

UNIVERSITE PARIS X - NANTERRE

Faculté des Lettres et Sciences Humaines

N°

**MANIFESTATIONS D'HYSTERIE FEMININE
en milieu urbain au Sénégal**



Thèse de Doctorat
de Psychologie Clinique et Pathologique

Mamadou MBODJI

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur Tobie NATHAN

PARIS 1989

A mes enfants Sarah, Thomas et Arona.

A Françoise.

A Aïcha.

A Isabelle, Dominique, Alain et Maryse.

A toute l'équipe de "Fann".

A toutes celles sans lesquelles demain n'est qu'utopie.

Sommaire

Introduction	1
I. - GENERALITES	
1. Les Wolof, peuple de synthèse	7
2. Etre femme en milieu wolof	10
3. Aménagements opérés par les femmes	17
Conclusion	25
- Notes	26
II. - PROBLEMATIQUE / CADRE GENERAL	
1. Introduction	28
2. Quelques rappels sur l'Hystérie	34
3. Le phénomène de la possession au Sénégal en milieu wolof-lébou	44
4. La notion du corps	47
5. Sur la question de l'Hystérie au Sénégal	51
6. Hystérie et Possession	54
7. Parcours du malade	60
8. Hypothèses	71
- Notes	74
III. - METHODOLOGIE	
1. Les systèmes de représentations traditionnels de la maladie mentale chez les Wolof-Lébou	79
2. Les limites de la demande psychiatrique au Sénégal	89
3. La clinique de "Fann" : un microcosme thérapeutique à l'image d'une congrégation de guérisseurs	103
4. La nécessité du "double discours complémentaire"	107
5. Phénoménologie de la relation avec le malade	115
6. Les aménagements nécessaires à notre démarche	126
- Notes	136

IV. - CAS CLINIQUES

Sira ou la princesse sans trône	142
Fatim ou l'héritière infortunée	162
Kadio ou le 'liggéeyu ndey'	179
Aminata ou la légende de "Coumba l'orpheline"	197
Yacine	223
Bintou ou l'hérétique du village	240
Commentaires	253
- Notes	258

V. - RESUME -CONCLUSION

1. L'hystérique, le groupe, les conflits relationnels, une pathologie nouvelle	260
2. La demande de l'hystérique en milieu psychiatrique	272
3. La rencontre faussée avec l'Institution	281
- Notes	285

ANNEXES

<i>Annexe I</i> : Coumba l'orpheline	288
<i>Annexe II</i> : Légende de Kocc Barma	291

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie	295
---------------	-----

Introduction

Notre expérience clinique a eu comme cadre, le service de psychiatrie du CHU de Fann dans un premier temps et ensuite les consultations privées que nous effectuions dans une clinique dakaroise non spécialisée.

Lors de notre contact avec l'institution psychiatrique, nous n'étions affecté dans aucune des unités de soins qui constituaient le service. Nous avons ainsi une liberté de mouvements, une certaine indépendance mais également une difficile insertion dans l'équipe et une envie de tout voir, donc d'être partout.

Et peu à peu, nous avons amèrement pris conscience du "fossé" qui s'ouvrait devant nous : d'un côté, les rudiments théoriques et livresques acquis au cours de nos études et auxquels venait s'ajouter notre mémoire défaillante et déformante de vagues images de la "folie", captées lors de brefs stages effectués dans certaines institutions psychiatriques et médico-psycho-pédagogiques de la région parisienne; de l'autre, des malades mentaux africains, calmes et presque "absents" ou "délirants", bruyants et agités. Certains d'entre eux, erraient sans but précis dans les différentes cours du service; d'autres étaient absorbés dans des occupations diverses telles que racomodages de vieux vêtements, jardinage, arrosage, cuisine, balaya-

ge, causeries en petits groupes, tresses, séances de thé, ou alors l'oreille collée à un petit transistor, etc.

Parfois, nous avons l'impression que seule la conscience d'être dans un milieu hospitalier psychiatrique, nous faisait percevoir ces gens comme des malades, tant il nous était difficile de distinguer certains de ces malades de leurs accompagnants également hospitalisés. Il faut noter aussi que l'animation qui régnait dans ces espaces de l'institution à certains moments de la journée, rappelait étrangement l'effervescence habituelle des cours de la plupart des concessions des quartiers populaires de Dakar ou des habitations villageoises.

Et lorsque nous nous retrouvions dans cet espace libre, un peu "voyeur", un peu curieux et un peu avide de comprendre, assailli par la tentation - sécurisante - de coller une étiquette de la nosographie habituelle à chacun de ces visages, à nos propres interrogations sur la folie, venaient s'ajouter, les questions que l'on nous adressait pour s'enquérir sur les raisons de notre présence, sur notre statut, etc.

Tout dans ces gens et dans cet univers nous interpelait. Ici, on était soit un malade, soit un parent accompagnant, soit un étudiant, soit un soignant. Et le soignant ne pouvait être que "docteur" ou infirmier. Je n'étais rien de tout cela et pourtant j'étais soignant. Or le soignant ne pouvait ici qu'établir une relation d'autorité et de chimiothérapie.

Avec les consultants externes, le même problème se posait; lorsque les collègues médecins ou psychiatres nous les présentaient ou nous les envoyaient tout bonnement, le titre de "docteur" était toujours évoqué et un certain mode de relation, sous-jacent. Et nos dénégations ou précisions sur notre statut n'y faisaient rien, soit elles n'étaient pas entendues, soit elles éveillaient de la suspicion.

Lorsque nous sommes arrivés à la clinique psychiatrique "Moussa Diop" du CHU de Fann, recruté comme psychologue par le Ministère

sénégalais de la santé, nous n'étions chargé d'aucune tâche particulière ni d'aucune recherche.

Occupant un petit bureau dans le service, sans être rattaché à une unité de soins, nous "voguions" d'une unité à l'autre, participant aux activités générales du Service ainsi qu'aux tâches de formation (enseignement de la psychologie médicale aux étudiants en médecine de 2^e année; enseignement de la psychologie aux étudiants du D.I.P. - diplôme d'initiation à la psychologie, créé par le service).

Notre arrivée à "Fann", a coïncidé, à quelques mois près, avec le départ du psychologue Belge qui, des années durant, s'est occupé avec beaucoup de mérite, de dévouement, d'intelligence et d'efficacité, des tâches rédactionnelles et éditoriales de la revue "Psychopathologie Africaine" éditée par la Société de Psychopathologie et d'Hygiène mentale de Dakar.

C'est ainsi que tout naturellement, sans en sous-estimer les difficultés, j'ai formulé le voeu de m'occuper d'une partie des charges que requérait la gestion de cette revue scientifique, étant entendu que notre confrère, aujourd'hui installé en France, allait maintenir sa collaboration dynamique et dynamisante en tant que co-rédacteur de la revue.

Mais, l'investissement quotidien et permanent que mes nouvelles charges supposaient, n'était pas parvenu, au fil des mois, à faire taire en moi mon intime conviction de la nécessité de m'investir dans une pratique clinique.

Au cours de nos années de formation universitaire en France, nous nous sommes très vite intéressé à la psychiatrie transculturelle à travers les travaux de l'équipe de Psychiatrie de Dakar, dont une bonne partie a été publiée dans la revue "Psychopathologie Africaine"

que nous allions régulièrement consulter au Centre de Recherches et d'Etudes des Dysfonctionnements et de l'Adaptation (CREDA*)

C'est au cours de ces mêmes années de formation que nous avons eu la chance de compter parmi nos enseignants à l'université, un psychanalyste (de formation non médicale) dont le langage, les préoccupations et questionnements qui filtraient à travers son cours, tranchaient nettement avec le reste du discours classique qu'on nous sérinaient sur la psychopathologie en général.

A l'époque, la lecture de certains travaux et conclusions de l'équipe de "Fann", confrontée à ce qu'on nous enseignait à l'université, s'articulaient mal avec notre projet d'avoir une pratique clinique en Afrique ultérieurement.

En effet, quelles étaient les chances de réussite d'un africain profondément acculturé, formé dans un univers occidental et qui se destinait à une pratique clinique en Afrique ?

Dans la plupart des travaux publiés de l'équipe du Pr Collomb, revenaient souvent des témoignages sur la profonde différence entre les deux cultures, sur la barrière linguistique, sur la méconnaissance, par les thérapeutes occidentaux en milieu africain, des réalités socio-culturelles, sur les difficultés presque insurmontables d'établir et d'avoir une relation thérapeutique duelle interculturelle, etc. En bref, il s'agissait de l'impossibilité - attestée par ces témoignages - d'avoir une pratique clinique classique, du modèle occidental en milieu africain. Ceci remettait profondément en question l'image de notre propre formation dans une université occidentale et nous interpelait. Dès lors nous ne pouvions pas manquer de nous interroger.

Et à ces interrogations, l'enseignement de Tobie Nathan - ses cours, séminaires, références, et travaux de recherche - nous a semblé contenir des éléments de réponse. Ses cours devenaient ainsi une école,

* CREDA, rue des Saint-Pères, 75006 Paris.

son enseignement une initiation - tant pis pour les guérisseurs africains.

Et ses interrogations et préoccupations, bien que s'appuyant sur une riche expérience clinique et de profondes connaissances ethnologiques que je n'avais pas, trouvaient une grande résonance en moi, livré que j'étais à des préoccupations théoriques nébuleuses qu'elles venaient ainsi éclairer et structurer.

Notre intérêt pour la pratique clinique en milieu africain ne pouvait donc pas se laisser "ensevelir" par les impératifs non moins importants de notre investissement à l'égard de la revue "Psychopathologie Africaine" dont la place indéniable et le rôle, dans le champ de la recherche en psychiatrie, en psychopathologie et dans les autres disciplines des sciences humaines, ne sont plus à démontrer après un quart de siècle d'existence.

Cet intérêt pour la clinique se manifestait d'abord dans toutes les réunions informelles ou institutionnelles : dans les échanges avec les collègues psychiatres et/ou psychologues, à propos d'un malade; dans les présentations de cas de malades, dans les consultations auxquelles j'assistais et/ou participais, dans les cours de psychologie médicale qu'animaient psychiatres et psychologues, dans les échanges libres sous la case du "Pënc" entre malades, soignants et accompagnants.

Dès lors, notre principale préoccupation s'articulait autour de deux questions fondamentales: la première, pouvait-il y avoir une articulation, enrichissante, opérante et utile à la clinique, entre le système de pensée africain, et le système de pensée occidental, tous deux, bien que présents, paraissant s'exclure mutuellement ? La seconde était de savoir si une relation psychothérapique duelle et intra-culturelle, était d'emblée possible avec toutes les chances d'efficacité ou si elle nécessitait des aménagements, des préalables, théoriques ou techniques ou méthodologiques ?

I.

GENERALITES

1. Les Wolof, peuple de synthèse

Les Wolof constituent l'ethnie dominante au Sénégal - 1.200.000 environ dont près du tiers est semi-urbanisé - et ont des origines fort diverses qui englobent plusieurs ethnies que l'histoire unifiera.

C'est un peuple de synthèse qui a connu des transformations multiples, de profondes mutations et d'amples phénomènes migratoires qui témoigneraient de leur grande mobilité et d'une certaine indépendance. Leur histoire est jalonnée de séries de ruptures et d'adaptation. Selon A. B. Diop (1) leur grande faculté d'adaptation est un trait essentiel de leur culture.

Peuple de synthèse, les Wolof, depuis la constitution de leur société en lamanats jusqu'à nos jours en passant par l'époque monarchique et la période coloniale, nous ont toujours paru être également des gens en perpétuelle rupture. Pour l'auteur, l'espace d'implantation géographique ancienne des Wolof - vers le XVI^e siècle environ jusqu'à la conquête coloniale, c'était les royaumes du "Walo", "Jolof",

"Kajoor", "Baol", qui ont connu, depuis des temps lointains, des brassages de population ayant favorisé une unité de structure et de culture commune aux Wolof.

"On peut parler de rupture géo-politique du nord et de l'est vers les anciens territoires occupés d'abord par les Manding, ensuite les Sereer... Ces régions seront ensuite connues comme étant le berceau traditionnel des Wolof... Ils avaient probablement adopté le même mode d'occupation de l'espace que leurs prédécesseurs émigrés vers le sud ou wolofisés sur place".(2)

Une série de ruptures, dans les modes de vie, dans les activités agro-économiques, dans les alliances et/ou contraintes géo-politiques, dans les modes d'occupation et d'utilisation de l'espace et de gestion du temps; mais également ruptures dans les croyances et options mythico-religieuses.

Toutes ces ruptures - et les modalités nouvelles d'adaptation qu'elles engendraient dans la chronologie des bouleversements et événements historiques, économiques et politiques - ont modifié le paysage socio-culturel des Wolof.

L'ensemble des systèmes a été ébranlé et précisément la structure familiale wolof élargie, traditionnellement régie par les principes de la hiérarchie et du communautarisme. Ces principes, comme le note l'auteur, reposent sur la domination des hommes du patrilignage sur les femmes, celle des aînés sur les cadets, et la solidarité; ils sont considérés comme des données vitales au maintien du groupe.

Dès la naissance, les modalités éducatives visent à l'intégration de l'enfant dans le groupe par des rites et techniques de maternage.

"Ce qui est visé à travers le maternage, les techniques éducatives, les institutions et les rites, c'est toujours une fusion de l'individu dans la communauté, une intégration de chaque individu dans des rôles et statuts parfaitement définis. L'individu n'a guère conscience de sa qualité d'individu; il n'existe qu'en tant que maillon d'un réseau collectif et de la lignée" (3)

Les rapports entre individus sont strictement codifiés dans des réseaux d'interrelations et de reconnaissance mutuelle des rôles et statuts de chacun. Etre en dehors de ces réseaux, les méconnaître, en ignorer les codes ou les transgresser, sont sources de désarroi, de malaise, de conflits que venaient désamorcer, "endiguer" des systèmes régulateurs que la collectivité mettait en permanence, comme des "modèles prêt-à-porter", à la disposition des individus, assurant ainsi leur possible réintégration au sein de la communauté.

J. Rabain note, par exemple que

"les modes d'expression de l'agressivité dans la société Wolof déroutent l'observateur européen : l'évitement massif des situations d'affrontement, l'existence de médiateurs institutionnels chargés de colporter les railleries (comme les griots, par exemple) et les représentations persécutives sont les trois principales données à considérer" (4)

2. Etre femme en milieu wolof

Axe central de la structure familiale, la femme sénégalaise et wolof en particulier est soumise à un ensemble de règles, lois et contraintes qui définissent son statut et lui assurent son identité.

Détentrice de la tradition, elle est responsable du foyer, de l'éducation des enfants et de la perpétuation des valeurs ancestrales.

Elle est assignée par la religion et par la société à procréer car "par les enfants qu'elle met au monde, elle s'ancre dans la lignée de son époux et trouve son identité". A ce mari, elle doit respect et soumission mais également à sa belle-famille; et dans son milieu, sa culture, l'avenir et la réussite de ses enfants dépendront du degré et de la qualité de cette soumission; gardienne des valeurs ancestrales et familiales, elle n'en sera pas moins tenue pour inférieure à l'homme, assujettie à son époux et à la famille de celui-ci. De l'enfance à son statut de 'kilifa' - où elle est donnée comme égale à l'homme - sa soumission, son assujettissement et son infériorité à l'homme feront le lit de son existence.

Très tôt formée au 'mun' (patience) et à la soumission à l'autorité parentale et ancestrale, la jeune fille wolof envisagera le mariage souvent comme une libération, une sorte d'échappatoire au joug familial, mais également comme une accession au statut suprême, aux potentialités si "honorables" : le statut de femme, d'épouse et de mère.

"L'homme incarne l'autorité, la femme en sa présence est son domestique, en son absence le représentant de son autorité.

"La femme assujétie et soumise à l'autorité de son mari ne fait que travailler pour ses enfants. Son degré de soumission, d'obéissance et de fidélité à son mari sont des garanties de protection, de réussite et de bonheur pour ses enfants." (4bis)

Mais très souvent, en fait, elle ne fait que passer du joug familial au joug marital et à celui plus terrible encore de la belle-famille. Elle doit respect et obéissance à son mari et à sa belle-famille.

La transition est souvent brutale, rapide, sans répit ni repos ni préparation, du statut de jeune fille au statut de jeune épouse avec des contraintes, des interdits et des devoirs qui très vite se révéleront plus importants que les avantages qu'elle en attendait.

En effet, la jeune femme sort - souvent à peine - d'une adolescence et d'une soumission à ses parents pour accéder au statut de femme mariée qui la place à nouveau dans un rapport de soumission encore plus terrible, à son mari et à toute la famille de celui-ci. Et la déception est toujours amère. Elle devra très vite faire la preuve de sa fécondité au risque d'être raillée, méprisée, répudiée ou de voir son mari "prendre" une seconde femme.

"... La femme est un être impur que seules la maternité (qui endigue le flot sanglant) ou la ménopause peuvent réhabiliter; ... enceinte, elle est un trait d'union entre le monde des ancêtres et le lignage terrestre"; chez la femme mariée, la grossesse est très valorisée ; "ardemment désirée, la grossesse est également source de danger et d'angoisse. La femme enceinte doit être aidée, conseillée, maternée... entourée, protégée, surveillée... Mais elle est aussi soumise à une série d'interdits et de recommandations car de sa conduite irréprochable dépendra l'avenir de l'enfant.

"L'adultère et l'insoumission sont sanctionnés par une infirmité ou la mort de l'enfant". (5)

Selon A. B. Diop :

"... pour les Wolof, l'enfant hérite de sa mère non seulement le sang et la chair, mais le caractère et l'intelligence. La reproduction sociale du groupe s'accomplit par la reproduction physique de ses membres que la femme assure par sa fonction procréatrice irremplaçable" (6).

Fonction procréatrice mais également fonction éducative par laquelle les principes élémentaires jugés nécessaires au bon fonctionnement du groupe sont inculqués, reproduits, perpétués : respect des croyances et modèles traditionnels, "refus de toute action singularisante", "obéissance absolue", "respect inconditionnel à l'égard des aînés", "acceptation sans discussion de la pensée des anciens", etc.

Ce pouvoir éducatif de la mère s'exerce sur tous ses enfants quel qu'en soit le sexe.

Mais si les garçons parviennent tôt à y échapper grâce à l'initiation, aux divers travaux productifs, etc., les filles elles, espèrent beaucoup de leur mariage pour s'en éloigner. Et très vite, elles réaliseront que cette étape de leur vie, tant rêvée et tant attendue, - le mariage - ne fait que renforcer cette emprise maternelle et/ou en élargir l'exercice au mari, à la belle-mère et aux belles-soeurs.

Fr. Manderscheid (7) note que :

"le mariage, plus que l'union de deux personnes est l'union de deux familles. Il a pour but de renforcer les alliances et de fonder une descendance... "Après son mariage la jeune femme rejoint le domicile conjugal ou reste encore de longues années chez sa mère. Au moment des accouchements ou lors de conflits avec son mari, elle trouvera refuge chez sa mère. Vivant au domicile conjugal, elle sera aux prises avec la rivalité ou l'hostilité de ses co-épouses".

