas d'ordures, en dehors de la maison. Et, de manière également rituelle, une tante, une cousine, ou même l'une des femmes du père, si le père est polygame, sera chargée d'aller retrouver cet enfant perdu. C'est une manière d'aller rechercher le mort dans la brousse pour pouvoir le remettre en vie dans une autre famille. Puisqu'à chaque fois le couple perd ses enfants, peut-être qu'en essayant avec telle ou telle personne, il gagnera à l'avoir en vie cet enfant, et dans la plupart des cas, il vit. Les parents géniteurs, notamment la maman, fuient leurs responsabilités, si bien que cet enfant est vraiment adopté et adopte celui qui est allé le chercher et qui l'entretient jusqu'à sa mort. »<sup>8</sup>

R.C. fait préciser : « Dans ce que tu exposes là, il y a une connivence, tacite ou délibérée, entre la mère qui va abandonner l'enfant et un parent qui va venir le chercher ? » La réponse est nette et vive : « Absolument, absolument ! »

R.C. propose maintenant que l'on parle de la notion d'urgence, celle-ci pouvant être liée à la gravité de la maladie : « Les soignants ont une conception acquise de l'urgence, cela a-t-il une réalité pour les familles ? »

Dr. G. : « La famille a aussi une notion d'urgence en fonction de l'étiologie attribuée à la maladie. Compte tenu de cette étiologie, on pense que si l'on ne fait pas dans l'immédiat des cérémonies, les offrandes qu'il faut faire aux ancêtres, ou bien ce qu'il faut pour conjurer le sort, alors, le soir ou le lendemain, l'enfant va

---

<sup>8</sup> Doris Bonnet décrit des pratiques analogues chez les Mossi : « ... la jeune mère dont la plupart des enfants sont morts en bas âge simule la vente de son dernier-né au marché à un étranger [...] (quel génie s'attaquera à un enfant étranger ou acheté par un Peul ?), la femme dont l'enfant vient de mourir laisse les femmes de sa cour (tantes paternelles ou sœurs aînées de son mari) enterrer le petit cadavre sous un tas d'ordures afin de montrer aux génies le peu d'intérêt qu'on lui porte. « Si nous ne nous intéressons pas à lui, pourquoi vous y intéresseriez-vous ? » semblent-elles vouloir dire. Ainsi aura-t-il peut-être la vie sauve la prochaine fois ? » (Bonnet 1988 : 96).

mourir. Alors les gens courent pour réunir les ingrédients nécessaires à la cérémonie, ou bien pour faire des scarifications à l'enfant et l'arracher ainsi aux mains des sorciers. » Le Dr. J.H. explique que certaines urgences médicales sont connues des familles : « ... s'il semble que ce soit vital, peut-être penseront-ils à l'hôpital, si ce n'est après avoir fait un tour chez le guérisseur. » Le Dr. M.T. : « Dans une famille on peut avoir un conflit à propos de la prise en charge d'un enfant en cas d'urgence. Par exemple, pour la famille c'est la sorcellerie qui est à la base de cette affection et, même si vous êtes un médecin membre de la famille et que vous avez fait votre diagnostic, il est difficile de leur arracher cet enfant. Je rencontre ce problème dans ma famille. Si je dis : "Ça c'est un diagnostic /p. 25/ typique, une affection connue, il faut l'emmenager à l'hôpital", on me répond : "On ne va pas aller à l'hôpital parce qu'on pense que c'est la sorcellerie. Ce que tu as appris, ce n'est pas ça" ».

Au cours de ces échanges, d'autres raisons ont été brièvement évoquées qui pourraient faire comprendre l'indifférence, vraie ou apparente, de certaines mères.