Mais également très souvent elle sera confrontée à la toute puissance et à l'autorité de sa belle-mère, qui règne chez son fils en maîtresse absolue dont les choix et les décisions n'ont pas à être discutés.

Ces prérogatives de la belle-famille entraînant souvent des abus, la cohabitation génère presque toujours des tensions et des conflits permanents avec la mère et les soeurs du mari et, à l'occasion, avec la(les) co-épouse(s).

Et ces conflits, souvent dramatiques finissent en général par ternir l'image de la femme que son mari incriminera toujours - quelles qu'en soient les circonstances - au bénéfice de sa famille à lui.

Elle sera perçue comme mauvaise brue, insoumise, irrespectueuse, une mauvaise épouse, une mauvaise femme et l'avenir de ses enfants ne pourra que s'en ressentir, selon les wolof. Dans la plupart des cas, le mari finira par prendre une seconde femme, soit sur une initiative personnelle, soit sur décision de sa mère ou, au meilleur des cas, sur les suggestions et pressions de celle-ci et des soeurs.

"Les conflits matrimoniaux, le divorce et ses conséquences sont une préoccupation courante pour les Wolof. Ils constituent, de loin, la majeure partie des problèmes sociaux qu'ils connaissent" (8).

La polygamie est un phénomène important et fréquent dans la société wolof; elle est source de beaucoup de problèmes dans les faits mais également suscite beaucoup d'appréhension chez les femmes par le fait que le mari peut à tout instant "prendre" une femme de plus.

Sa pratique en milieu traditionnel wolof s'appuyait, se justifiait sur-
/par :

"le système d'échange généralisé comportant des risques dont on se prémunit en multipliant le nombre d'épouses" : possibilités d'alliance avec plusieurs groupes, apport économique de la femme, le prestige s'atta-

chant à l'union avec plusieurs femmes, possibilité d'avoir plusieurs enfants...

"Tous ces facteurs réunis donnent un taux de polygamie élevé, supérieur à celui des autres ethnies du Sénégal cohabitant avec les Wolof" (9).

Selon l'auteur, chez les Wolof, la polygamie est plus fréquente en milieu urbain - où elle touche plus les catégories sociales au niveau de vie aisé et moins attachées aux traditions - qu'en milieu rural.

Du point de vue collectif, la polygamie en général est très prisée par les hommes et relativement bien tolérée par les femmes; même si chez ces dernières, elle suscite, sur un plan strictement personnel, beaucoup d'appréhensions et pose d'énormes et incessants problèmes au sein des ménages; soit entre époux, soit plus couramment entre co-épouses.

Pourtant, comme le fait remarquer A. B. Diop, l'organisation de la polygamie, qui s'inspire du principe de l'égalité de traitement des épouses, a pour but essentiel de contenir les conflits éventuels que la polygamie engendre entre elles.

Mais, quel que soit le nombre d'épouses que l'homme acquerra ultérieurement, le choix de la première est déterminant en milieu wolof.

"Le choix de la première épouse - 'aawo' - est très important; elle est traditionnellement une cousine croisée, de préférence. Elle doit appartenir aussi à une bonne famille, réputée pour la conduite exemplaire de

ses femmes. Ses qualités sont censées, selon les croyances traditionnelles, avoir une grande influence sur le sort du mari et du ménage (qui sera heureux ou malheureux, faste ou néfaste)" (10).

La première épouse est souvent la mère du fils aîné du chef de famille dont ce dernier peut être appelé à prendre la succession à la tête de la concession. Sa conduite passe pour déterminer aussi le destin de ce fils, futur héritier du père.

Ces responsabilités et ce statut de la première femme, dans le cadre du ménage polygame, n'en rendent pas moins vivace le principe essentiel de l'égalité des co-épouses pour éviter les conflits.

Mais la paix dans ce contexte est généralement difficile à assurer et est rarement durable. L'objectif et les préoccupations de chacune de ces femmes étant de s'octroyer les faveurs et préférences du mari et surtout de se préserver de toute action maléfique de la part de l'autre ou des autres.

Faveurs et sauvegarde que ne peut garantir - selon les croyances - que le recours aux pratiques magiques et maléfiques du "marabout-fétichiste".

Si ces pratiques, en milieu wolof, sont généralement aux mains des hommes, les bénéficiaires en sont essentiellement les femmes; presque toutes les femmes y ont recours.

La survivance et la prégnance de cette pratique du "maraboutage", contrairement aux deux autres systèmes culturels - la possession par les esprits et la sorcellerie-antropophagie - pourraient s'expliquer par le fait que, tout en étant un registre d'interprétation de diverses maladies, elle est également un recours toujours possible et quotidien en dehors même de toute maladie et à chaque instant de la vie.

Recours d'autant plus sécurisant que les nouvelles conditions d'existence sont insécurisantes dans un environnement difficile et une atmosphère de rivalité et de compétitivité de toutes sortes auxquelles jusqu'ici les principes éducatifs du milieu wolof n'avaient pas préparé les membres de cette société.

"Comment peut-on demeurer le même, alors que les structures qui nous portent et que l'on habite varient, trébuchent ou sont remplacées par d'autres ?" (11).

3. Aménagements opérés par les femmes

De plus en plus, la monétarisation de l'économie, l'argent surdétermine les lois de l'échange, les relations interpersonnelles mais également les échanges entre vivants et esprits ancestraux - dont le culte coûte maintenant cher. A. B. Diop note que les rapports monétaires agissent comme un dissolvant sur les rapports sociaux traditionnels et expliqueraient le comportement individualiste des Wolof. Dans ce contexte, nous assistons à une modification de l'organisation familiale, à la nucléarisation de la famille, au bouleversement des rôles et statuts généralement définis de façon rigide, et à une adhésion et une croyance moindres dans les systèmes de représentation traditionnels.

Mais dans ce contexte également, les divers aménagements opérés par les femmes - particulièrement en milieu urbain plus ou moins "wolofisé" - témoignent des grandes facultés d'adaptation si caractéristiques des Wolof et signalent, en même temps chez ces femmes, le difficile passage d'un mode de vie traditionnel à un mode de vie qui se veut conforme aux nouveaux impératifs économique-sociaux.

Jusqu'ici piliers de la société traditionnelle, gardiennes des valeurs, les femmes - sans préparation ni transition - se retrouvent aujourd'hui contraintes dans de nouvelles responsabilités, la plupart du temps en flagrante contradiction avec leurs rôles anciens qui leur sont encore assignés. La redéfinition des rôles, étant en leur défaveur, en faisait des victimes.

Analphabètes ou pas, il ne s'agit plus pour elles d'éduquer uniquement les enfants mais de les aider aussi à acquérir une instruction devenue nécessaire, considérée désormais "comme la nouvelle initiation" et on demande également à ces femmes d'être d'un apport économique.

Mais comment enseigner à la fois, l'assimilation passive, la soumission aux valeurs traditionnelles et l'esprit de combativité et le sens de la compétitivité aux enfants ?

Comment également demeurer assujettie à l'homme, au mari, à la belle-mère et à la belle-famille tout en oeuvrant pour acquérir un pouvoir économique inévitablement source d'indépendance et d'émancipation ?

En milieu urbain et suburbain, le temps n'est plus à la disponibilité, au 'farniente' et à la proximité physique des causeries féminines à l'ombre d'un arbre à certains moments de la journée.

Comme nous disait une malade hospitalisée mais qui tenait néanmoins son petit commerce devant l'hôpital :

'Toog da lay tardeel' ("rester assise et inactive ne peut que vous retarder", entendez vis-à-vis des autres femmes - y compris la(les) co-épouse(s) - qui toutes, aujourd'hui, se débrouillent tant bien que mal pour gagner, chacune à sa façon, un peu d'argent, généralement en dehors de chez elle.)

Pour certaines, c'est les petits commerces; pour d'autres qui ont un peu plus les moyens, c'est le grand commerce qui nécessite de fréquents déplacements à l'étranger pour acquérir des marchandises; d'autres enfin ont soit un travail salarié au bureau, soit une occupation "journalière" à l'usine, soit alors dans la couture ou la coiffure ou la broderie ou tout simplement la prostitution occasionnelle.

Cette quête permanente du gain qui occupe désormais et de façon irréversible une place importante dans la vie de nombreuses sénégalaises des zones urbaines, introduit des transformations sensibles dans la notion du temps, dans les occupations quotidiennes habituelles et dans les rapports entre individus d'une même famille, entre époux, entre parents et enfants, etc.

Les femmes, sans échapper totalement aux tâches ménagères quotidiennes, s'investissent dans des activités lucratives à l'extérieur de chez elles; les "bonnes" ou parentes qui en font office - de par leur manque d'occupation à l'extérieur - assurent, en grande partie ces tâches mais également la garde des enfants et leur entretien (toilette, jeux, repas...).

Cet investissement de la femme où il s'agit le plus souvent de "se vendre", a ses contraintes vestimentaires ou physiques ou esthétiques qui ne permettent pas en général - pour beaucoup d'entre elles - le portage du bébé au dos, l'allaitement, etc.

L'espace est réduit, l'habitat exigu, les loyers élevés, la famille se nucléarise et le sevrage devient un moment banal que le manque de temps et l'absence de la grand-mère ou de la tante paternelle et leur éloignement ne permettent plus de procéder au rituel de ce sevrage, ni aux traditionnelles séances de 'damp' (les massages du bébé). Les rôles et relais psycho-affectif, socio-éducatif et culturel des grands parents dans l'entourage de l'enfant ne sont plus assurés; la cherté de la vie, l'exiguïté de l'habitat, etc., en ville ne permettent plus la cohabitation avec la génération des grands-parents. Pour le nourrisson, à la proximité et à la disponibilité du sein et du dos de la mère feront suite le biberon et le dos de la "bonne" ou la froide solitude du lit.

Le fait de rencontrer à Dakar des femmes sénégalaises bien habillées accompagnées d'une jeune fille portant au dos leur bébé (il s'agit bien de l'enfant de ces femmes) est devenu courant. En effet le nouveau mode d'habillement, la qualité des tissus, le souci de l'élégance, etc., ne permettent plus à ces femmes "sapées" de porter leur bébé sur le dos; alors elle le font porter soit par une jeune domestique, soit par une jeune fille de leurs propres enfants.

Le rythme des maternités change de l'avis même de beaucoup de femmes. Vu la facilité avec laquelle les Wolof divorcent, de plus en plus de femmes pensent qu'il vaut mieux se retrouver divorcée avec un ou deux enfants qu'avec une dizaine, qu'elles aient ou pas une source de revenus.

Les pratiques rituelles se raréfient ou sont réduites souvent à leur plus simple expression; pratiques mécaniques, réduites et amputées d'une partie de leur symbolisme. Cela demande beaucoup d'argent et de temps. Les cérémonies de mariage et de baptême, véritables occasions de retrouvailles, de consolidation des liens de parenté et des alliances, se passent de plus en plus dans une stricte intimité : on baptise l'enfant à la clinique même, avant la sortie de la mère ou alors, le baptême est renvoyé à une date ultérieure. Les cérémonies ludiques - séances de danse au son du tam-tam, 'taneber', les séances de lutte sénégalaise, 'mbapatt' -, véritables exutoires, se raréfient.

Pour le mariage, les femmes revendiquent le droit d'avoir leur mot à dire, d'être consultées, les sévices et violences du mari ne sont plus tolérées et le recours au médecin pour les faire constater et attester par un certificat médical est courant; le mari est également tenu au devoir d'entretien de son épouse qui le revendique comme elle revendique aussi la satisfaction sexuelle. Certaines femmes aujourd'hui, opposées au système de la polygamie - pourtant bien ancré en milieu wolof - vont jusqu'à recourir au divorce s'il arrive au mari de "prendre" une seconde femme; elles préfèrent se retrouver seules que de rester dans un ménage polygame.

D'autres, peut-être plus nombreuses, s'y opposeront par les pratiques magico-religieuses, seul recours traditionnel selon A. B. Diop qui note :

"... La réduction de la polygamie, sa disparition, dépendent moins du comportement (subjectif) de la femme que des conditions générales de vie et, essentiellement,

de son statut économique favorisant son émancipation réelle." (12)

L'investissement progressif et intense de la femme sénégalaise à l'extérieur du giron familial révèle une nouvelle dimension du corps de la femme; comme si ce corps, soulagé de certaines contraintes conjugales, domestiques et culturelles, pouvait dès lors déployer toutes ses potentialités et s'arroger de nouvelles fonctions au service de perspectives individuelles.

Le corps échappe au corps familial et culturel pour se projeter dans une dynamique solitaire de lutte et de compétition, à travers laquelle, ces femmes essaient, cherchent à prendre en charge leur propre destin. Un destin dont les dimensions et implications débordent largement les limites du cadre étriqué, naguère rassurant mais oh combien étouffant, du milieu conjugal et familial.

Un destin où elles ont à inventer, à créer un sens à leur vie. Sens que le mariage, la vie conjugale, familiale et le 'mun' (patience et soumission) ne peuvent plus leur garantir de manière satisfaisante.

Certaines pratiques esthétiques corporelles qui s'institutionnalisent aujourd'hui prennent valeur de rites chez les femmes. Il s'agit du 'xeesal' qui consiste à se "blanchir" la peau, à la "décolorer"; une dépigmentation de la peau par l'usage de cosmétiques divers. Cette pratique, malgré tous les risques cancérogènes qu'elle comporte, est très répandue chez les femmes, encouragées par les hommes.

Cette dépigmentation, quand elle est bien réussie, donne une coloration particulière assez sensuelle à la peau qui devient sensiblement mate.

Ces femmes sont très courtisées ! Et comme beaucoup de gens l'ont pensé, ce rite témoignerait chez les femmes d'un plus grand souci de plaire à l'homme en donnant ainsi ce relief à leur charme. Mais cette pratique ne traduirait-elle pas une sorte de libération d'un corps qu'on ôte au "culturel" et au "marquage" social, pour le "blanchir", le nettoyer de tous les assujettissements, sévices, oppression, inhibitions et aliénation afin de le mettre au service du développement ? ou plutôt de l'épanouissement personnel ?

Un corps qu'on tente de libérer des archétypes, des modèles comportementaux, des obligations et des interdits...

Mais le plus souvent cette dépigmentation n'est pas intégrale, ne touchant que le visage, le reste du corps gardant sa noirceur habituelle; car pour arriver à un résultat intégral et satisfaisant, il faut un usage bi-quotidien des produits; or ces produits coûtent très cher.

Nous assistons ainsi à une sorte de carnaval ou plutôt à une procession/danse de masques, en voyant ces femmes au visage pâle, "blanc" ou de teint mat, le reste de leur corps demeurant noir.

De véritables "peau noire, masque blanc" comme pour symboliser cet état de transition, ce déchirement ou cet écartèlement - que vivent la plupart des Africains - entre les valeurs anciennes

et les valeurs "modernes", entre les éléments habituels de référence, de structuration et d'identification du moi et les aspirations à se conformer et à adopter de nouveaux modèles.

Mais dans un cas comme dans l'autre, la question est de savoir si cette pratique du 'xeesal' ne témoignerait pas d'une quête d'une nouvelle identité de femme. Et à ce niveau, nous ne pouvons pas ne pas évoquer le fait que naguère cette peau noire, "noire d'ébène" tant chantée, tant louée, était un élément de reconnaissance de l'appartenance à une ethnie, une lignée, une famille. Plus elle était noire, plus fort était le sentiment d'appartenance au groupe. Par-dessus cette peau noire, dans certaines ethnies du Sénégal (bambara, sarakholé, peulh, toucouleur, sérer) des marques rituelles de noircissement du bas du visage venaient signer, chez les jeunes filles, leur entrée dans la puberté. Ces tatouages et les marques du henné appliqué aux pieds et aux mains chez ces jeunes femmes, donnaient des résultats esthétiques fort appréciés à l'époque. Ils connotaient à la fois, maturité pour le mariage, élégance, qualités esthétiques et sensualité.

De nos jours c'est l'inverse ! c'est le degré de "blanchissement" qui est vécu comme facteur de séduction, comme critère de beauté et d'élégance mais surtout comme élément d'identification et signe d'appartenance à une nouvelle "caste" de femmes : des femmes modernes, "émancipées"; des femmes qui voudraient avoir leur nouveau statut de femmes -non plus uniquement à leurs fonctions d'épouses, de mères ou de bonnes brus - à leurs fonctions comme acteurs économiques, comme agents de changement, comme partenaires responsables et adulées, respectées et écoutées.

Conclusion

Ces processus d'adaptation, d'ajustement, peuvent comporter des ratés d'autant plus graves et dramatiques que le recours aux modes de défense habituels - par la projection sur l'extérieur de l'angoisse et de la culpabilité - n'est plus facilité par la cohésion et l'organisation des "groupes de base". En effet, l'environnement familial et groupal traditionnel, déstructuré et désorganisé, perd ses fonctions d'organisation et de transmission; le recours et l'utilisation des mécanismes de projection deviennent problématiques. Comme devient également problématique et insécurisante la relation de l'individu au groupe habituel. Il en résulte une incohérence, un désarroi et un dysfonctionnement des défenses psychiques socialement organisées chez l'individu. Et dans la famille,

"l'autorité, au lieu de garantir la place et l'ordre, et par là même les institutions de la sécurité, devient le seul ciment de l'ultime cohésion familiale et personnelle. Trop coercitive, elle n'a pas d'effet positif : elle ne transmet plus rien, du fait de l'appauvrissement des valeurs traditionnelles; en outre, se figeant, elle fait obstacle à une éventuelle évolution, elle interdit l'expression et le dépassement des conflits. Elle enferme l'individu dans un nombre limité de rôles, appauvrit sa personnalité et ne développe aucune plasticité adaptative" (13)

La maladie devient alors une solution pour sortir du cadre mère-groupe-famille défaillant à la recherche d'un conteneur/contenant et le recours à l'hôpital, une illusion parfois.

NOTES

1. A.B. DIOP : *La famille wolof*, Karthala, 1985.
2. *Idem.*
3. H. COLLOMB.: "Ethno-psychiatrie et évolution de la schizophrénie". *Confr. Psychiatr*, N° 2, Déc. 68, pp. 86-106.
4. J. RABAIN : *L'enfant du lignage*. Payot, Paris, 1979, 237 p.
- 4bis. A. B. DIOP, *op. cit.*
5. A.B. DIOP, *op. cit.*
6. *Idem.*
7. F. ALIBERT-MANDERSCHIED : *Le Meret ou "la folie des parturientes" au Sénégal*. Mémoire CES Psychiatrie. Université Paris VII, 1983, 138 p.
8. A.B. DIOP, *op. cit.*
9. *Idem.*
10. *Idem.*
11. T. NATHAN : *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Dunod, Paris, 1986, 241 p.
12. A.B. DIOP, *op. cit.*
13. R. KAES : "Introduction à l'analyse transactionnelle". *In, Crise, Rupture et Dépassement*. Coll. Inconsc. et Culture. Dunod, Paris, 1979, pp. 1-81.

II.