Dr. S.S. : « Il faudrait savoir quel statut social occupe la mère. En Afrique, il y a une différence entre le comportement d'une femme mariée, qui vit dans un foyer, et les filles-mères. On voit souvent des filles-mères qui rejettent des enfants bien portants et qui fuient leurs responsabilités. »

Le Dr. J. H. se souvient d'un cas d'affection néonatale grave. La mère ne s'en souciait pas. C'est le père qui avait amené l'enfant à l'hôpital. La mère n'était pas venue de toute la journée. L'enfant était irrécupérable : ils étaient venus trop tard. « Là, je me demande s'il ne s'agit pas d'une certaine immaturité de la personne ? »

Dr. G. : « Je pense que l'ignorance intervient aussi. Les gens ne comprennent pas les maladies comme nous. Ce qui pour nous est sérieux, ne l'est pas pour eux. Prenons le cas du kwashiorkor, ils penseront que l'enfant prend du poids et que c'est bien, que c'est parce qu'il mange bien. On lui donne des repas qui ne sont pas nourrissants même si on leur conseille des repas nourrissants parce qu'ils pensent que si on donne des œufs ou de la viande à un enfant, celui-ci deviendra plus tard un voleur. »

Dr. Th. A. : « Je pense que certains parents, ou certains

proches de la famille, savent très bien que l'enfant est malade, qu'il faudrait des soins. Ils savent que ça voudrait dire aller au centre de santé, acheter des médicaments, laisser peut-être son commerce, rester à l'hôpital avec cet enfant. Les parents, les mamans ne sont pas toujours prêts à faire ça. Non parce qu'elles sont de mauvaises mères mais parce qu'elles mettent en balance : ou bien s'occuper du commerce qui nourrit dix personnes, ou bien aller accompagner un enfant qui va peut-être mourir. Surtout si la prophétie ou la divination avait prévu ça, la mère pense que le choix est fait. Et, pour ne pas dire publiquement "Je laisse mon enfant pour continuer de vendre mon riz pour nourrir dix personnes", on vous dira : "Mais, tout va bien. Ça va. On lui a même donné des médicaments hier", etc.

« Autre chose : une maman, une famille qui a six filles, qui attendait un garçon et qui a une septième fille. Quand cette septième fille va démarrer son kwashiorkor, je ne sais pas si c'est avec la même vigueur que la maman va s'en occuper, en se disant : "Pourquoi je vais encore me fatiguer pour récupérer une septième fille qui socialement ne me porte pas ?" Il y a des choses que l'on ne peut pas dire, qu'on annule, qui font l'objet d'une dénéga-tion... on pourra savoir peut être plus tard, par d'autres personnes... » /p. 26/

## Conclusion

Dans l'entretien recueilli par René Collignon, nos collègues africains ont ouvert l'éventail des questions que pose la réaction troublante de l'indifférence maternelle, reprenant et complétant les questions posées par les documents précédents tant en ce qui concerne les croyances et rituels que les données singulières de la vie de chaque mère.

Pour l'équipe de Cotonou, comme pour le Dr. Marcelle Gerber et le Dr. Simone Gerber, il y a d'abord ce fait que les pratiques hospitalières placent la mère dans une situation difficile. Difficile dans tous les cas, non seulement lorsque la mère, séparée de son enfant, se sent, comme le raconte Simone Gerber, culpabilisée par l'autorité médicale : « Surtout ne faites pas de

bêtise !», mais aussi lorsque la mère, à l'intérieur du service hospitalier, se sent, comme dit Thérèse Agossou, « écrasée » par le savoir médical, mise à l'écart « au bas de l'échelle », « seule contre tous ».

Cet isolement de la mère est d'autant plus difficile à vivre qu'il en répète un autre, à l'intérieur non plus de l'hôpital mais de la famille. Soyons sensibles à cet élément de répétition, sachons le reconnaître sous la diversité des formes culturelles qui le recouvrent. Cet élément dramatique de répétition, écoutons-le d'abord s'exprimer chez cette mère juive dont parle Simone Gerber : « ... Elle ne s'attarda pas beaucoup devant le berceau du bébé. Elle n'y jeta qu'un bref regard. Elle ne le prit pas dans ses bras, comme le proposaient les infirmières. Elle ne demanda que très peu de détails sur son état médical. Après les insomnies, les pleurs et les souffrances physiques qui avaient suivi l'accouchement, les plaies se refermèrent. Elle se para d'un voile d'indifférence vis-à-vis de l'événement qui lui était arrivé. À elle, oui, à elle. C'était ainsi. Il n'y avait qu'à accepter. Cet enfant qu'elle avait tant désiré, attendu, eh bien ! il n'était pas venu. Celui qui était né allait mourir... Elle avait connu dans sa vie d'autres tourments, d'autres douleurs. Elle avait appris à s'en détacher. C'est ainsi déjà qu'enfant elle avait passé la guerre sans essayer d'y rien comprendre. Elle avait ainsi accepté, après une tentative de refus, de porter à six ans, comme enfant juif, l'étoile jaune, puis plus tard avait assisté sans émotion apparente, distante, impuissante, /p. 27/ aux hurlements quotidiens de sa mère dans les années qui avaient suivi l'annonce de l'assassinat de tous ses frères, sœurs, oncles, tantes, cousins, cousines... » En écho à cette répétition terrible écoutons maintenant ce que disent Thérèse Agossou et ses collaborateurs : « Je commencerai par dire qu'en Afrique la cause de la maladie est toujours recherchée au niveau de la famille d'abord ou des proches de la famille. Surtout pour les enfants, c'est toujours ou très souvent la mère qui est interpellée, qui est rendue responsable... Elle peut être traitée comme une sorcière qui pourrait éventuellement « manger » son enfant. Cette accusation de sorcellerie, quand elle est avancée, impose à la mère de s'éloigner

de son enfant malade. Plus encore dans les cas de maladies graves comme les méningites et les neuro-paludismes, qui peuvent être vraiment dramatiques et poser des problèmes très sérieux dans la famille ». Oui, sous des connotations différentes, il en est de la sorcellerie comme de l'étoile jaune. C'est un drame familial qui se répète dans cette identité personnelle vacillante de la mère et de l'enfant, cette contradiction stupéfiante d'être dépossédée de soi dans ce qui est né de soi. » À elle, oui, à elle, cela est arrivé ». De quel abîme intérieur monte ce cri que nul n'entend, paré d'un voile d'indifférence ?

Il y a un piège dans les explications « culturelles ». La connaissance de certains traits collectifs typiques nous apporte un début de compréhension en même temps qu'elle fait écran au drame personnel. S'en tenir aux explications de la psychologie par les normes culturelles revient à prendre le parti des instances refoulantes, des pressions sociales, sous lesquelles justement se cache ou se voile d'indifférence, l'abîme intérieur. Ce sont habituellement de faibles indices, presque imperceptibles, qui dessinent au dehors les contours de ce qui se cherche au fond de la souffrance et de la répétition.

La conformité apparente des gestes aux mêmes rituels coutumiers tend à simplifier et figer nos représentations des étrangers ou des inconnus. À bien connaître les personnes on réalise qu'un code social, si contraignant soit-il, laisse toujours une place à la variété des positions personnelles. Elles peuvent s'exprimer indirectement, avec une subtilité qui nous échappe au premier abord : un regard furtif, une mimique discrète, une /p. 28/ intonation, une plaisanterie, un geste ébauché, peuvent avoir autant de force que les protestations explicites. Inversement, nous comprenons que l'histoire singulière de mères françaises les amène à des comportements d'absence, de retrait, d'apparente indifférence, sans que nous songions à évoquer des déterminants culturels. Et qui sait si, dans un service de prématurés par exemple, un observateur d'ailleurs ne serait pas étonné par la fréquence de telles attitudes ainsi que par la séparation que les soins médicaux instaurent entre les enfants et leur mère ?