PROBLEMATIQUE / CADRE GENERAL

1. Introduction

En Afrique Noire, les transformations plus ou moins rapides et irréversibles que subissent les sociétés introduisent de nouveaux systèmes de valeurs qui affaiblissent les mythes, dévitalisent les rites, sapent les croyances et modifient profondément les rapports des individus entre eux et avec l'environnement.

"La notion de transculturation rend mieux compte de l'affaiblissement des valeurs traditionnelles. La transculturation est plus importante en milieu urbain, mais il s'agit d'un phénomène général qui affecte les sociétés africaines. L'ensemble des désordres individuels et sociaux observés actuellement en Afrique pourrait aussi s'interpréter avec la notion de "Crise sacrificielle" c'est à dire l'effondrement des mythes et des rites qui fondaient l'organisation sociale traditionnelle ."
(1)

A la place de l'organisation socio-familiale collective et de l'esprit Communautaire, apparaissent la famille nucléaire, la compétition solitaire, comme nouvelles modalités d'existence; et devant l'absence de cohésion et la faillite progressive des systèmes socio-culturels de

régulation des tensions, lorsque la pathologie mentale se déclare, ses formes d'expression et ses ressorts internes ont tendance à échapper ou à déborder les systèmes thérapeutiques anciens qui ont encore cours.

"Les transformations des structures familiales déplacent les conflits et modifient la pathologie mentale. La fréquence et la forme des troubles changent".(2)

Lorsque les mythes et les rites collectifs-articulations privilégiées des formations inconscientes et des formations sociales - se vident de leur symbolisme et deviennent de moins en moins opérants, structurants et sécurisants, lorsque la fonction prophylactique des institutions traditionnelles ne parvient plus à endiguer, ni à atténuer, ni à résorber les tensions, il serait illusoire de croire que la personnalité, le Moi, demeurent intacts. Il y a une évidente interaction, mieux, une interdépendance qui fait que toute modification des uns entraîne ipso facto de nécessaires réévaluations et réaménagements des autres. Et c'est dans ce contexte que les manifestations névrotiques - précisément l'hystérie comme phénomène d'urbanité - nous interpellent.

Introduire la problématique de l'hystérie féminine sous l'angle de ses manifestations en milieu urbain, dans une perspective qui, au-delà des empirismes, se voudrait scientifique et ceci dans un pays d'Afrique noire (le Sénégal), peut paraître une gageure. Pourtant, nous pensons qu'aujourd'hui, une approche des faits psychopathologiques en Afrique noire, à travers la grille de l'une de ces logiques structurales et fonctionnelles du psychisme humain - l'inconscient - et de la théorie qui la contient - la psychanalyse -, est possible, au-delà des particularités structurales, sociales et culturelles.

Or la psychanalyse, comme la plupart des psychothérapies d'inspiration occidentale, est encore de nos jours considérée en Afrique comme un savoir et des techniques dont l'importation et l'utilisation ou simplement le fait de s'en référer ici même, ne peuvent que contribuer à l'aliénation des Africains et au bouleversement des valeurs sociales, morales et culturelles déjà largement entamées.

L'on sait que des techniques thérapeutiques traditionnelles, à l'efficacité naguère indubitable, continuent à faire légion; en dépit de la méfiance, de la déception ou de la réserve que certaines de ces techniques ou thérapies commencent à susciter au sein des populations, précisément urbaines. Pourtant la manipulation des forces inconscientes a cours depuis fort longtemps, presque partout dans le monde, dans les techniques de guérison par la possession, l'exorcisme, la transe chamanique, les retraites mystiques, la magie, la contre-sorcellerie...

En Afrique noire, la plupart des travaux de recherches de l'équipe pluridisciplinaire du Pr Collomb à Dakar ont abondamment mis l'accent sur la prépondérance du groupe, le primat de la collectivité sur l'individu dans les sociétés de type traditionnel : les systèmes de filiation et d'alliance déterminaient l'appartenance, la place et le statut de l'individu dans le groupe, mais également le soumettaient ainsi à la loi collective, la loi des ancêtres. On attendait de lui une parfaite adhésion aux valeurs sociales et culturelles du groupe. Ses désirs et projets personnels n'étaient acceptables et viables que s'ils se modelaient aux désirs et projets du groupe. (3)

Dans "l'éducation traditionnelle...", l'intégration sociale et la soumission à une règle, qui ne se modifiait pas à travers les générations, étaient renforcées par les rites de passage, la fraternité des classes d'âge. Tout préparait à une vie collective dans laquelle les relations

interhumaines avaient la première place et les conquêtes techniques la dernière" (4)

Et dans ce contexte d'intenses relations de l'individu à son milieu dans lequel il lui était assigné rôle, statut et place, qui faisaient le "ferment" de son insertion et de son identité, le désordre mental, lorsqu'il survenait, était toujours vécu comme une agression de l'extérieur; comme résultant d'une rupture ou d'un conflit de relations qu'il appartenait à la famille, au groupe de situer. La personnalité du sujet n'était nullement mise en cause.

Mais avec l'évolution et les transformations, l'urbanisation, l'individualisation, la compétition et la circulation monétaire qui dévitalise les relations avec l'entourage et "sape" la dimension symbolique des rapports avec l'environnement, certains individus ont de plus en plus de difficultés à accéder aux (ou à se satisfaire des) systèmes culturels quand la pathologie mentale se déclare. Et leur recours à l'hôpital, traduit tout leur désarroi d'être confronté à leur destin solitaire. C'est ainsi que nous avons été le témoin "bienveillant" de manifestations hystériques au Service de Psychiatrie de Dakar.

L'hystérie existe au Sénégal. De vieux dossiers - difficilement exploitables - de malades en témoignent. Et certaines publications de l'ancienne équipe l'évoquent prudemment ou indirectement dans des communications sur la possession; d'autres y font allusion dans des perspectives d'ordre neurologique ou statistique.

Aucune étude pertinente ne lui a été consacrée, ni aux névroses en général, au Sénégal.

Et nous n'avons pu disposer d'aucune information sur ce qui a pu être fait, sur la question, dans les autres pays d'Afrique Noire

"Toute la zone des névroses et des troubles mentaux mineurs est peu connue, peu explorée; les psychiatres, peu nombreux en Afrique, sont débordés par les tâches d'assistance et ont donc surtout affaire aux cas les plus graves ou les moins bien tolérés par le milieu." (5)

Quant à nous, nous avons rencontré l'hystérie (de conversion). Elle est venue à nous, troquant ainsi, à la fois - Comme sans regrets ? nous n'en sommes pas si sûr - la natte de paille du marabout-guérisseur et la scène rituelle collective, chaude, maternante et permissive de la danse-transe-possession désormais hypothétique et problématique, contre une relation psychothérapique duelle, d'écoute et d'empathie, non moins hypothétique à priori- et à laquelle relation, seuls le désespoir, le désarroi et une renonciation "obligée" et déchirante pouvaient la mener.

Les manifestations, assurément hystériques de ces malades nous ont paru être à la croisée des chemins car elles n'en ressemblaient pas moins aux manifestations habituelles de la possession-maladie ou plutôt aux signes "pathologiques" d'une agression/attaque par les rab (les rab sont les esprits ancestraux et selon Ortiques (6) "le rab n'est pas l'ancêtre mais il en est un doublet").

Cette ressemblance a suscité en nous des interrogations : avons-nous affaire à des manifestations de possession, à de l'"hystérie africaine" ou tout bonnement à de l'hystérie au sens classique du terme ? L'hystérie est définie comme une "névrose caractérisée par la traduction dans le langage du corps des conflits psychiques (...) et par un type particulier de personnalité marquée par le théâtralisme, la

dépendance et la manipulation de l'entourage" (7). " L'hystérie de conversion se caractérise par des troubles somatiques et fonctionnels les plus divers pouvant apparaître et disparaître brusquement sans qu'il soit possible de les attribuer à une lésion organique" (8)

"... les symptômes hystériques sont l'expression des désirs refoulés"(9). C'est " une transposition d'un conflit psychique et la tentative de résolution de celui-ci (qui est de nature sexuelle) dans des symptômes somatiques, moteurs(...) ou sensitifs (...); le corps, ou une partie du corps, est l'instrument d'expression privilégié du conflit."(10)

L'existence de l'hystérie dans ce contexte culturel africain est-elle compatible avec l'existence du système culturel d'interprétation du trouble mental qu'est la possession par le rab, la première signe-t-elle la décadence de la seconde, l'acculturation aidant ?

L'hystérie, au Sénégal, ne serait-elle pas une "déréalisation" ou "ritualisation sauvage" de la possession (parce que non cautionnée par le groupe familial, sans symbolisme culturel aucun), sa forme "abâtardie" - parce qu'échappant aux modèles interprétatifs traditionnels culturellement contrôlés - et qui vient chercher forme, sens et structure que seule (à son avis) l'institution hospitalière est en mesure de lui fournir désormais en tant que médiateur/alternative ?

Si l'"on ne peut pas réduire la possession à une simple mise en scène sociale de l'hystérie, comme l'ont pensé Charcot, Freud, et même Ellenberger" (11), peut-on, par contre voir en l'hystérie une mise en scène individuelle, personnelle, de la possession ?

Nous allons procéder à quelques rappels sur l'hystérie à travers la littérature avant d'interroger les travaux et publications portant, d'une part sur l'incidence de l'hystérie en milieu africain et sur la place

qu'occupe la possession dans ce milieu et d'autre part, les données comparatives ou les rapports entre hystérie et possession.

2. Quelques rappels sur l'Hystérie

Le concept d'hystérie, aussi ancien que la médecine, a occupé une place considérable dans l'histoire de la psychiatrie et a prélué, plus tard à l'avènement de la psychanalyse. Dans l'Antiquité grecque où remonterait l'origine du concept, on l'attribuait aux femmes, expliquant cette maladie aux manifestations si spectaculaires comme étant dûe aux migrations de l'utérus.

L'utérus perçu comme un petit animal capricieux

"tapi dans le corps de la femme, bondissant et baladeur ... errant dangereusement dans l'organisme, se logeant avec une avidité redoutable au coeur, au foie, à la gorge".(12)
Pour le "convaincre de redescendre à sa place naturelle, on employait deux moyens traditionnels : odeurs fétides sous les narines (...) et fumigations vaginales d'odeurs suaves et agréables ..." (13)

Au-delà de ces considérations empirico-magico-religieuses de son époque, Hippocrate, convaincu que toutes les maladies ont des causes naturelles, élaborera sa fameuse "Théorie des Humeurs" mais dans une tentative d'objectivation de cette conception animiste.

"C'est surtout chez les femmes qui n'ont pas de rapports sexuels que la matrice desséchée est légère. Elle monte se jeter sur le foie, organe plein de fluide, pour y trouver l'humidité nécessaire. Elle y adhère et, obstruant le passage du souffle, cause une suffocation subite, la suffocation hystérique." (14)

A cette conception superstitieuse des migrations utérines provoquant la maladie hystérique, et qui n'a disparu qu'au siècle dernier, fera suite une conception scientifique.

En effet, J. Martin Charcot apportera une nouvelle dimension à cette maladie qu'on appellera "la grande hystérie" ou "la maladie de Charcot", en la distinguant des autres aliénations mentales et l'isolant comme objet nosologique pur.

D'orientation organiciste, il n'en finira pas moins vite par distinguer l'hystérie des lésions organiques, tout en demeurant convaincu - grâce à l'utilisation de l'hypnose - de l'action des processus mentaux sur l'organisme.

"... Toutes les procédures cliniques et expérimentales, à travers l'hypnose et les spectaculaires présentations de malades en crise (à la Salpêtrière) ont permis à Charcot de redécouvrir l'hystérie ... et de quoi est capable un corps hystérique.

"Ce que les hystériques de la Salpêtrière ont exhibé de leur corps relevait d'une extraordinaire connivence de médecins à patientes. Un rapport des désirs, des regards et des savoirs...

"... le lien du fantasme hystérique et d'un fantasme du savoir. Une réciproque du "charme" s'instaura : médecins insatiables des images de l'"hystérie" - hystériques toutes consentantes, surenchérissant même en théatralités des corps...

"... à mesure que l'hystérique se laissait à plaisir toujours plus réinventer, mettre en images, un mal en quelque sorte s'aggravait.

"Freud fut le témoin désorienté de cet immense huis-clos de l'hystérie et de cette fabrication d'images. Sa désorientation n'aura pas été pour rien dans les débuts de la psychanalyse." (15)

Mais avant cela, Freud, ayant la révélation de la prépondérance du fait psychologique dans la pathologie mentale, se lancera aussi dans le traitement de l'hystérie par l'hypnose. Mais quelques années plus tard, il finira par abandonner l'hypnose au bénéfice de "l'interprétation des rêves et la méthode des associations libres" qui permettent l'accès au "sens caché" des manifestations de l'inconscient et l'"élu- cidation des conflits intrapsychiques".

De la technique de l'interprétation des faits de Charcot, il passera à celle de l'interprétation des rêves.

Il conceptualisera le "complexe d'Oedipe", le rôle de la libido sexuelle dans la problématique conflictuelle si déterminante dans la genèse des troubles psychiques de l'adulte et dans le processus de structuration psycho-affectif de l'enfant.

S'étant très tôt intéressé aux paralysies et aux contractures hystériques, il avait fini par rompre avec la thèse de la "lésion dynamique" de Charcot,

"l'hystérie prend alors rang parmi les "psychonévroses de défense" où le moi, pour se défendre d'une idée intolérable, va tenter de l'oublier", de la refouler volontairement de sa propre conscience" (16)

Mais pour en revenir aux premières descriptions de l'hystérie, on note qu'elles sont apparues chez les Egyptiens; le terme lui-même sera utilisé nommément - pour la première fois - par Hippocrate, avant que des siècles plus tard, une abondante littérature ne lui soit consacrée, dans des tentatives de définitions vaines, et de classifications.

Mais de définition il n'y en eût guère qui ait pu englober le phénomène dans toutes ses dimensions.

"On a nommé l'hystérie sans jamais l'avoir définie"...
et "le corps des hystériques arrive même à offrir le spectacle total de toutes les maladies à la fois sans qu'aucun de ses symptômes ne reposât sur quelque chose d'organique".(17)

Charcot, à la fin du siècle dernier, l'a isolée comme objet nosologique pur en en donnant des descriptions minutieuses qui font encore autorité et en y voyant un "trouble physiopathologique différent d'une lésion vraie". Babinski y verra lui, un simulacre et non plus une maladie.

Il aura fallu l'avènement du courant de pensée psychanalytique dont les théories permettront - au-delà du diagnostic d'hystérie, de comprendre les mécanismes et particularités si complexes de cette maladie à travers le "langage de l'inconscient".

Freud situe les symptômes de l'hystérie et la source de leur sens dans l'inconscient. C'est une névrose qui se caractérise par la prédominance des symptômes de conversion; cette conversion étant l'expression de conflits psychiques par des symptômes somatiques, moteurs (paralysies) ou sensitifs (anesthésies, douleurs), les phénomènes hystériques exprimeraient des réactions émotionnelles - telles que sentiments, désirs et craintes - refoulées dans l'inconscient.

"Il est dans le destin de l'hystérie d'être définie par une double nature symptomatique et étiologique. Freud en introduisant la notion de Conversion ne dérogea pas à la tradition"
(18)

Le diagnostic de l'hystérie repose en général essentiellement sur les signes cliniques, les manifestations somatiques et les manifestations psychiques :

1. Les signes cliniques sont connus depuis les descriptions qu'a faites Charcot des grandes crises d'hystérie : les prodromes (modifications

du comportement, de l'humeur, sensation de boule hystérique, anorexie, asthénie musculaire, tremblements, anesthésie ...); la crise qui débute brutalement et publiquement, spectaculaire avec contraction des muscles, arrêt respiratoire et immobilisation tétanique du corps; ensuite interviennent les secousses convulsives et enfin la chute;

2. Les manifestations somatiques sont constituées de troubles psychomoteurs (paralysie hystérique, contractures hystériques et aphonie hystérique) et de troubles sensoriels (anesthésies, troubles de la vision, troubles auditifs, troubles neurovégétatifs).

Au niveau des troubles psychomoteurs, la paralysie c'est l'astasia-abasie dont l'examen neurologique ne révèle rien d'organique. Les contractures peuvent être généralisées et toucher les deux membres inférieurs ou la moitié du corps.

L'aphonie est elle relativement fréquente et donne une voix chuchotée, les troubles de la vision se manifestent généralement sous forme de cécité ou de rétrécissement du champ visuel.

Les troubles neurovégétatifs s'expriment en termes de spasmes, de sensation de boule qui monte et qui descend, de vaginisme, de constipation;

3. Les manifestations psychiques elles, apparaissent sous forme de troubles de la mémoire, du langage, d'un état crépusculaire ou du fameux syndrome de Ganser.

"l'hystérique vit dans un monde factice dû au refoulement de tout ce qui devrait constituer la trame authentique de sa vie de relation (19)

L'élément dominant dans la personnalité de la femme hystérique c'est l'histrionisme qui, dans sa vie de tous les jours s'illustre par une expression exagérée des émotions, un besoin d'attirer sans cesse l'attention sur soi, un besoin impérieux d'activité et de sensations

fortes, une hyperréactivité à des événements à la limite banaux, une grande irritativité et une mauvaise humeur.

Dans les relations interpersonnelles, c'est une personnalité superficielle, inauthentique, faussement chaleureuse, séductrice, manipulatrice et mythomane.

Certains auteurs (20) notent que :

"des ruptures d'équilibre peuvent survenir (chez ce genre de personnalité) à l'occasion de conflits avec les proches, en particulier de conflits de la sphère affective

ou sexuelle. Des contraintes vécues comme insupportables, des situations d'abandon sont aussi fréquemment en cause.

"Parfois c'est l'affrontement avec la réalité qui révèle la fragilité d'une personnalité jusque-là surprotégée par son milieu."

De nos jours, les connaissances sur l'hystérie ont beaucoup évolué, la littérature qui lui est consacrée est toujours abondante et on la traque dans les aspects modernes qu'elle présente.

Mais comme par le passé, elle continue à échapper aux rêts du savoir; fugace, "taquine" provocante et intéressante mais informe et insaisissable, elle maintient son défi.

"Dans ce combat tragique, dans ce refus de se laisser pénétrer par les conventions du sens, l'hystérique a à

chaque fois affiné les mailles et resserré la trame du savoir où elle ne se laisse pas prendre." (21)

Ni possession par l'animal - utérus baladeur -, ni possession par le démon, ni possession par le "savoir" ! La symptomatologie de l'hystérie demeure irréductible et ne "respecte" aucun des tableaux de la sémiologie tout en "empruntant", à tous ces tableaux, ses symptômes, et tout en sachant "se mettre au goût du jour".

Pour certains auteurs, les nombreux symptômes de conversion classiquement décrits chez l'hystérique ne se recontrent plus beaucoup, se transformant en des symptômes mineurs, plus discrets, plus polymorphes.

"Les grandes crises tonico-cloniques se sont raréfiées au profit de "crises de nerfs avec agitation motrice, cris, pleurs et comportements agressifs..."

"Malaises, palpitations, sensation de perte de connaissance remplacent les crises syncopales et les accès cataleptiques.