C'est pourquoi dans l'étude des croyances coutumières, il convient de distinguer toujours deux sortes de questions :

– les questions d'ordre sociologique ou ethnographique sur les diverses fonctions sociales que remplissent les coutumes, non seulement comme interprétations populaires de la maladie mais aussi comme expressions d'une morale commune (rapports d'autorité, statuts différentiels des sexes et des générations, règles de conduite, etc.).

De plus, la tradition ne se contente pas d'apporter une explication, elle en propose plusieurs : la volonté des ancêtres, l'enfant *abiku*, la sorcellerie, ailleurs la magie... Il apparaît donc que le choix de telle explication plutôt que de telle autre mobilise différemment les relations familiales, celles de la mère avec son entourage. Dès lors il ne suffit plus de s'en tenir à une explication stéréotypée mais il faut rendre compte de telle interprétation traditionnelle plutôt que de telle autre dans une circonstance donnée.

– les questions d'ordre psychologique sur l'histoire individuelle et familiale qui donne des significations variables aux réactions de chacun dans un contexte chaque fois particulier.

Cette double approche, sociale-typique et historico-clinique, peut s'appuyer non seulement sur les disciplines académiques de l'anthropologie et de la psychiatrie, mais aussi sur ce que peut nous apprendre la littérature africaine. Dans l'histoire de la psychiatrie européenne, le roman, le théâtre, la peinture, la sculpture, les œuvres d'imagination ont toujours été une source importante de réflexion (depuis Robert Burton jusqu'à Sigmund /p. 29/ Freud). Paul Riesman (1986) souhaitait qu'il en fût de même pour la psychiatrie africaine<sup>9</sup>.

On a tort aujourd'hui de réserver le mot « culture » à l'évocation d'un héritage reçu du passé avec ses normes conventionnelles stéréotypées, car la culture est aussi un processus continu de création, de spontanéité nécessaire à la sincérité des

---

<sup>9</sup> « La personne et le cycle de vie dans la pensée africaine. » Voir en particulier le chapitre 7 : Perspectives phénoménologiques et expressions artistiques. *Psychopathologie africaine* 24, 1 (1992) : 79-104.

sentiments. Il y a dans la spontanéité du langage populaire une créativité des moyens d'expression, à laquelle nous ne sommes pas suffisamment attentifs. Nos capacités d'analyse psychologiques se nourrissent à la fois d'observation et d'imagination, car la psychologie tient de l'art autant et plus peut être que de la science.

La notion ethnographique de culture est une notion abstraite puisqu'elle s'occupe seulement des « patterns » ou des normes communes à un groupe humain. Ces normes communes prennent des significations diverses dans l'histoire des individus. La psychologie clinique considère chaque individu comme un être en situation qui se distingue des autres par l'ensemble des rapports qu'il entretient avec eux. Ce qui est universel, c'est précisément le fait qu'un être humain tende à s'approprier à sa manière singulière ce que la société lui propose.

Marie-Cécile et Edmond ORTIGUES  
7, Place Jussieu, 75005 Paris.

/p. 30/

#### BIBLIOGRAPHIE

- ACHEBE Chinwe (1986) *The World of the Ogbanije*. Enugu (Nigeria), Fourth Dimension Publishers, iv-68 p.
- AUGRAS Monique (1990-91) « Les jumeaux et la mort ; note sur les mythes des *Ibeji* et des *Abiku* dans la culture afrobrésilienne. » *Psychopathologie africaine* 23, 1 : 5-17.
- BONNET Doris (1988) *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays Mossi, Burkina Faso*. Paris, Éditions de l'ORSTOM, 138 p. (« Mémoire », 110).
- COLLOMB Henri (1973) "The child who leaves and returns, or the death of the same child." in E. James ANTHONY (ed) *The child in his family: the impact of disease and death*. New York, John Wiley & Sons, vol. 2 : 439-452.
- (1977) « La mon en tant qu'organisateur de syndromes psychosomatiques en Afrique. » *Psychopathologie africaine* 13, 2 : 117-147.
- FASSIN Didier (1986) "Ritual buffonery: a social preventive measure against childhood mortality in Senegal." *Lancet* 1 : 142-143.
- (1987) « Rituels villageois, rituels urbains. » *L'Homme*, 104, XXVII, 4 : 54-75.