"Les paralysies massives (...) ont des expressions mineures sous forme de faiblesse musculaire, de fatigabilité, de dérobement des jambes... l'astésie-abasie s'exprime en termes de sensations de déséquilibre, de vertiges... Les contorsions deviennent des tremblements, les grandes anesthésies sont remplacées par les algies tenaces."

"On rencontre également des douleurs thoraciques, des céphalées et des sensations de courant électrique...(22)"

En résumé, ce que l'on note c'est que si les classiques descriptions du siècle dernier restent un point de référence, la symptomatologie

hystérique "moderne" leur est de moins en moins fidèle.

Capricieuse et énigmatique, variable et trompeuse, la symptomatologie hystérique continue à défier le savoir médical, lequel tenace et passionné, parfois dupe ou sourd, colmate, s'interroge et réajuste.

Et ainsi, dans le panorama sémiologique psychiatrique, on s'interroge aujourd'hui sur la valeur de certains signes de plus en plus nombreux chez l'hystérique : certaines formes de dépression, plaintes somatiques, récriminations et revendications, certaines marginalités sociales et problématiques sexuelles, etc.

Ces phénomènes ne seraient-ils pas des équivalents conversionnels?

Selon P. Deniker et H. Lo,

"...Certains symptômes classiques de conversion persistent dans l'hystérie moderne; beaucoup d'autres se sont modifiés.

" Plus discrets, ils sont plus convaincants, plus crédibles, ils sont plus déroutants."(23)

Mais, quel que soit son visage ou son masque ou ses formes d'expressions nouvelles, l'hystérie demeure "une modalité d'existence pathologique"(24) dont la problématique est essentiellement articulée dans sa vie de relation : son mode de relations infantiles pathologiques, ses rôles variables et factices, ses conduites et réactions particulières, ses doutes sur son identité, ses interrogations angoissées sur ses origines, ses conflits oedipiens...

"la névrose hystérique est caractérisée du point de vue de sa structure inconsciente par la fixation et la régression à la phase oedipienne."(25) "Fidèle à elle-même; l'hystérie est tapie là où personne ne l'attend, maîtresse des métamorphoses (des conversions ?), aux marges des certitudes et des dogmes, pareille dans le fond, comme aux débuts des temps".(26) Mais"... la structure (hystérique) ne se situe pas dans on ne sait quelles profondeurs insondables du psychisme, dont seuls certains indices seraient saisissables... la structure est articulée dans le discours du sujet, elle se décèle dans les effets que la Combinatoire(...) du signifiant détermine dans la réalité où elle se produit (27).

Lucien Israël constate l'absence de "traité" de l'hystérie et invite le médecin à se départir des rigidités de son savoir, "à forger de nouveaux outils pour aborder l'hystérie dont l'imprévisibilité, la variabilité et le polymorphisme des symptômes sont plus qu'une simple indication diagnostique. "L'hystérie est une façon de refuser l'adaptation sociale." (28)

"Les symptômes ne se contentent plus de traduire le mauvais fonctionnement d'un organe ou d'un appareil : ils expriment un message... "le symptôme hystérique est porteur d'un message,...il prend la place d'une parole non dite, et il insiste pour se faire entendre.

"... un choix s'impose au psychanalyste ou bien il se met du côté de la société, et amène le "malade" à s'adapter, à se plier aux règles du groupe, ou bien il choisit le parti de l'inconscient, lui permet de s'exprimer, en restitue le message au sujet qui sera libre d'en faire l'usage qui lui plaira." (29)

3. Le phénomène de la possession au Sénégal en milieu wolof-lébou

La possession est un des systèmes étiologiques par lesquels les wolof et les lébou interprètent le trouble mental. Il existe certes d'autres systèmes interprétatifs que nous mentionnons plus loin.

Le culte de la possession s'adresse à des génies, des esprits ancestraux appelés Rab chez les Wolof et les Lébou ("Pangol chez les Serer).

Le rab attaque la personne pour établir ou raffermir une alliance et, selon Zempléni,

"Quel que soit le motif initial de l'attaque, une situation de dette s'établit entre le rab et le possédé. Le rab demande quelque chose que l'on estime devoir lui donner" (30)

Les rituels thérapeutiques viseront essentiellement l'intégration symbolique et réelle du possédé à sa lignée.

L'auteur distingue sept types de relations entre la personne et le rab. Parmi ces modes relationnels, il y a la "possession-maladie" au cours de laquelle, le rab investit la personne et pénètre dans son corps. Son but est d'accéder à l'alliance et à l'échange, d'être reconnu et nourri par l'homme.

"Si ces "avertissements" ne suffisent pas, il "monte" dans le corps de son élu et provoque une affection généralement longue" que Zempléni a appelé "le syndrome codifié de l'investissement par le Rab".

"Tant qu'il n'obtient pas satisfaction, il "habite le possédé et le "tourmente" jour et nuit"(31)

4. "Le syndrome codifié de l'investissement par le 'rab'"

Dans la possession, maladie, on relève un certain nombre de troubles qui constituent un tableau que Zempléni nomme "le syndrome Codifié de l'investissement par le rab" : troubles des fonctions alimentaires (anorexie, amaigrissement), des fonctions de locomotion (troubles de la marche, paralysie, refus de déplacement); troubles de la parole (mutisme ou diminution de la parole); isolement, apragmatisme, apathie; troubles somatiques diffus (sensations de lourdeur, sensations de pesanteur au niveau de la tête, de la poitrine, du ventre), douleurs diffuses (courbatures, sensations de chaleur dans le ventre). Rêves, hallucinations, visions, voix. Désorientation, vertiges et chute.

"L'anorexie, les troubles de la marche, les paralysies, l'alitement, le mutisme et le refus de communication, l'isolement, l'apragmatisme et l'apathie (sont considérés) comme les symptômes essentiels de la possession-maladie pré-initiatique..." (32)

Et lorsque la crise survient, tous ces signes sont inversés explique l'auteur qui souligne, par ailleurs, la place prépondérante des troubles de la fécondité chez la possédée : stérilité, fausses-couches, avortements, décès des enfants en bas-âge, métrorragies...

Le schéma habituel du système étant investissement - troubles - rituels - désinvestissement, la persistance des troubles de la fécondité, chez la possédée, malgré les rituels accomplis (somp, ndöp) fait intervenir l'interprétation qui met en scène le "fiancé-rab" (ou "amant-rab" ou "mari-rab"). Celui-ci, pensera-t-on, a certainement dû refuser la "médiation sociale", et maintient une "relation forte et individuelle avec la possédée"; relation qui ne sera plus "conçue comme alimentaire mais érotique". Le "fiancé-rab" empêchera ainsi la femme d'avoir

des enfants (stérilité, fausses-couches, mort des enfants en bas âge), ou bien il tuera son (ses) mari (s).

Par ailleurs, selon des témoignages recueillis et mentionnés par Zem-pléni : "quand le rab vient pour une bonne chose, il se présente sous l'aspect d'une personne qui ressemble à tes "maam" (génération des grands-parents, aïeux, etc...) "Il arrive comme une ombre, mais dès qu'il est dans la chambre, il se change en une personne..."Car quand on a vu un vrai rab, on devient fou. "Les rab et les Tuur se transforment en n'importe quoi : animal ou homme. Mais quand ils veulent travailler avec toi, ils apparaissent sous forme humaine. "Il n'apparaît sous la forme d'un animal qu'à celui à qui il veut faire du mal". Un serpent ou n'importe quoi..."

Selon le témoignage d'un guérisseur "ndōpkat",

"...on le sent dans son propre corps. Le corps est pris de frisson, est glacé jusqu'au coeur. C'est uniquement le jour, on voit une espèce d'ombre, jamais une personne, comme si c'était l'ombre de soi-même qui est à quelque distance de nous et qui s'adresse à nous en termes compréhensibles". (33)

T. NATHAN souligne qu'on rencontre partout dans le monde les phénomènes de possession, que leurs manifestations présentent d'étranges ressemblances.

Toujours liée à des phénomènes de croyance - donc au narcissisme primaire - la possession se prête difficilement aux études comparatives... elle consiste en l'occupation de l'intérieur d'un sujet par un être culturel" (34)

Comme, par exemple, dans les religions animistes où les hommes sont possédés par des "esprits" qui provoquent chez eux des "distorsions et des agitations du corps". Pour l'auteur, cet "espace intérieur", ce "dedans" occupé par l'être culturel" est difficilement comparable au concept psychanalytique de Moi et(...) à l'inconscient.

"..Ce "dedans" n'utilise le corps qu'en tant que métaphore pour se délimiter" (35)

L'auteur explique que dans la possession, la séquence thérapeutique qui s'attache au principe d'identité et "qui consiste à distinguer puis confondre" fait qu'il n'est pas rare que la possession soit souvent décrite comme manifestation hystérique". Mais pour l'auteur

"... si l'on comprend et respecte la logique de la théorie de la possession, l'on peut parvenir jusqu'au matériel inconscient et fonctionner de manière véritablement psychothérapeutique avec des patients issus d'une culture non occidentale" (36)

5. La notion du corps

L'investissement collectif du corps de l'enfant africain comme lieu d'actualisation, de pérennisation des valeurs sociales et culturelles passe, d'une part, par la manière singulière et valorisante dont l'enfant est fantasmé, imaginé, attendu, accueilli et vécu; mais cet investissement, d'autre part, passe par les multiples soins, corps à corps, manipulations, modelages et "marquages" dont il est l'objet de la

naissance à son entrée dans la vie adulte et même souvent bien au-delà. Le corps chez l'Africain, traditionnellement, fût un corps support de culture. Un corps lieu de culture. Un corps théâtre. Un corps véritable objet d'art, peint, maquillé, "masqué" ou dessiné; corps "calligraphié", modelé (chez la jeune fille dont on veut affiner la taille par le port d'un collier de perles à la taille), percé (aux oreilles et au nez pour le port de parures) tatoué, scarifié, excisé infibulé, circoncis, etc.

C'est par le corps que la société, le groupe définissaient et fixaient le statut, les rôles et la place de l'individu dans la collectivité; c'est par le corps également qu'on perpétuait la lignée, qu'on raffermissait et "immortalisait" les valeurs communautaires, la parole des anciens, celle des ancêtres.

Le groupe imprimait ainsi symboliquement les valeurs et notions de fusion au groupe, celles d'appartenance à la lignée, à la classe d'âge ou à la génération ou à l'ethnie, mais aussi celles du courage, de la persévérance, de l'endurance, de la soumission, de la virilité, de la fertilité, de la force, de la féminité, de la fécondité, etc.

Le corps comme contenant/signifiant se doublait du corps comme contenu/signifié. Un corps double qui "gagne" son sens en donnant sens.

Cet enrôlement du corps dans les rets culturels se renforçait par les tabous et interdits multiples qui étaient alimentaires, comportementaux vestimentaires, verbaux, spatiaux, temporels.

Et, les conséquences de leur transgression pouvaient être jugulées par des mesures magico-religieuses de sauvegarde, telles que les amulettes, talismans, gris-gris, "saafara" (eau bénite).

Ce corps, support de mythes, instrument de culture et objet de rites, - corps aux fonctions tant citées, aux vertus tant chantées, "corps magnifique", source de vie" et "symbole de féminité", "source de douceur et de chaleur", "symbole de puissance et de virilité", corps "aux potentialités rythmiques inépuisables - est au centre des manifestations pathologiques, le lieu privilégié pour l'expression des troubles mentaux.

Pour "l'école de Dakar", l'investissement collectif du corps de l'Africain, les techniques de maternage et l'organisation de l'image du corps permettent de parler de la "facilité de corporéisation" et de la "banalité de la somatisation qu'il conviendrait, selon eux, de distinguer de la conversion hystérique.

Le corps était le lieu de prédilection du 'rab' (esprit ancestral) qui pouvait le "posséder", l'occuper pour transmettre son message - mécontentement, choix - au groupe, à la famille; ce corps pouvait, également, à tout moment être "attaqué" par le sorcier anthropophage ('dëmm'), qui en "mangeait" certaines parties vitales; ce qui pouvait entraîner la mort; mais ce même corps pouvait aussi être "agressé" par un 'liggéey', "maraboutage", qui provoquait le dysfonctionnement de certains de ses organes.

C'est par les diverses fonctions dévolues au corps que l'Africain - plus particulièrement la femme - acquiert son identité, son statut; quand ça ne va pas, c'est par le corps tout naturellement que la maladie se manifestera.

Et les plaintes somatiques témoignent de la richesse de l'expression somatique, tout en permettant de noter la rareté des phénomènes conversionnels. Dès lors, certaines manifestations sont-elles à mettre sur le compte d'un rôle névrotique solitaire" ou à comprendre comme "un message culturellement codé ? Selon certains auteurs dans un travail récent (37), "la femme est une personne dont le statut et le rôle renvoient à la corporéité de la vie de son être, les plaintes somatiques chez elle exprimeraient un non sentiment de coïncidence avec les symboles de sa culture, un non sentiment d'appartenance et de solidarité..."

Selon nous, les manifestations d'hystérie féminine rencontrées constituent un véritable langage double qui, au-delà des plaintes somatiques fréquentes et banales et en deçà de la conversion hystérique classique très rare, traduit la réalité clivée de malades qui ne peuvent exprimer leur souffrance que dans ce clivage.

Une double référence qui porte sur les contradictions dont le corps de ces femmes est porteur : d'une part les éléments et circuits à travers lesquels la société déterminait la place et le statut de la femme et par lesquels la femme se conformait aux valeurs du groupe, garantissant ainsi son insertion et son identité.

D'autre part les aspirations et perspectives personnelles, de véritables créations individuelles, et originales dans les nouvelles modalités d'existence et de survie.

Si comme l'écrit J. Rabain, "c'est par le langage du corps et non par des paroles que se signifie le bien-être corporel", (38) tout malaise ne pouvait qu'utiliser ce langage. Mais ce langage n'est-il principalement que celui de la possession par le Rab ou de l'effet du maraboutage ?

Est-il accessoirement la conséquence de l'attaque du "dömm" sorcier-anthropophage ou du "seytan" ? Ou bien peut-il être autre chose, d'un registre tout à fait différent comme par exemple la suppléance d'une parole ?

6. Sur la question de l'Hystérie au Sénégal

Nous avons déjà souligné la rareté sinon l'inexistence de travaux consacrés aux troubles névrotiques et en particulier à l'hystérie qui est "considérée habituellement comme une des manifestations névrotiques que l'on rencontre le plus fréquemment chez l'Africain" (39). Cet auteur écrit que les névroses représentent en général une partie négligeable dans les services d'hospitalisation en psychiatrie mais "constituent un groupe important des malades suivis en consultation externe". Il souligne la rareté des névroses phobique et obsessionnelle et note que :

"les phénomènes de conversion sont spectaculaires et polymorphes..., les états névrotiques anxieux très fréquents, souvent accompagnés d'agitation motrice ou verbale et de manifestations somatiques multiples (...)

"Les thérapeutiques psychologiques sont difficiles pour le médecin européen et ne sont, de ce fait, guère utilisées" (40)

De son côté, N. Le Guerinel, à partir d'une expérience d'entretiens et de psychothérapie (à la consultation de Psychologie du service de Psychiatrie de Dakar), écrit :

"Nous avons observé plusieurs cas d'entrée dans la schizophrénie ou de bouffées délirantes qui affectaient

au début des allures de troubles névrotiques relativement discrets, ou inversement, des troubles névrotiques qui empruntaient, pour exprimer l'angoisse, des représentations proposées par le milieu socio-culturel... "Les limites entre névroses et psychoses sont donc plus imprécises et plus encore difficiles à définir qu'en psychiatrie occidentale"(41)

L'auteur souligne, par ailleurs, l'"extrême rareté de la psychonévrose obsessionnelle "tout en précisant qu'il arrive fréquemment que "certains mécanismes de défense de type obsessionnel apparaissent sur une névrose d'angoisse ou sur une hystérie de conversion".

Pour ce qui est de l'hystérie même, il note "la fréquence des tableaux hystériques de type "grande hystérie de Charcot" et celle également de "névroses hystériques plus discrètes dont la facilité de somatisation peut faire illusion".

Tous ces troubles ont selon l'auteur, un fond dépressif commun et comportent des plaintes somatiques "souvent monotones", "stéréotypées", "répétitives"; cet aspect dépressif et les plaintes somatiques constituant la plus grande partie du matériel clinique.

La relation thérapeutique et la thérapie elle-même, posent - comme le déplore l'auteur - des problèmes : "l'abondance des plaintes somatiques masque la pauvreté de la relation", "le symptôme n'offre pas de voie d'accès à la vie personnelle du sujet", "la vie imaginaire semble bloquée, limitée à la demande immédiate d'être soulagé des troubles actuels".

"La relation thérapeutique doit être longtemps poursuivie pour que, derrière le symptôme - écran, la signification symbolique puisse apparaître et élargir le champ des préoccupations limitées jusque-là à l'attente de la guérison."(42)

Ce qui, pour l'auteur, posait le problème de "l'évaluation du sens et de la portée de la demande du sujet" et celui du transfert dans la relation interculturelle.

D'autres travaux ou publications mentionnent également des manifestations hystériques dans les troubles psychopathologiques rencontrés en milieu sénégalais : (43), (44), (45), (46), (47).

Nous ne citerons que très brièvement quelques données fournies par P. Picard, pour ensuite nous apesantir sur la communication du Pr. Collomb et ses collaborateurs, qui porte sur "hystérie et crise de possession et qui nous paraît être la plus pertinente - malgré ses limites - de toutes les publications de "Fann" sur la question.

Picard, dans son travail (48) n'a retenu que les "névroses structurées" et dans lesquelles, il n'a trouvé que de l'hystérie de conversion; il note l'absence de névroses phobique et obsessionnelle, "les seules névroses diagnostiquées sont des hystéries de conversion "parmi ces hystériques, les wolof étaient fortement majoritaires, bien qu'étant majoritaires dans la région dakaroise et dans la population de l'échantillon sur lequel a porté l'étude. L'auteur souligne, d'une part, l'importance des dépressions et des névroses (hystériques) chez les consultants résidant dans la région de Dakar et d'autre part, l'importance des psychoses délirantes aiguës et surtout des psychoses chroniques dans la population ne provenant pas de la région de

Dakar. Selon lui, les 3/4 de l'ensemble des névroses (structurées et indifférenciées) de son échantillon, proviennent de la région de Dakar où se situe l'hôpital dans le cadre duquel son travail a été effectué.

Nous avons volontairement omis, ici, de mentionner les chiffres fournis dans ce travail, chiffres qui, selon les termes de l'auteur, devraient être maniés avec prudence; il n'en demeure pas moins que certaines de ses conclusions doivent faire réfléchir.

7. Hystérie et Possession

Pour le Professeur Collomb et certains de ses collaborateurs (49) certaines analogies des manifestations hystériques et des crises de possession peuvent induire en erreur.

"Les modalités d'expression (théâtralisme) autant que les conditions d'apparition des crises de possession (nécessité de spectateurs) ont souvent fait considérer les crises comme des manifestations hystériques."(50)

Ces auteurs déplorent que beaucoup d'autres auteurs, aient un peu partout assimilé la crise de possession à l'hystérie, notamment Dembovitz - qu'ils citent - pour qui "l'hystérie est l'empreinte de la psychiatrie chez les africains... Tous les autres états psychiatriques doivent être considérés comme s'ajoutant à un schéma hystérique de base. Le mécanisme hystérique est si volontiers utilisé que les symptômes de conversion colorent non seulement les dépressions névrotiques et les états anxieux, mais aussi les psychoses vraies".

En milieu wolof-lébou, font-ils remarquer, ces difficultés de diagnostic se posent aussi au psychiatre de formation occidentale qui, ou bien reste au niveau "superficiel", symptomatique, et verra, dans ces manifestations "bruyantes", "théâtrales", de l'hystérie; ou bien, sa connaissance des données culturelles du milieu lui permettra d'opérer une "distinction fondamentale entre les symptômes hystériques" et la structure de la personnalité".

"Les symptômes sont de rencontre banale en milieu médical ou psychiatrique.

Rarement ils sont supportés par une personnalité hystérique selon les conceptions psychanalytiques. La plupart du temps, on est frappé par la facilité d'expression "hystérique" d'affections d'étiologies très diverses (atteintes organiques, névroses, psychoses) sans que la structure hystérique de la personnalité puisse être affirmée (...) "Les crises de possession sont d'ordre socio-culturel. Si elles sont facilitées par cette disponibilité particulière de l'africain qui favorise les identifications, elles n'en ont pas pour autant une signification hystérique(...)

"Alors que le "symptôme hystérique a valeur de message individuel, venu de l'inconscient par la chaîne symbolique", la crise de possession a valeur de message social. Il ya déplacement du niveau individuel propre de l'hystérie au niveau social propre à la culture" (51)

Pour les auteurs, somatisation et phénomènes de conversion hystériques sont couramment rencontrés mais différents; et la somatisation - qui est prépondérante et se rencontre dans des tableaux cliniques aussi bien névrotiques que psychotiques comme "symptôme

majeur" - ne permet pas " pour autant de parler de personnalité hystérique.

"En Afrique, l'organisation syncrétique au niveau individuel, favorise la résonance et l'expression somatique...

"Maternage, éducation, techniques du corps, rites de passages, solidarisent des synergies neuromusculaires et végétatives avec un ensemble sociologique et culturel. Le corps toujours ouvert (en tant que structure et lieu de l'existence), reçoit et donne, exprime les émotions, les conflits, l'angoisse."(52) "Crise de possession et hystérie se différencient et même s'opposent sous d'autres aspects

- sur le plan symbolique la crise d'hystérie et les symptômes hystériques ont valeur de message individuel. Il est hermétique à ceux-là mêmes auxquels il est destiné; la psychanalyse peut le décoder en explorant l'inconscient de l'individu et son histoire;

- la crise de possession, et les comportements des possédés, s'ils impliquent la personnalité et peuvent à ce titre recevoir une interprétation, prennent valeur de message collectif.

Le groupe sait décoder ce message : en s'identifiant à un esprit ancestral, en lui prêtant son corps, le possédé s'impose des comportements qui deviennent des signifiants culturels. L'individu, par la possession, se situe, s'intègre d'une manière privilégiée, sécurisante, dans la lignée de ses ancêtres donc dans le groupe...

"Le possédé ne bénéficie pas seul de la possession. A l'inverse de l'hystérique, qui tire de la crise un profit

personnel, il entraîne avec lui la communauté toute entière. A la limite, il est le prétexte pour le groupe de pouvoir s'exprimer.

Les deux phénomènes, psychopathologique (hystérie) et culturel (possession-maladie), sont-ils antinomiques dans le système socio-culturel africain en profonde mutation ? Tout laisserait croire que oui mais nous pensons que cette antinomie n'est pas naturelle, absolue, mais est le fruit d'une conceptualisation, d'une pensée occidentale doublée d'une démarche comparative.

Déjà - ce qui n'est bien sûr pas une preuve suffisante - de vieux dossiers de malades, en archives, attestent de l'existence de l'hystérie au Sénégal (certes sous des étiquettes diverses) : malheureusement ces dossiers sont difficilement exploitables, étant parfois vides ou alors ne contenant souvent pas suffisamment de données pertinentes qui auraient pu nous être utiles.

Nous avons la nette impression qu'au sein de l'équipe de neuropsychiatrie de l'époque, l'intérêt pour la neurologie et pour l'organicité des troubles, d'une part, et l'engouement pour les formes de psychopathologie culturelles indigènes, d'autre part, ne pouvaient pas leur permettre de supposer qu'un sujet africain puisse avoir le droit d'avoir une pensée intérieure propre qui ne soit pas celle du groupe familial ni celle de l'esprit possesseur.

Nous pensons que l'hystérie a toujours existé au Sénégal (même en Afrique noire) comme le système de la possession par les rab.

"Dans (le) contexte socio-culturel (africain), se singulariser est ressenti comme menaçant. Or l'hystérique est précisément celui qui se distingue des autres. A la limite donc, il n'a pas sa place dans cet univers de possession ritualisée où la seule façon

de se singulariser est régie par la culture".(53)

Jusqu'ici, la plupart des travaux ou réflexions (qui nous ont été accessibles) portant sur la question des rapports entre hystérie et "possession - maladie" se sont bornés à établir un parallèle et/ou à relever des différences - certes fort instructives - entre ces deux réalités.

La réflexion de Tobie Nathan sur la question nous fournit des éléments plus édifiants et qui nous ont été considérablement utiles dans notre propre pratique clinique.

A la question hystérie ou possession ? hystérie et aussi possession ? T. Nathan répond "qu'une pensée théorique est nécessaire pour permettre une fine discrimination entre hystérie et possession"... "toutes deux étant caractérisées par l'opposition corps contenu/corps agité"... "résolvent chacune une question mais à l'aide d'un mécanisme..." "dans l'une comme dans l'autre," "...le passage du corps contenu au corps agité, indique (...) la polarisation d'un "champ sémantique".

"Si devant une conversion, je peux établir un diagnostic (différentiel) entre hystérie et possession, c'est que mon investigation préliminaire vise à déterminer les

deux champs sémantiques ou univers qui cherchent à entrer en communication par l'intermédiaire de ce corps réversible"(54)

L'auteur explique que "la possession semble avoir pour fonction d'établir une communication entre deux univers radicalement différents - celui des hommes et celui des êtres surnaturels - mais hiérarchiquement dépendants, alors que la conversion hystérique met en connexion deux univers distincts mais de même niveau"

"S'il s'agit de deux systèmes de pensée ou de valeur placés sur un registre équivalent tels que pensée médicale et univers du désir ou bien pensée occidentale et pensée traditionnelle, alors je considérerai que j'ai affaire à une hystérie(...) Par contre s'il s'agit de mettre en relation univers sacré et univers profane, alors je me prononcerai pour un diagnostic de possession"(55)

Et même mieux, l'auteur souligne que ces deux structures distinctes que sont l'hystérie et la possession peuvent cohabiter au sein d'un même psychisme" quoi qu'au prix d'un certain clivage". Il cite ainsi le cas d'une jeune ivoirienne (cas publié ailleurs) "qui était possédée le vendredi et hystérique les autres jours de la semaine".

Si l'on considère par exemple le syndrome de Ganser qui plus qu'un simple, banal et rassurant élément de diagnostic, est une véritable clé d'interprétation, dans le contexte africain, tout dépendra de quelle place on le reçoit comme signe : s'agit-il d'un symptôme hystérique, d'une manifestation du rab qui possède et qui parle à travers le "malade", ou bien alors s'agit-il d'un pseudo-délire de type psychotique ? C'est une véritable question de décodage qui se pose là au thérapeute.

8. Parcours du malade

Dans les systèmes anthropologiques africains, le phénomène persécutif occupe une place importante aussi bien dans la vie quotidienne "normale" que dans la maladie quelle qu'elle soit.

"Selon la tradition, l'étiologie de la maladie mentale relève toujours d'une agression venant de l'extérieur, d'humains mal intentionnés ou d'esprits. L'interprétation persécutive est la norme, elle opère une mise en forme du mal, de ce que nous appelons maladie, agressivité (...); elle est, à ce titre, régulatrice des rapports sociaux."(56)

Et en ce qui concerne les maladies mentales, "le mal(...) est à la fois physique et moral, maladie et faute; il est une agression par une force étrangère". (57)

Aussi, lorsque les troubles apparaissent chez l'individu, une interprétation (ou plusieurs) est toujours donnée, en référence aux registres d'interprétation traditionnels en vigueur dans le milieu auquel appartient l'individu.

Ces registres situent toujours la cause à l'extérieur ; et dans le système culturel wolof/lébou, il existe trois principaux modèles (quatre selon Zemléni) d'interprétation de la maladie mentale : la possession par les "rab", l'agression par le maraboutage et l'attaque par la sorcellerie-anthropophagie. Dans la famille, un diagnostic étiologique est en général, toujours proposé et a valeur de compromis entre les troubles présentés par le malade et les exigences socio-culturelles.

Pour ce faire, l'entourage repère dans le syndrome un certain nombre de signes privilégiés doués d'une valeur classificatoire..." (58)

D'après Ortigues :

"Selon l'étiologie utilisée il s'opèrera une sélection parmi les symptômes ; certains seront privilégiés, d'autres négligés afin que la maladie apparaisse conforme au schéma que l'on s'en donne.

"C'est ainsi que l'étiologie par les "rab" privilégie "les crises", celle par maraboutage, la réussite et l'échec, la puissance et l'impuissance ; la dernière enfin insiste sur les traits de caractère et les particularités de la maladie"(59)

Mais ceci n'empêche guère le recours à un marabout-guérisseur, qui appartient à la famille élargie, ou bien qui est étranger à la famille, mais réputé ou bien simplement à un guérisseur-marabout étranger, inconnu mais désigné par un proche comme praticien.

Et selon Schurmans,

"le recours au marabout, (...) c'est la recherche d'un médiateur capable d'assurer au compromis un plus grand nombre de chances de réussite... on ne lui demande pas de faire un diagnostic au sens occidental du terme. Il ne fait pas autre chose, lui aussi, que de proposer un modèle conforme, auquel il invite à la fois le malade et ses proches à se conformer."(60)

Il explique que le bon marabout est celui qui fournira le modèle explicatif le plus satisfaisant et que si le malade y adhère et accepte la thérapeutique appropriée préconisée, il a des chances de s'en sortir. Dans le cas contraire, l'hôpital devient l'ultime recours.

Mais nous constatons qu'il y a des cas où le malade ne se conforme pas au modèle proposé mais se soumet aux décisions familiales de recourir à un ou plusieurs autre(s) guérisseur(s).

Et cette disposition de la famille à faire faire à leur malade le tour de nombreux marabouts et/ou guérisseurs pourrait s'expliquer par l'absence - jusqu'ici - des notions de chronicité et d'incurabilité de la maladie, dans les modes de pensée. En tout cas ces notions sont rarement explicitées.

Lorsque les troubles persistaient, malgré de multiples consultations auprès de plusieurs tradithérapeutes ou simples marabouts, cette persistance n'était jamais attribuée à une quelconque chronicité ou incurabilité de la maladie même, ni imputée à une quelconque incompetence du ou des guérisseur(s). On pensait tout naturellement que c'est parce que le malade et sa maladie n'avaient tout simplement pas encore rencontré le guérisseur approprié ou exécuté le traitement qu'il fallait ou tel qu'il fallait le faire.

Ainsi l'espoir demeurait toujours ; et ceci devait certainement contribuer à la tolérance habituelle si remarquable dont la famille, et l'entourage élargi faisaient preuve à l'égard du malade. Et même quand la recherche de médiation, de modèle explicatif satisfaisant échouait et que l'institution hospitalière s'avérait être l'ultime recours, la famille n'en continuait pas moins à consulter, parallèlement dans les circuits

traditionnels. Comme si l'hôpital et le guérisseur avaient respectivement, chacun sa part à guérir dans la même maladie.

Certaines familles de malade ne disaient-elles pas souvent aux thérapeutes de l'institution "vous le soignez, nous on le guérira". Comme ce malade psychotique que son père nous a emmené un jour à la consultation de psychiatrie en nous présentant, enveloppé dans beaucoup de papier taché, un objet à l'odeur forte et répugnante qu'il aurait -en tant que guérisseur lui-même- extrait du ventre de son fils malade. Il nous dit alors : "Mon fils est malade et, à coup sûr, allait mourir ; je pense que c'est les sorciers... et heureusement, j'ai pu extraire ce qui allait le tuer... maintenant qu'il est sauvé... à vous de faire le reste, soignez le..."

Lorsque les malades arrivent à l'hôpital, après les consultations et traitements traditionnels, leurs familles expriment rarement un sentiment d'échec à l'égard de ces traitements ; on entendait plutôt : "Nous avons fait le nécessaire de notre côté, à vous maintenant de le traiter..."

Il semble que ce qui surdétermine cette double démarche soit moins lié à une forte adhésion à l'un ou à l'autre de ces systèmes qu'à une série de changements et de tentatives d'ajustement que le thérapeute doit comprendre et en tenir compte.

Mais cette double démarche à la fois complémentaire et apparemment contradictoire, à la fois ambivalente et clairement entreprise n'est-elle pas finalement la quête d'un troisième lieu thérapeutique ? Un troisième espace, joint nécessaire à l'établissement du "pont", de l'harmonie, de la jonction, entre deux univers, deux mondes difficile-

ment compressibles.

Certes, les tradithérapeutes de tout bord sont encore et pour longtemps beaucoup plus nombreux que les thérapeutes des institutions hospitalières, toutes formations et spécialités confondues.

Il existe très peu de psychiatres et de psychologues au Sénégal. Ils exercent tous à Dakar où sont regroupés l'hôpital, les services de psychiatrie et les cabinets privés de consultations en psychiatrie (sauf le "village psychiatrique "Emile Badiane" en Casamance placé sous l'autorité d'un infirmier).

Partout ailleurs dans le pays, c'est des médecins, pour la plupart généralistes, qui - malgré leur sensibilisation aux aspects assez particuliers de la pathologie mentale au cours de leur formation universitaire - sont souvent démunis, impuissants devant les manifestations de la maladie mentale qui reste encore, dans les esprits, y compris chez les médecins, un domaine vécu comme dangereux et donc craint.

"... Nous avons été frappés par l'affolement des soignants devant tout malade agité, ce qui les pousse à de terribles erreurs; tantôt on renvoie un paludéen confus avec un cachet de gardéнал, tantôt on envoie en psychiatrie avec le diagnostic de "mélancolie aiguë avec tentative de suicide" un épileptique qui était tombé dans le feu au cours d'une crise."(61)

Et lorsque l'institution médicale à ce niveau ne parvient pas à venir à bout de certains troubles impressionnants et résistants et que l'indication d'une consultation à Dakar s'avère matériellement difficile

(éloignement, coût du voyage, problèmes d'hébergement...), la famille est souvent contrainte de se tourner à nouveau vers les circuits traditionnels dont "l'inefficacité" avait occasionné le recours vers l'hôpital régional ou le dispensaire.

Dès lors, il nous semble qu'il serait erroné aujourd'hui de mettre tout recours aux systèmes culturels sur le compte d'une adhésion intime à ces systèmes. S'il est par ailleurs, évident que la grande demande psychiatrique adressée aux institutions hospitalières n'est rien par rapport au taux de malades mentaux que compte le pays, il serait là également, erroné de mettre cet écart sur le compte d'une encore grande et totale prégnance de ces systèmes.

Il y a une sorte de syncrétisme manifeste et s'il existe encore une prépondérance des recours aux guérisseurs, l'insuffisance des infrastructures, des professionnels dans ce domaine et celle de la formation des médecins en général dans cette discipline mais aussi l'enclavement de la "psychiatrie" à Dakar et le manque d'informations des populations y sont pour beaucoup. Sinon bon nombre de guérisseurs et de charlatans iraient cultiver des choux ou retrouveraient la culture du mil et de l'arachide.

"... Il paraît probable que, dès qu'il y aura assez de médecins pour couvrir le pays, la première mesure du jeune Conseil de l'Ordre des Médecins sénégalais sera de mettre (les marabouts) hors-la-loi."(62)

Nous ne faisons guère le procès des guérisseurs, ni de leurs techniques, ni des croyances de ceux et celles qui y ont recours.

Dans les familles élargies, on avait toujours à portée de main un marabout-guérisseur ('serin-fajkat') à qui on faisait appel systématiquement en cas de maladie. On le connaissait, il faisait plus ou moins partie de la famille, on avait confiance en lui. En milieu rural, on en rencontre encore; et l'entourage va les consulter pour tous les maux.

Mais on assiste à l'éclatement des structures familiales élargies, à des phénomènes migratoires vers les centres urbains ; et malgré les tentatives de regroupement, de recomposition, et la mise sur pied de diverses structures villageoises de solidarité, la solitude, l'insécurité, l'individualisme naissant et la lutte pour la survie, créent des situations anxiogènes dans lesquelles, les recours aux pratiques magico-religieuses habituelles s'accroissent ; ces recours devenant les conditions "sine qua non" de la survie, de la réussite, etc. Il s'agit, en l'occurrence, essentiellement du recours aux pratiques fétichistes ou de maraboutage.

"La plupart des sociétés africaines sont en transition les changements introduits par la colonisation d'abord, puis par la modernisation, ont affecté les cadres culturels et sociaux en fonction du degré de pénétration des modèles étrangers, de l'évolution économique vers un système monétaire, de la diversification des activités professionnelles...

"Dans la série des structures qui se prolongent et s'emboîtent, individu, famille, société, la famille s'affaiblit aux dépens des deux autres..."(63)

Et face à la demande importante, répond une offre des plus variées dont celle des charlatans de tout bord, à tous les coins de rue. Et si la presse locale ne tarit pas de faits divers relatant les escroqueries

multiples et astucieuses dont sont victimes une bonne partie des populations urbaines, on n'en continue pas moins à consulter dans les circuits traditionnels avec la même ferveur mais aussi avec une moindre dose de cette confiance absolue que l'on faisait à quiconque se disait marabout ou guérisseur ou était désigné comme tel.

"Alors que pour les adultes, le marabout symbolise la résistance de l'africanité à l'impact colonial, pour la jeunesse cette figure de l'autorité déclinante est plutôt le symbole de la compromission.

"Dans une société d'échange, l'agressivité passe par le canal d'un médiateur dont le rôle à la fois bénéfique et maléfique le soustrait à la rétorsion; le sorcier, le guérisseur ou le marabout ne sont pas vécus comme agressifs, il n'en sera plus de même demain.

"D'une part, le thérapeute occidental ne joue que le rôle bénéfique et tend à en conquérir le monopole, d'autre part, si les marabouts guérissent plus difficilement les maladies, on continue à leur attribuer la paternité de celles-ci.

"L'interprétation par le maraboutage l'emporte aujourd'hui largement sur celle des esprits ancestraux

"Et il est ainsi fréquent d'entendre dire des guérisseurs qu'ils ne savent plus guérir mais qu'ils peuvent toujours rendre malade.

"Perdant son ambiguïté, le marabout-guérisseur suivra-t-il le destin de nos sorcières ?