- GEBER Marcelle (1968) « L'éducation en santé mentale infantile face aux conceptions particulières du milieu rural. » *Scalpel*, 36 : 671-678.
- (1985) « Examiner et traiter l'enfant africain dans une approche culturelle. » *Revue de l'Infirmière*. 18 : 38-40.
- (1988-89) « Psychothérapie d'un enfant atteint de kwashiorkor. » *Psychopathologie africaine* 22, 2 : 171-190.
- (1991) « Le devenir des enfants atteints de kwashiorkor. » *Devenir* 3, 1 : 36-54.
- GEBER Marcelle & DEAN Redginald Francis Alfred (1955) "Psychological factors in the etiology of kwashiorkor." *Bull. WHO*, 12 : 471-475.
- ILECHUKWU Sunny T.C. (1990-91) "Ogbanji/Abiku: a cultural-bound construct of childhood and family psychopathology in West Africa." *Psychopathologie africaine* 23, 1 : 19-60.
- JOURNET Odile (1955) « Les hyper-mères n'ont plus d'enfants. Maternité et ordre social chez les Joola de Basse-Casamance. » in Nicole-Claude MATHIEU (éd.) *L'arrondissement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*. Paris, EHESS (« Cahiers de l'homme »).
- (1991) « Un rituel de préservation de la descendance : le kanyaalen Joola. » in Collectif *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et Madagascar*. Paris, L'Harmattan : 19-40.
- ORTIGUES Marie-Cécile et Edmond (1984) *Edipe africain*. Paris, L'Harmattan (1<sup>ère</sup> éd. 1966. Plon).
- (1986) *Comment se décide une psychothérapie d'enfant ?* Paris, Denoël, 164 p. (« l'Espace analytique »).
- RIESMAN Paul (198) "The person and the life cycle in African social life and Thought". *The African Studies Review* 29, 2 : 7-138. Trad. fr.: « La personne et le cycle de vie dans la vie sociale et la pensée africaine » *Psychopathologie africaine* (1988-89) 22, 3 : 327-363; (1990-91), 23, 1 : 77-101 ; 23, 2 : 205-244 et (1992), 24, 1 : 79-108) .
- VERGER Pierre (1968) « La société egbe orun des abiku les enfants qui naissent pour mourir maintes fois. » *Bulletin de l'IFAN* (Dakar) 30, 4 : 1448-1487.
- ZEMPLÉNI András & RABAIN Jacqueline (1966) « L'enfant *nit keu bon* : un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolof et Lebou du Sénégal » *Psychopathologie africaine* 1, 3 : 329-441.

RÉSUMÉ :

À partir de l'indifférence apparente observée chez des mères africaines dont l'enfant est gravement malade, on s'interroge sur la part du culturel dans cette attitude. Les attitudes typiques prescrites par la tradition sont distinguées de la façon dont chaque individu s'approprie les éléments de sa culture. Des réactions observées chez ces mères françaises sont mises en parallèle avec les réactions des mères africaines.

*Mots clés :* • Enfant africain malade • Indifférence maternelle • Traits culturels/Réactions personnelles • Observations comparées.

SUMMARY :

WHY SUCH UNCONCERNED MOTHERS ?

From the apparent indifference observed in African mothers with seriously ill children, we wonder about the role of culture in this attitude. We must distinguish between typical attitudes derived from traditions and the way in which each individual combines elements of his culture with elements of his own personal history. Reactions observed in French mothers are compared with the reactions of African mothers.

*Key words:* • Ill African child • Maternal indifferences • Culture attitudes/Personal reactions • Compared observations.