"Dans un système de compétition, l'agressivité est sublimée, la volonté de mort pour des rivaux est niée, la lutte doit apparaître franche et loyale..."

"La compétition des talents entraîne tôt ou tard la chasse aux sorciers.

(Au Sénégal) "on ne fera pas sans doute de bûchers expiatoires (...) mais il reste que si la victime du maraboutage devient un perturbateur de l'ordre public, le marabout devient fauteur de troubles et sa pratique magique cause de désordre."(64)

Bien sûr il y a aussi ceux que l'on connaît depuis longtemps, soit personnellement, soit par oui-dire, ceux qui "ont fait preuve de sérieux et d'efficacité". Mais la pléthore de marabouts-guérisseurs et de charlatans suscite chez certains d'entre eux l'impérieux besoin de se démarquer du lot, en essayant souvent d'obtenir des institutions hospitalières ou des autorités médicales ou même des responsables politiques (de leur clientèle) des documents accreditifs ou une collaboration témoignant de leur sérieux et de leur compétence.

Mais dans un cas comme dans l'autre, la plupart de ces tradithérapeutes trop soucieux de préserver et/ou d'accroître leur clientèle en arrivent très souvent à jouer le jeu de la famille ou de l'individu qui, en venant les consulter, a déjà son idée toute faite qu'il ne demande qu'à faire confirmer.

"Le marabout, dont la fonction était de renforcer la cohésion des familles et de canaliser l'agressivité de ses membres, voit sa pratique se transformer.

Ce n'est pas lui qui donne à la famille des leçons de tolérance, on lui dicte sa conduite."(65)

Et la manière de présenter la maladie ou le problème qui l'amène, la narration des circonstances, le moment et le lieu (dans les cas de troubles mentaux ou de "crises" ou d'un quelconque dysfonctionnement inquiétant) permettent en général, au marabout-guérisseur de se faire une idée de ce que la famille ou le consultant pense et cherche à faire confirmer.

"Les circonstances d'apparition de la maladie plus encore que les symptômes déterminent le choix d'une étiologie et les modalités de l'interprétation" (66).

Mais ce serait une erreur que de mésestimer les capacités adaptatives des individus dans nos sociétés en transition.

"Les hommes se comportent vis-à-vis de leurs croyances comme les enfants à l'égard des contes de fées. Ils y "croient"(...) mais n'y croient pas tout à la fois... le patient croit sans y croire (aux techniques thérapeutiques traditionnelles qui paraissent magiques), il se regarde en train d'y croire, mais reste double "(67).

Ce flottement du malade entre les deux systèmes de soins, ce défaut de croyance, d'adhésion absolue à l'un ou l'autre, serait peut-être une des conditions nécessaires à la création "d'un espace intermédiaire qui serait un embryon de culture commune" entre le thérapeute et le malade.

"J'ai tout fait avec les marabouts et guérisseurs, mais il n'y a aucune amélioration. Maintenant que vous me soignez, je voudrais bien aller les voir encore pour qu'ils fassent des prières pour moi et me donnent des "protections" (talismans) nous disait un malade.

Cette plasticité dans les références est comme une invite adressée au thérapeute pour l'inciter à "innover" et créer les conditions d'une rencontre véritable ; cette rencontre ne pouvant se faire que dans l'espace intermédiaire entre ces deux espaces culturels. Et chez l'hystérique ça a valeur d'un défi lancé au thérapeute qui a le choix entre faire comme les autres praticiens qui ont échoué ou bien innover, s'originaliser pour permettre au malade qui jusqu'ici s'était confiné à "montrer la maladie", de la "dire" maintenant.

Mais là, faudrait-il que le soignant, dans ses dispositions, veuille bien voir et comprendre le symptôme (névrotique hystérique) pour ce qu'il est ; c'est à dire l'expression d'un message ; car entre la cause (diagnostic étiologique traditionnel) et la forme (diagnostic symptomatique institutionnel) il y a le "sens qui continue d'échapper au sens".

Le malade part d'un système anthropologique naguère cohérent, structurant et rassurant vers un système nouveau, inconnu, guère rassurant mais plus accessible et moins coûteux où seul le "nakk péxé" (l'absence d'autres possibilités de recours) pouvait le mener. Ses croyances sont flottantes et manquent de netteté. Et comme les rab errants qu'il s'agit d'identifier et de "domestiquer" en les "fixant" par l'érection d'un autel, il s'agira pour le thérapeute, dans le champ de ses compétences, de donner forme et structure aux "productions" informes, fragmentées et apparemment factices du malade.

Car les cultures de l'extériorité s'estompent plus ou moins en milieu urbain et on voit apparaître des modes pathologiques qui sont une tentative d'élaboration plus intérieure des conflits.

Et selon M. Dores,

"le choix de l'hôpital n'est pas indifférent. Il signifie un changement dans l'évolution de la maladie, et aussi une modification du rapport de force à l'intérieur de la famille". (68)

Le parcours du malade hystérique, des circuits culturels aux modes de prise en charge moderne et ensuite son va-et-vient entre ces deux systèmes, témoignent de son clivage et d'une absence d'adhésion totale à l'un ou l'autre de ces systèmes. Et ils sont significatifs des déplacements des conflits et des modifications intervenues dans la pathologie mentale. La demande du malade ne peut qu'être autre. Elle nécessite une thérapeutique autre, un espace thérapeutique autre.

Et le cabinet de psychothérapie, à l'hôpital comme en ville, est ce troisième lieu, cet espace thérapeutique autre.

9. Hypothèses

Nous notons qu'avec les malades que nous avons eu à "suivre", nous n'avons pas été confrontés à des problèmes d'ordre diagnostique.

Si l'on finit toujours par reconnaître l'hystérie, à travers sa symptomatologie polymorphe et variable, pour les besoins d'ordre diagnostique, nous, notre problème n'était ni de poser un diagnostic, ni de déceler une quelconque structure. Cela s'explique par la manière particulière dont ces malades nous étaient envoyées et nous parvenaient : on ne nous les envoyait pas parce qu'on ne savait pas ce que c'était ni pour confirmer ou préciser un quelconque diagnostic; on nous les envoyait parce que le médecin, ou l'institution hospitalière ne savait plus quoi faire, ne pouvait pas faire plus ! Lorsqu'elles nous parvenaient donc, le diagnostic d'hystérie était déjà posé. Diagnostic symptomatique ou de structure ? Peu nous importait ! Ce n'est pas ce que l'on nous demandait. Ce qu'on attendait de nous - même si ce n'était pas clairement établi - était d'une autre nature.

C'était d'écouter ! C'était de permettre une expression originale et d'entendre peut-être ce que ni la famille, ni le tradithérapeute ou guérisseur, ni l'institution hospitalière ou l'autorité médicale "expéditrice" n'étaient préparés à entendre, ni ne pouvaient entendre : une parole, un discours généralement occulté pour des raisons que nous développons plus loin.

Ce que l'on peut dire dès à présent, c'est qu'en écrivant sur la place, le rôle du corps chez l'Africain et sur les fonctions multiples dévolues au corps chez la femme ou sur la "facilité de corporéisation" et la "banalité de la somatisation", l'institution psychiatrique au Sénégal a très peu fait cas, chez les malades mentaux, de la magie du verbe, de la parole, du poids des mots. Et pourtant il s'agissait de sociétés de tradition orale.

Mais l'institution et son microcosme thérapeutique rejoignaient tout naturellement les guérisseurs traditionnels pour qui ce que pouvaient

dire les malades importait peu.

Quant à nous, sans nous situer dans une perspective anti-psychiatrique "visant à favoriser une totale liberté de parole", nous nous sommes efforcé de ne pas usurper cette parole porteuse de singularité et de signifiants propres. Cette parole invite également à un élargissement du champ thérapeutique au-delà des décryptages sémiologiques et du "campage" diagnostique.

Sans minimiser les manifestations et plaintes somatiques assez mineures d'ailleurs et très vite reléguées au second plan par ces malades mêmes, nous avons écouté ces femmes. Leurs discours ou fragments de discours nous ont semblé contenir de nouvelles données du jeu/je, qui dérangeaient nos habitudes et convictions : en Afrique Noire, dans le domaine de la psychopathologie, les arguments sont soit traditionnels, soit neurologiques. Dès lors, ces fragments de discours des femmes doivent-ils être considérés comme des épiphénomènes ou ont-ils valeur de symptôme ? Discours-symptôme ? Symptôme de quoi ?

1°) L'hystérie existe au Sénégal

2°) C'est un phénomène d'urbanité

3°) L'équipe de psychiatrie n'a pas pu la penser car cela impliquait une pensée théorique

4°) Si l'on dit que l'hystérie existe au Sénégal, quels sont les aménagements nécessaires de ma théorie et ceux de ma technique.

NOTES

1. H. COLLOMB : "L'urbanisation désintégratrice de la société traditionnelle". Journées Bordeaux-Afrique, Bordeaux, 7-11 oct.1977
2. H. COLLOMB et S. VALANTIN : "Famille Africaine" (Afrique Noire). Extrait de *L'enfant dans la ville* - Masson, Paris, 1970, pp 325-349.
3. Nous renvoyons à l'"Essai de bibliographie commentée", R. COLLIGNON - *Psychop. Afric.* Vol.XIV, N° 2-3, 1978.
4. H. COLLOMB : "L'Avenir de la psychiatrie en Afrique". *Psychop. Afric.*, Vol IX, N° 3, 1973, pp.343-370
5. M.C. et Ed. ORTIGUES : *Oedipe africain* - Plon, Paris, 1973, 436 p.
6. *Idem.*
7. *Larousse illustré* - 1983.
8. G.P. BRABANT : *La Psychanalyse* - Seghers, Paris, 1970-1971, p.101.
9. S. FREUD : *Cinq Psychanalyses*. PUF, Paris, 1977
10. R. DUGUAY, H.F. ELLENBERGER et COLL. : *Précis Pratique de psychiatrie*. Maloine Editeur, Paris, 1987, 693 p.
11. Tobie NATHAN : "Hystérie ou Possession" - in, "Corps malade et Magie", *Revue de Médecine Psychosomatique* N° 5-1986, pp. 11-21.
12. G. MASSE, A. JACQUART. et M. CIARDI : *Histoire illustrée de la Psychiatrie en 41 leçons et résumés*- Dunod, Paris, 1987.
13. *Idem.*
14. *Idem.*
15. G. DIDI-HUBERMAN : *Invention de l'hystérie- Charcot et l'iconographies Photographique de la Salpêtrière*, Ed. Macula, Paris, 1982.
16. J. CORRAZE : "La question de l'hystérie"- pp. 401-412- in *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie*, Privat, Toulouse, 1983.
17. G.DIDI-HUBERMAN, *op.cit.*

18. J. CORRAZE, *op.cit.*
19. *Le Grand Médical - Psychiatrie*- Edito- Service S.A. Genève, 1974
20. T. LEMPERIERE et P. HARDY : *La personnalité hystérique*. Hystérie. *Revue du Praticien*, 1982, 32, N°13, pp. 879-893.
21. R. GORI : "L'Epistémophilie hystérique"- *Act. Psychiatr.* N° 2, 1983, pp. 50-60.
22. P. DENIKER et H. LOO : "Les Formes Modernes de l'Hystérie", *La Revue du Pratic.* Tome XXVIII - N° 32.
23. *Idem.*
24. H. EY. *Manuel de Psychiatrie* - 5è édition, Masson, Paris, 1978, 1252 p.
25. *Idem.*
26. Tobie NATHAN : "Hystérie, Aujourd'hui"- *Persp. Psychiat.* 1984-IV-N° 98, pp. 291-292
27. J. CL. MALEVAL : *Folies Hystériques et Psychoses dissociatives*. Payot; Paris, 1981. p. 16
28. L. ISRAEL : "Le Défi hystérique" - *Act. Psychiatr.* N° 2- 1983.
29. L. ISRAEL : *L'Hystérique, le sexe et le Médecin*. Masson, Paris, 1976, 1979.
30. A. ZEMPLÉNI : " La dimension thérapeutique du culte des Rab. Ndöp, tuuru et samp. Rites de possession chez les wolof et les lébou". *Psychop. Afric.*, vol II, N° 3-1966, pp. 295-439.
31. *Idem.*
32. *Idem.*
33. *Idem.*
34. T. NATHAN : *La folie des autres, op. cit.*
35. *Idem.*
36. *Idem.*

37. L. D'ALMEIDA , O. SYLLA, M. BA et F.R. SENGHOR : "Quelques considérations statistiques sur la symptomatologie névrotique au Sénégal : 1ères journées Franco-Ivoir. de Psychiatr. et de Pédo-Psychiatr., Abidjan, 7-8 fév. 1983- 11 p.
38. J. RABAIN, *op. cit.*, 1979.
39. H. AYATS: "Dix ans de Psychiatrie Africaine à Dakar" - *in, Psychiatr. au Sénégal.- Etud. Médic.*, 1968, pp 57-64.
40. *Idem.*
41. N. Le GUERINEL : " Troubles névrotiques et troubles psychosomatiques en milieu africain"- *in Psychiatr. au Sénégal. Etud. méd.*,1968, pp.33-42.
42. *Idem.*
43. H. COLLOMB, H. AYATS et J. ZWINGELSTEIN : "Tétanos hystérique (à propos de 2 cas)", *Bull. Soc. Méd. Afr. N.L. fr.*, 1963, VIII, 3, 282-286.
44. M.C. ORTIGUES, P. MARTINO et H. COLLOMB : " Intégration des données culturelles africaines à la psychiatrie de l'enfant dans la pratique clinique au Sénégal" *Psych. Afr.*,1966, II, 3, 441-450.
45. H. COLLOMB, M. DIOP, MARTINO, A. ZEMPLINI "Hystérie et Crise de Possession. Etude ethno-psychiatrique chez les Wolof du Sénégal". C.R. Congrès de Psychiatr. et Neurol. L. fr. LXVIIè Session, Lausanne, 13-18 sept., 1965. - pp. 389-399.
46. P. PICARD : *Evaluation des activités de Consultation externe du serv. de psychiatr. du CHU-Dakar*, Mémoire CES Psychiatrie, 198 p., Dakar.
47. L. D'ALMEIDA, O. SYALLA, M. BA, F.R. SENGHOR, *op. cit.*
48. P. PICARD, *op. cit.*
49. H. COLLOMB, M. DIOP, P. MARTINO, A. ZEMPLINI, *op. cit.*, 1965.
50. *Idem.*
51. *Idem*
52. *Idem.*
53. *Idem.*

54. Tobie NATHAN, *Hystérie ou Possession, op. cit.*, 1986.
55. *Idem.*
56. M.C. ORTIGUES P. MARTINO et H. COLLOMB. : "Intégration des données culturelles afric..." *op. cit.*, 1966.
57. M.C. et Ed. ORTIGUES, *op.cit.*, 1973.
58. *Idem.*
59. *Idem.*
60. D. SCHURMANS : "Significations Psychodynamiques et fonctions culturelles des interprétations traditionnelles wolof des maladies mentales". *Psychop. Afric.*,1971, vol VII- N° 1, pp. 57-100
61. R. LEUCKX : *Perspectives d'avenir de la psychiatrie en Afrique noire : à partir d'une réflexion sur l'évolution de l'assistance psychiatrique au Sénégal.* Thèse de Doct. en Méd., Dakar, 1975, N° 6. 129 p.
62. *Idem.*
63. H. COLLOMB et S. VALATIN, *op. cit.*, 1970.
64. R. LEUCKX, *op. cit.*, 1975
65. *Idem.*
66. M.C ORTIGUES, P. MARTINO, H. COLLOMB, *op. cit.*, 1966.
67. T. NATHAN : *La folie des Autres, op. cit.*, 1986.
68. M. DORES : *La femme village.* L'Harmattan, Paris, 1981, 215 p.

III.
METHODOLOGIE

1. Les systèmes de représentations traditionnels de la maladie mentale chez les Wolof-Lébou

En milieu traditionnel wolof-lébou, la pathologie mentale est toujours perçue comme le signe d'une agression extérieure; c'est le règne du phénomène de la persécution pour expliquer tout mal, toute maladie. Il existe ainsi, traditionnellement, des systèmes de représentations des troubles mentaux qui constituent des modalités d'interprétation de l'agression qui peut être l'oeuvre, soit des esprits ancestraux, soit des Jinne et des seytaane, soit du sorcier-anthropophage, soit du maraboutage.

Ces quatre modalités d'agression ont été relevées par A. Zempléni qui explique que, contrairement à la psychiatrie occidentale qui privilégie la démarche descriptive et classificatrice des symptômes, les systèmes thérapeutiques traditionnels wolof-lébou eux, s'intéressent en priorité à l'étiologie qui est le critère de classement des troubles mentaux.

"Les troubles mentaux ne sont ni nommés, ni classés en vertu de leurs manifestations cliniques... C'est l'étiologie constituée de quatre catégories d'interprétation qui est le principe de classement des désordres mentaux".

(1)

L'auteur note que ces quatre systèmes d'interprétation couvrent, en milieu wolof-lébou la presque totalité du domaine des maladies mentales, exception faite à l'épilepsie et à l'arriération mentale qui, parce qu'elles échappent à l'interprétation traditionnelle et demeurent incurables, sont vécues comme des maladies héréditaires ; d'autre part, selon lui, la représentation étiologique des désordres mentaux est non seulement déterminante dans l'explication, le classement et l'interprétation qu'on en donne, mais également dans leur traitement.

Dans le premier système d'interprétation, rab (esprits errants) et tuur (esprits domestiqués, fixés à l'autel familial) sont des esprits ancestraux qui vivent auprès des hommes ; et s'ils persécutent ces derniers, c'est pour les inciter à renouveler ou à conclure une alliance avec eux. Et cette persécution, lorsqu'ils investissent la personne, se traduit en général par des troubles mentaux, légers ou graves, brefs ou durables.

La seconde interprétation, elle, incrimine les Jinne et les seytaane, esprits d'origine islamique. Et comme nous l'explique l'auteur, si les Jinne convertis à l'islam n'agressent les hommes que lorsque ces derniers les dérangent, "les seytaane eux sont des Jinne infidèles, dépositaires du mal et tous leurs actes sont néfastes". Aucun culte n'est rendu à ces deux catégories d'esprits et c'est la peur sidérante qui saisit l'individu qui les aperçoit, qui entraîne les troubles mentaux.

Le troisième système d'interprétation concerne le sorcier-anthropophage qui est un individu comme les autres, à la différence près qu'il est doté d'une "âme" de sorcellerie. Mangeur d'âme, il attaque les victimes pour s'emparer de leur force vitale (fit) et, si la mort peut parfois survenir comme conséquence extrême, la victime passe par une phase de troubles mentaux aigus.

La quatrième modalité d'agression, c'est le maraboutage ou "magie interpersonnelle" qu'effectue le marabout pour le compte d'une tierce personne, les troubles sont divers et très variés.

Pour l'auteur, tous ces modèles traditionnels d'interprétation des troubles mentaux sont inégalement distribués, le maraboutage qui est le système le plus répandu et le plus couramment utilisé, se rencontre plus particulièrement dans les situations d'affrontement, de rivalité et de concurrence, qui sont plus nombreux et plus manifestes en milieu urbain qu'en milieu rural; la sorcellerie est une interprétation rurale et animiste selon l'auteur; mais nous en retrouvons encore des manifestations peut être moins vivaces en milieu urbain et surtout dans les zones périphériques.

Zempléni note que le culte des esprits ancestraux était assez largement pratiqué et que sa forme et son intensité variaient d'une région à l'autre.

"Alors que pour l'essentiel, il s'agit d'un culte domestique et familial (offrandes ou sacrifices à l'autel domestique), près des centres urbains, des congrégations de prêtres-officiants le pratiquent sous forme de rites de possession (ndöp)".

"l'interprétation des troubles mentaux par les rab est admise, d'une manière plus ou moins affirmée, par l'écrasante majorité des wolof et des lébou quels que soient leurs lieux d'origine". (2)

L'auteur explique que la référence constante à ces représentations, chez les wolof et les lébou serait due au fait que les modèles d'interprétation permettent l'expression socialisée donc tolérée (non dra-

matisée, non conflictuelle) d'une série de conflits et de tensions aussi bien chez l'individu que dans le groupe. Ce sont des phénomènes régulateurs de tensions. La notion de consensus collectif étant le moteur aussi bien de l'interprétation du trouble mental, de sa formulation sur les registres culturels que de sa thérapie.

"L'interprétation (du désordre mental) apparaît comme un processus dialectique inscrit dans les relations du malade à sa famille. Elle est un discours collectif sur la maladie d'un individu, discours qui permet au groupe en même temps qu'au malade de formuler une expérience incommunicable, de la rendre intelligible grâce au langage des représentations et d'ouvrir (...) la voie à la thérapie, fondée sur ce même langage". (3)

Dès lors, l'intervention du thérapeute traditionnel permettra l'établissement de la structure tripartite, condition "sine qua non" de la cure traditionnelle et garant de son efficacité par le langage commun qu'il instaure ainsi que le rétablissement des relations et de la cohésion au sein du groupe.

Les wolof et les lébou ne font pas intervenir les données d'ordre psychologique - telles que le traumatisme causé par un décès, une transgression ou la rupture d'un interdit - dans leur thématique interprétative, car comme le note Zempléni, ces facteurs "renvoient toujours à une cause plus profonde qui relève des interprétations persécutives".

"L'action thérapeutique de la cure traditionnelle est d'ordre symbolique. Expériences psycho-somatiques du thérapeute, procédures, représentations, traitements pharmacologiques, techniques du corps et du groupe (...) s'y articulent dans une totalité signifiante.

"Sa réussite est gagée sur une démarche symbolique concertée et indiscutablement liée aux interprétations de la maladie.(4)

La particularité de la cure traditionnelle réside dans le fait que le processus thérapeutique commence avant même le recours au guérisseur. Il y a tout d'abord la première mise en forme des troubles, par la famille, le groupe dont, selon Zempléni, la parole commence à investir "le vécu fantasmatique, somatique, "délirant", "hallucinatoire", onirique du malade, et à "l'organiser autour des représentations collectives de l'instance persécutrice". La phase du "consensus primaire". Ils vont ensuite consulter le guérisseur qui dans sa démarche ne s'intéressera ni aux signes cliniques, ni à la "parole du malade en tant que sujet" mais aux "signes étiologiques".

"L'examen clinique est souvent inexistant et n'est jamais minutieux", ce qui intéressera le guérisseur, ce sera "tous les signes susceptibles de le renseigner sur l'identité et sur les intentions de l'instance persécutrice"; il orientera ses questions sur "les circonstances précises du déclenchement des troubles" comme le lieu et le moment où cela s'est produit, etc.

L'auteur nous donne quelques exemples de "signes" qui intéresseront le thérapeute : la stupeur du malade fera penser au jinne; la crise d'angoisse aiguë, respiration rapide et saccadée, vomissements et sensations d'étouffement évoqueront l'attaque du sorcier; une agitation psychomotrice désordonnée, la paralysie dite "croisée" (bras gauche, jambe droite et vice versa) le syndrome qui comporte mutisme, anorexie, amaigrissement, troubles somatiques diffus, troubles de locomotion, feront penser à une crise de possession.

La troisième phase du processus thérapeutique, ce sont les procédures de voyance et de divination auxquelles se livre le thérapeute et qui "ont pour fonction d'affirmer la primauté de la parole collective sur toute expérience ou parole individuelle pour dire la vérité de la maladie" écrit Zempléni.

Intervient ensuite la seconde mise en forme des troubles, qui permet "l'organisation du consensus secondaire" et de "la demande thérapeutique".

"Cette seconde mise en forme de l'expérience pathologique (...) est un des mécanismes essentiels de la cure "parce que "le consensus secondaire qui en résulte concerne un discours collectif cautionné par le thérapeute qui se porte garant du langage des représentations collectives, à l'aide duquel (...) l'expérience pathologique est restructurée" (5)

Le thérapeute se prononcera sur le mode de l'agression, l'identité du persécuteur et sur ce qu'il ya lieu de faire.

Enfin intervient "l'action symbolique de la cure proprement dite" qui consistera au "passage de l'imaginaire" (individuel) au "symbolique" (culturel collectif).

Pour l'auteur, à ce niveau du processus thérapeutique "l'essentiel a déjà eu lieu..., le thérapeute ayant substitué à l'idiosyncrasie de l'expérience pathologique une expérience collective formulable". "En livrant son "diagnostic" (le thérapeute) a induit une figure persécutrice autour de laquelle il a suscité une interrogation familiale. A celle-ci

il a offert le langage des représentations collectives dont il se portait garant" (6)

Pour ce qui est du système 'rab',

L'auteur relève trois modes d'intervention du rab ou plutôt trois types de possession :

- "la personne qui possède des rab "en en héritant de ses parents et qui s'en occupe comme il faut, elle, ne fait "jamais de crise";
- "la personne possédée par des rab", qui doit en hériter mais ne les accepte pas, subit leur courroux et fait des crises et des chutes;
- "la personne qui possède les rab à l'intérieur, mais ne sait pas si "elle doit en hériter ou non" "une telle personne n'est pas un "homme simple", mais n'est pas "fou", non plus.

Zempléni, après avoir défini 7 modes de relation entre personnes et rab, étudie en détail l'un d'eux qui est la possession - maladie où la personne est investie par le rab qui pénètre dans son corps. Les wolof et les lébou distinguent la possession de la folie; le fou perd la tête, il est agressif, se dénude, déambule et perd toute notion du temps, de l'espace et des repères sociaux; ce qui n'est pas tout à fait le cas du possédé qui, lui, n'a pas de conduite agressive envers autrui, ne se dénude pas et ne perd pas la tête.

Les troubles imputés au maraboutage

Ils sont, en général, impuissance sexuelle, stérilité, frigidité, avortements, échecs divers à s'attacher un partenaire sexuel, atteinte à la santé et à la réussite de ses enfants, troubles fonctionnels divers, échecs successifs dans la vie sociale, troubles des capacités intellec-

tuelles, sentiment de perdre sa force, son courage, sa tenacité, ses possibilités créatrices, etc.

"le ligêêy (maraboutage) met en jeu le "xel" (intelligence, mémoire) et le "sago" (maîtrise de soi, capacité de discernement)..." ce sont les deux principes qui régissent ce que M.C et E. Ortigues nomment "les capacités intellectuelles" et la "réussite sociale"... "Entamer le xel et le sago compromet les facultés de compréhension et de synthèse et en conséquence l'adaptation sociale"(7)

Ce système articule une relation à trois : le persécuteur, le médiateur-exécutant et la victime. On est marabouté par ses demi-frères ou demi-soeurs, ses camarades, ses égaux, ses rivaux, sa co-épouse, sa belle-mère, son collègue de travail, la co-épouse de sa mère, etc

Les pratiques de maraboutage sont "une donnée sociale massivement présente dans toutes les couches sociales et les ethnies de la région dakaroise"(8)

Pour ce qui est de la sorcellerie anthropophagie, l'agession que commet le sorcier sur sa victime est toujours directe, sans médiateur et son activité demeure également invisible. Le sorcier, en effet, peut agir, en vous donnant à manger ou en vous regardant simplement manger ou en vous touchant par une simple caresse.

"la sorcellerie relève d'une simple conception du mal entendu comme une force persécutive qui vient de l'extérieur (...) chez les wolof, on incrimine généralement les gens du voisinage, les étrangers (...) tout le monde peut être attaqué par les sorciers, tout le monde peut être soupçonné d'être sorcier (...) c'est le consensus

social qui, en vous accusant vous invite a vous reconnaître sorcier"(9)

Mais si la sorcellerie est généralement imputée à des personnes étrangères par l'ethnie ou par la race, il arrive aussi qu'on accuse des membres de la famille ou de l'entourage proche. C'est le règne du soupçon et personne n'est vraiment à l'abri.

Selon Ortigues, "...la sorcellerie constitue comme un doublet fantasmatique de la société régie comme elle par la réciprocité des échanges mais avec une fonction inversée : l'individu asocial, mauvais ou simplement la part onirique de lui-même échappant au contrôle collectif est voué à une autre société nocturne, fantasmatique. C'est une manière de socialiser l'incontrôlable (...) la sorcellerie traduit l'angoisse qu'éprouve l'individu à l'égard de sa propre individualité et de celle des autres. Elle trouve son antidote dans les institutions chargées de régler les rapports de chacun avec tous les autres"(10)

Maintenant, pour ce qui est du mode de transmission de l'âme de sorcellerie, les avis sont partagés. En effet, Zempléni, avec des témoignages à l'appui, écrit que "l'hérédité n'est pas responsable de l'existence de tous les sorciers" alors que dans le milieu wolof-lébou où il a mené sa recherche, il est communément admis qu'on est "dömm" (sorcier-anthropophage) par sa mère uniquement. Si la mère ne l'est pas mais que le père lui l'est, l'enfant est un "noxor" c'est à dire qu'il n'a pas la faculté de ravir le "fit" l'énergie vitale, ni de disposition à consommer de la chair et du sang d'un humain mais par contre, il a les capacités de vision et de perception, extra-sensorielles du "dömm".

Il peut sentir, identifier et confondre un dömm. D'autre part , les exemples de transmission, contenus dans les témoignages que cite Zempléni, reçoivent, en milieu wolof également d'autres interprétations contradictoires. Il est dit, en milieu wolof, que lorsqu'on est en contact avec de la chair et du sang humain, au moment où l'individu non sorcier les consomme sans connaître leur origine humaine, Dieu les transforme en aliments ordinaires consommables, les purifie. Interprétation déformante, facteur de syncrétisme ? Nous ne saurions y répondre.

Toujours est-il que :

"chez les wolof, la position persécutive, c'est à dire le mécanisme de projection, est régulatrice des rapports sociaux (...) et "serait mis en place et renforcé chez le jeune enfant avant même qu'il n'en fasse un usage "spontané" dans son discours"(11)

La référence de l'africain à ces phénomènes est quasi permanente, dans la vie de tous les jours. Dès lors, le thérapeute de l'institution, surtout le psychiatre, était fort embarrassé en prenant conscience de ces phénomènes (systèmes, pensées et croyances) auxquels sa pratique thérapeutique était en butte.

Quelle attitude pouvait-il adopter à l'égard de ces facteurs culturels incontournables et d'une logique, apparemment, si singulière ?

Comment pouvait-il les intégrer à sa démarche, à sa pratique, devait-il les intégrer, pouvait-il les intégrer, étaient-ils intégrables à la pensée psychiatrique de type occidental ?

"Quoi qu'il en soit, le psychiatre apprenait, plus ou moins rapidement, que pour guérir un malade mental, il ne suffisait pas simplement d'effacer le symptôme par des neuroleptiques ou des antidépresseurs. La guérison était à un autre niveau qui s'articulait avec les représentations des maladies mentales et le sens de la culture(12)

2. Les limites de la démarche psychiatrique au Sénégal

Une rapide revue de la littérature sur les travaux de l'équipe du Pr Collomb, entre 1965 et 1975, montre qu'en 1965 déjà, toutes les préoccupations de l'équipe de psychiatrie s'articulaient autour du thème général "Psychiatrie et Culture" et le grand intérêt accordé par cette équipe aux données socio-culturelles africaines, aux troubles mentaux et aux représentations culturelles de la maladie mentale dans les différentes cultures, portait essentiellement sur l'étude des variations culturelles, s'inscrivant dans la conception de l'ethnopsychiatrie classique comparative.

Dès lors, il est constaté que le psychiatre occidental (ou de formation occidentale) était à tout instant confronté, en milieu africain, aux systèmes de représentation traditionnels de la maladie mentale; et la conscience de l'inadéquation des modèles occidentaux importés, lui imposait leur remise en question.

C'est ainsi que de grandes orientations furent tracées pour une assistance plus adaptée aux réalités africaines : former du personnel africain à tous les niveaux, mener des recherches sur les conduites thérapeutiques traditionnelles et sur l'efficacité des systèmes de représentation; il était préconisé la collaboration, dans certains cas, des thérapeutes traditionnels.

Beaucoup de travaux ont également été menés sur les formes culturelles de la schizophrénie et sur les aspects africains de la dépression.

Pourtant dans une étude effectuée sur un groupe de jeunes malades hospitalisés dans le service de neuro-psychiatrie du C.H. de Fann (entre 1960 et 1965), les auteurs (13) ont fourni avec quelques réserves "un premier classement nosographique selon les cadres occidentaux".

Et dans cette population de 121 malades, on relevait :

- sur 62 garçons, 17 cas de bouffée délirante, 15 cas de névroses et 8 cas de schizophrénie;
- sur 59 filles, 27 cas de bouffée délirante, 13 cas de névroses et 4 cas de schizophrénie.

Ainsi, dans cet échantillon, après les bouffées délirantes (44 en tout) les névroses (28 cas) venaient largement devant les autres affections y compris la schizophrénie (12 cas).

L'intérêt de cette étude, ne tient pas uniquement à ces chiffres mais au fait qu'à travers l'observation d'un cas de "névrose à manifestations hystériques chez une jeune fille de 15 ans", les auteurs ont posé le problème de "l'intégration des données culturelles africaines à la réflexion du psychiatre", en invitant à éviter deux types d'attitudes qui consistent à :

- "ignorer les pratiques thérapeutiques traditionnelles menées parallèlement aux traitements médicaux, ainsi que les mécanismes de leur efficacité et à culpabiliser les malades à leur sujet;

"renvoyer le malade aux traditions et aux rites et l'y enfermer" (14)

Dans la même période, les conclusions d'autres travaux (15) souligneront quelques aspects de la personnalité africaine :

- l'étroite fusion bio-psycho-sociale de l'être;
- la confusion facile entre le rêve, le fantasme et la réalité;
- la faible structuration de la conscience, de soi en tant qu'individu;
- la faiblesse des mécanismes de défense individuelle (régressions massives et réversibilité rapides)
- l'importance du corps comme registre du vécu, instrument de la relation, lieu d'expression du conflit et de l'angoisse;
- la rigidité du rôle et du statut fixés par la tradition.

A cette époque donc l'intérêt portait toujours sur quelques particularités de la psychiatrie africaine : l'importance des facteurs organiques (les affections du système nerveux et les atteintes physiques se compliquant de troubles mentaux) et de l'expression somatique dans les affections mentales; mais également les systèmes de représentations, les pratiques des thérapeutes traditionnels, la place prépondérante des bouffées délirantes et la symptomatologie dépressive.

"L'intérêt des travaux très divers des équipes pluridisciplinaires, comme celle de Fann à Dakar, est indéniable et l'excellente recherche qui s'y est faite, irremplaçable, la richesse même de leurs possibilités, l'importance des moyens intellectuels et matériels mis en oeuvre peuvent

égérer 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 regrettablement "in-complets"); charme d'entreprises menées avec des patients sélectionnés par des psychanalystes, eux-mêmes charmés par les séductions d'un oedipe "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"(16)

Et force était de reconnaître l'impact de l'acculturation à travers le processus de transformation des structures familiales et sociales, le bouleversement des modèles traditionnels, la substitution progressive des modèles thérapeutiques occidentaux aux modèles traditionnels.

Les conséquences en seront soulignées : perte de l'unité familiale et des repères situationnels; perturbation de la relation mère-enfant avec choix angoissant (...) entre tradition et "progrès"; une tendance à l'internalisation du conflit, la transformation de la pathologie mentale et l'apparition de nouvelles formes, la transformation de la structure des états dépressifs. (17)

Ce que l'on peut dire, c'est qu'à ce moment là, si le constat de la "barrière" culturelle est fait ainsi que celui de la nécessité de son dépassement et de l'utilisation des données culturelles dans la pratique psychiatrique, il manquait encore une pensée théorique pour sous-tendre l'action thérapeutique et ses contingences techniques et répondre à la question à savoir comment faire cohabiter deux systèmes de pensées.

Et pourtant, les diverses constatations faites et conclusions tirées dans la clinique et la recherche, ainsi que les remises en question de la pensée psychiatrique occidentale, préconisées par l'équipe, semblaient réunir les conditions d'élaboration de cette pensée théorique à l'époque. Epoque d'un grand bouillonnement d'idées, de doutes, de certitudes et d'interrogations mais aussi et surtout époque d'une volonté farouche d'organiser et de développer l'assistance sanitaire par la recherche, la formation, l'information et la clinique. La demande d'assistance médico-psychiatrique s'accroissait et le problème d'une réponse adéquate se posait, soulevant une série de questions qui montraient l'urgence, l'importance et l'utilité d'une position théorique :

- "On peut s'interroger sur le sens et la valeur thérapeutique du transfert dans une psychothérapie d'Africain où le thérapeute est un occidental de race et de culture différentes. Que peut représenter pour l'Africain l'image de ce thérapeute ? Renvoie-t-il aux images parentales qui ont servi à construire et modeler sa personnalité dans une série d'identifications complexes ?" (18)

- Comment se fait l'écoute de l'autre dans la rencontre interculturelle, comment se noue le dialogue entre inconscients, comment jouent les processus d'identification, dans quelles limites transfert et contre-transfert

peuvent s'exprimer sans être canalisés par des représentations historiques, voire encore plus obscures et d'un autre ordre (19).

- Comment, pour le psychiatre occidental, élaborer et/ou réaliser des psychothérapies ou des sociothérapies adéquates (20)

- Doit-on dans le mesure où une thérapie s'avère possible, orienter la demande vers une autonomisation ou vers un retour au "moi du groupe" (21)

- Doit-on s'inspirer de ce que nous propose l'observation des guérisseurs traditionnels, de leurs procédures, de leurs techniques (22)

- Peut-on exister à la fois dans deux cultures ?

- Le psychiatre occidental doit-il se limiter à des thérapeutiques biologiques, renonçant à ce qu'il lui est difficile d'entendre ? (23)

- "... intersubjectivité et transculturation recouvrant deux espaces, deux distances à combler, deux obstacles à franchir, comment pouvons-nous exploiter leur différence essentielle de nature pour éviter de les voir seulement s'ajouter l'une à l'autre et pour, au contraire, les éclairer l'une par l'autre ?" (24)

- Que signifie pour le médecin le matériel que l'ethnologue a recueilli à d'autres fins ? Une intégration de ces données peut-elle aider le psychiatre dans ses élaborations théoriques et dans sa pratique ? (25)

Selon le Professeur Collomb "cette intégration suppose une relative maîtrise de ces données par l'utilisation de concepts ou d'instruments d'analyse étrangers, peut-être inadéquats..."C'est la position critiquée de l'ethnopsychanalyse et du culturalisme". Pour lui "Une certaine homogénéité culturelle est nécessaire pour juger la qualité du contact, le risque, dans la situation qui est la nôtre (occidentale) est double : le bon contact peut masquer une absence totale de contact; le mauvais peut traduire simplement l'impossibilité de la rencontre interculturelle.(26)

Et quelques années plus tard il écrit,

"Malgré sa bonne volonté, le psychiatre restera toujours étranger à la culture qui secrète la psychiatrie traditionnelle... Dès lors, il ne pourra, pour la justifier que la traduire dans ses propres systèmes avec son propre langage. Cela signifie aussi qu'elle lui est relativement inaccessible et qu'il ne peut l'utiliser" (27).

Et les tentations à ce niveau sont variées : on explique, on compare, on théorise (la théorie du manque) sans s'interroger sur ce qui rend possible la comparaison, sur l'utilité des études comparatives, leur utilisation, etc. dans une pensée cohérente.

La question des spécificités culturelles des symptômes psychiatriques en ethnopsychiatrie ou plutôt en psychiatrie transculturelle et le problème de la validité universelle de la nosographie occidentale, suscitent, depuis Freud et son contemporain Kraepelin bien des interrogations et ont donné lieu à des recherches dont les élaborations ont animé jusqu'ici, le vaste champ des sciences humaines.

Et nul chercheur ou praticien, ethnologue ou psychiatre occidental confronté à une culture "étrangère" ne peut faire l'économie d'une réflexion sur les risques et/ou la délicatesse d'une démarche ethnopsychiatrique comparative; surtout depuis l'historique parallèle établi par Freud (28) entre la vie psychique des "primitifs" et celle des névrosés, notamment "la toute puissance de la pensée".

Selon Freud que cite Nathan (29)

"Les primitifs, tout comme les névrosés, attribueraient à la pensée le même caractère de réalité que les névrosés qui réagissent vis-à-vis de leurs pensées comme si elles étaient des actes"

Dans *Totem et tabou*, Freud écrit :

"L'analogie entre le primitif et le névrosé apparaît (...) beaucoup plus profonde, si nous admettons que chez le premier la réalité psychique (...) a également coïncidé au début avec la réalité concrète, c'est-à-dire que les primitifs ont réellement accompli ce que, d'après tous les témoignages, ils avaient l'intention d'accomplir...

"Chez le névrosé l'action se trouve complètement inhibée et totalement remplacée par l'idée. Le primitif, au contraire, ne connaît pas d'entraves à l'action, ses idées se transforment immédiatement en actes;... chez lui, l'acte remplace l'idée. (30)

Ces analogies n'ont pu être reconsidérées que quelques dizaines d'années plus tard grâce à G. Roheim selon qui l'analogie n'est pas entre le primitif et le névrosé mais plutôt entre les cultures primitives et le névrosé (31)

Cela étant dit, nous ne pouvons pas manquer d'opérer un rapprochement entre cette thématique freudienne et les glissements ethnocentriques qui ont généré certaines thèses racistes sur les Noirs; Henri Collomb (32) relève, pour les dénoncer, certaines d'entre elles, qui ont prévalu jusqu'à une période récente infiltrées par la théorie du manque et de l'évolutionnisme qui surdéterminait en général la vision que l'occidental avait du Noir.

Nous nous sommes permis de reprendre les passages que le Pr. Collomb avait extraits :

"Les traits les mieux connus de la psychologie des noirs sont d'abord l'importance des besoins physiques (nutrition, sexualité); la vivacité des émotions compensée par leur faible durée. Sensations et mouvements résument le plus clair de leur existence. La vie intellectuelle, l'évocation du passé, les projets d'avenir, les préoccupent fort peu. Détaché de ces données régulatrices, il vit dans le présent (comparable en ce sens à l'enfant) et sa conduite soumise aux afférences et à l'impulsion du moment, revêt cette apparence explosive chaotique dont parle Spencer...

"L'on peut en retenir, pour ce qui concerne les Noirs, qu'à l'origine l'idéation comme le langage est une simple succession d'images concrètes à peine reliées par de fragiles liens logiques...

"Les préoccupations affectives des primitifs déforment les données sensorielles et sont à l'origine de la conception magique de l'univers... chez le primitif (le) cerveau est un organisme aussi perfectionné que le nôtre mais tout se passe comme s'il n'en utilisait que certaines parties. Ainsi en est-il de l'enfant, du débile, des êtres frustes qui existent dans les sociétés les plus civilisées". ("Etudes sur les déficiences mentales dans les territoires d'Outre-Mer". Perspectives ethnopsychiatriques dans l'Union Française - *Medecine Tropicale*, 1951,II, 5-32. Gallais P. et Planques.)

"On constate chez le Noir une mémoire inférieure, une perception moins aigüe, une moindre capacité d'attention, une lenteur du tonus psychomoteur, une suggestibilité et une extraversion plus importante..." (Heuse G.A. "Etude psychologique sur les Noirs soudanais et guinéens" - *Revue de Psychologie des Peuples*, 1957,35-68)

R.Leuckx (33) cite et dénonce d'autres extraits aussi sordides de ces théories de l'école d'Alger.

"... en plus de son caractère offensant et intolérable, cette théorie (...) n'a jamais reposé sur des bases scientifiques sérieuses... et il n'était pas sans doute inutile d'en dénoncer le caractère nocif et fallacieux..."

"Et la seule manière d'atténuer l'odieux des théories de l'école d'Alger c'est de rappeler qu'elles furent reprises en 1954 par Carothers, expert de l'O.M.S., avec sa théorie de la paresse frontale..."

Ces positions extrémistes et racistes se passent de commentaires, mais à côté d'elles, existent d'autres positions plus nuancées, plus prudentes mais non moins stériles qui peuvent mener à des impasses. C'est celles qui consistent à ne vouloir considérer que l'hétérogénéité des cultures et donc des formes culturelles de folie qu'elles produisent, sans tenir compte des analogies et des invariants qui existent.

Conclusion

L'abondance des travaux de recherches de l'équipe pluridisciplinaire du professeur Collomb au CHU de Dakar a permis de mettre en exergue les éléments, phénomènes et croyances qui donnaient un cachet particulier aux troubles mentaux en Afrique noire traditionnelle, mais également aux systèmes culturels mis en place par la société pour contenir, donner forme et traiter ces désordres mentaux.

Cette équipe a su notamment montrer de quelle manière singulière ces troubles, avec leur cachet particulier, venaient s'exprimer, se manifester dans le cadre nouveau et a priori inadapté et inapproprié que constituait l'hôpital, l'institution hospitalière psychiatrique; institution à l'égard de laquelle les populations ont toujours manifesté une certaine ambivalence.

Rompant avec la "tradition asilaire classique", cette équipe, progressivement, impulsera une série d'aménagements, de réaménagements institutionnels et de recherches aux fins d'une meilleure adaptation de l'institution et d'une meilleure prise en charge de la maladie mentale.

Si les données sociales et culturelles fournies par ces recherches sont incontournables et d'une importance évidente dans toute démarche thérapeutico-psychiatrique- quel qu'en soit le cadre, intra ou inter-culturel, l'équipe du Pr Collomb elle, a très vite pris conscience des spécificités culturelles irréductibles du milieu, conjuguées aux impératifs de temps et de rentabilité que leur mission leur imposait. Cette mission consistait à mettre en place et à développer une assistance psychiatrique adéquate qui englobait la création de structures, la formation de personnel, l'impulsion de recherches, la clinique, l'enseignement, etc.

Ils ont fait le diagnostic d'inaccessibilité et d'impénétrabilité des cultures traditionnelles africaines par le psychiatre occidental, celui de la difficulté que cela entraînait d'établir une relation thérapeutique entre le psychiatre occidental et le malade africain encore imprégné de sa culture, et enfin celui de l'impossibilité d'utiliser les données culturelles dans l'action thérapeutique.

Face aux particularités du milieu, ils ont fait preuve d'une grande honnêteté en reconnaissant les limites de leur savoir et de leur pouvoir, tout en faisant preuve également d'un pragmatisme inébranlable à l'intérieur de ces "limites qu'ils ne pouvaient, ni ne voulaient franchir.

"Par quelles étranges combinaisons la part du savoir et la part de l'ignorance réussissent-elles à offrir au malade des points d'appui permettant que son discours soit entendu et sa parole propre libérée ?...

"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" (34)

Conscients que tout était à faire, ils ont fait des choix sélectifs dans les priorités qui ne laissaient ni de place ni de temps à une grande élaboration théorique et méthodologique généralement fruit de longues années de recherches.

Ces élaborations sont généralement l'oeuvre de chercheurs en sciences humaines et non de médecins psychiatres et militaires de surcroît.

Pour preuve, hormis les multiples et intéressants articles et communications produits par le Pr Collomb - ou auxquels il a collaboré-, le riche matériel ethnologique et psychologique qui a contribué à la renommée du service de psychiatrie de Fann, on le doit à des non-médecins qui, bien sûr, ont tous travaillé plus ou moins sous sa direction. Des psychologues, ethnologues et sociologues qui n'ont pas manqué dans leurs recherches et démarches, de se positionner dans le champ des grands courants de pensées qui constituent le secteur des sciences humaines en occident.

Et pourtant, nous pensons que le Pr Collomb, avec son génie personnel et au vu de tout ce qu'il a impulsé et/ou permis de réaliser, était en mesure de fournir une pensée théorique.

Pourquoi ne l'a-t-il pas fait ? Par manque de temps, par souci de pragmatisme et d'efficacité, ou parce qu'il pressentait bien que c'était aux africains mêmes de le faire, en faisant la "moitié du chemin"?

"Si "l'école de Dakar" doit exister, c'est maintenant qu'on devrait la bâtir" sur le terrain défriché par Henri Collomb et son équipe", nous disait un historien sénégalais.

Mais la "relève" tarde et la gestion "morne" des perspectives et structures anciennes, si l'on n'y prend garde, risque de nous coûter cher et de nous ramener à un demi-siècle en arrière.

Bien sûr, l'on serait tenté de justifier cette absence de perspectives et d'orientations, actuelle par l'idée selon laquelle les psychiatres africains de Dakar - comme partout ailleurs en Afrique de l'Ouest - en nombre insuffisant, sont assujettis aux énormes tâches quotidiennes pour faire face à la demande croissante d'assistance. A "Fann" aujourd'hui, il n'existe aucun chercheur en sciences humaines, ni psychologue, ni ethnologue, ni sociologue. Les psychiatres sont livrés à eux-mêmes.

Henri Collomb prédisait que pour la psychiatrie africaine de demain, l'action du soignant africain, porteur de ces deux systèmes si différents encore, pourrait être déterminante s'il sait s'affranchir de la rigidité des modèles occidentaux.

"Etrangers nous sommes et devons le rester, attendant de nos hôtes qu'ils délèguent vers nous certains des leurs aussi motivés que nous pour faire la moitié du chemin" (35)

Ils avaient vu juste, ils avaient raison ! mais faudrait-il encore que le déchirement et le malaise, inhérents à cet état de fait chez le thérapeute africain de l'institution, puissent être "métabolisés" en une source d'enrichissement personnel, à intégrer dans une pensée théorique originale et cohérente afin de pouvoir répondre à la question posée voilà bientôt deux décennies: Comment faire cohabiter deux systèmes de pensées ?

3. La clinique de "Fann" : un microcosme thérapeutique à l'image d'une congrégation de guérisseurs

Le microcosme thérapeutique que constituaient les soignants - en particulier les psychiatres presque tous des sénégalais wolof, lébou ou "assimilés" - à Fann, offrait un cadre à la fois "moderne" et conservateur, qui, derrière "sa fonction essentiellement thérapeutique, homogénéise, assure l'ordre social".

Il s'agissait d'universitaires, encore profondément attachés à des structures et à des notions socio-culturelles anciennes, dont la rigidité - chez ces derniers - traduisait un certain malaise tant au niveau individuel qu'au niveau de la "communauté" thérapeutique. Ces psychiatres, en véritables congréganistes, donnaient l'impression de vouloir perpétuer - jusque dans leurs relations avec le malade - des logiques traditionnelles comme pour sauvegarder leur propre insertion sociale et culturelle, et la stabilité de cette insertion.

Insertion qui était le "ciment" du statut et de l'efficacité du guérisseur que ce dernier commence à perdre. Or, chez ces thérapeutes "modernes", sans conception psychothérapique, il ne pouvait pas y avoir de psychothérapie et a fortiori ils (ces thérapeutes) ne pouvaient pas penser l'hystérie. Ils fonctionnent en congrégation "fermée", et cette congrégation ne peut pas laisser de place à la notion de psychothérapie.

Ce profond souci des thérapeutes de l'institution était une préoccupation quasi permanente, alimentée par leurs propres terreurs ancestrales que vient réactualiser leur confrontation quotidienne à la pathologie mentale.

"La psychiatrie est avant tout, dans la conception traditionnelle, perçue comme le champ où s'affrontent les puissances"

ces transcendantales ou la part transcendante de l'homme.

"C'est le champ des combats invisibles, des forces non matérielles, c'est le monde des esprits. Pour pénétrer dans ce monde, il faut des protections et une longue expérience : il faut être guérisseur..."

"La manipulation des forces spirituelles bénéfiques ou maléfiques, entraîne, pour celui qui n'y est pas préparé, des chocs en retour pouvant être mortels." (36)

En effet, ne dit-on pas en Afrique Noire, qu'on ne **pénètre** pas impunément dans le domaine des génies, des sorciers et des esprits ?

Ces terreurs traduisent chez ces psychiatres l'équivalent d'un contre-transfert mal maîtrisé et donnent lieu à une série d'émois trop handicapants pour permettre une véritable rencontre avec les malades. Chez certains, on rencontre une culpabilité d'avoir opté pour une psychiatrie occidentale malgré le statut valorisant que cela confère dans la société.

Chez d'autres, c'est le sentiment d'être insuffisamment formés, à défaut d'avoir été "initiés" à l'école des anciens, des Sages, des "Borom Xam Xam (ceux qui ont le savoir), tradithérapeutes auxquels revenait traditionnellement le traitement des troubles mentaux.

Ces sentiments (terreur, culpabilité, etc.) ont comme toile de fond, dans ce microcosme thérapeutique, certaines peurs encore plus profondes, et anciennes qui régissent encore les rapports entre individus, plus précisément entre collègues. Il s'agit de la peur du "mauvais oeil" et/ou de la "mauvaise langue" qui risquent de "frapper"

lorsqu'on se distingue trop des autres; il y a également la peur du "maraboutage" de la part des collègues qui pourraient être jaloux d'une promotion, d'une grande renommée à la suite d'un succès professionnel, universitaire. Ce malaise ambiant est perceptible en grande part dans la démarche thérapeutique de l'institution qui vise essentiellement la restauration de l'ordre socio-culturel ancien; on récupère et on réintègre le malade dans l'ordre. Et dans cet esprit, la médicalisation est "prévalante".

Chez le thérapeute donc, ce souci d'auto-préservation et de sauvegarde des modèles et valeurs comme le sens du groupe, le sens communautaire, le respect dû à l'aîné, le respect des anciens, le principe qui consiste à "rester à sa place", à ne pas susciter de jalousie, à ne pas se faire trop remarquer, etc, tout cela donc ne laisse pas de place à une possibilité d'écoute du malade; on restera sourd à son discours, à sa souffrance - si les médicaments ne parviennent pas à le calmer-, et au sens caché de sa maladie.

Cette atmosphère de terreur, de culpabilité et de suspicion ne pouvait qu'entraver toute nécessaire évolution du regard psychiatrique et sa métamorphose en écoute d'inspiration psychanalytique - si cela s'avérait nécessaire. Une écoute qui suppose - chez le thérapeute - un certain degré de "clivage", de "rupture"; un niveau de "désinsertion" ou plutôt de liberté de recul, porteur d'une plus grande ouverture d'esprit et d'une moindre disposition au dogmatisme médico-chimio-thérapeutique. Ce conservatisme, ce traditionalisme et ce dogmatisme sont en flagrante contradiction avec la mission thérapeutique de cette équipe et les impératifs inhérents d'émulation, de compétitivité d'ouverture d'esprit et d'élargissement des horizons. Et cela pourrait expliquer le piétinement, le marasme, le malaise et le désin-

vestissement que tous déplorent à Fann. Tout le monde s'accorde, aujourd'hui, à dire que la psychiatrie, la psychopathologie, se meuvent à "Fann".

Mais comment aller au-delà de ce constat collectif quand on sait que s'y risquer, c'est se démarquer, c'est peut-être compromettre sa carrière et peut-être même sa santé.

La plupart des réalisations qui ont été accomplies et des travaux de recherches qui ont été menés, s'inscrivaient dans la ligne des orientations générales naguère tracées par feu le Pr Collomb et son "état-major"; et depuis le départ de Collomb en 1978 -, aucune production scientifique pertinente n'a vu le jour à "Fann"- L'équipe est aujourd'hui en panne ! Panne de catalyseur et on piétine, on gère sommairement le quotidien. Il est temps de faire le deuil. En Afrique Noire, Comme certains l'ont écrit et cela reste à vérifier aujourd'hui, le fantasme du meurtre du père n'existe pas.

Or on ne peut pas "tuer" Henri Collomb sans "tuer" - oh quelle perspective effrayante - tous les pères qu'il contient et qu'il représente.

Il serait intéressant d'envisager, chez tout médecin, ou psychologue qui se destine à une pratique clinique, une analyse personnelle comme un élément fondamental de sa formation.

4. La nécessité du "double discours complémentaire"

Selon nous, ces constats qui sont d'ordre ethnologique ont naturellement contribué - tout en s'y situant - au discours essentiellement ethnologique qui prévalait au sein de l'équipe du service de psychiatrie du Pr Collomb, malgré la composition pluridisciplinaire de celle-ci.

Ce discours en effet, était ethnologique dans la mesure où la logique implicite (et explicite des années plus tard) qui le sous-tendait, posait comme déterminantes et essentielles, la variabilité des modèles culturels et par conséquent, l'hétérogénéité des formes culturelles de folie.

Ceci pourrait, dès lors expliquer le peu d'intérêt accordé aux troubles névrotiques et en particulier à "sa forme la plus couramment rencontrée au Sénégal" : l'hystérie. Celle-là même qui introduit une brèche dans ce qu'on a pu voir comme la grande adhésion absolue des Africains aux croyances et aux systèmes de représentations culturels. G. DEVEREUX écrivait que "Tout diagnosticien conscient (...) des influences culturelles fonde son diagnostic non sur le degré de conformisme que manifeste le patient au niveau de son comportement, mais sur la manière dont il manipule la culture en tant qu'expérience privilégiée..."(37). Pour l'auteur"... il vaut mieux laisser de côté la question de la validité intrinsèque des matériaux psychiatriques "primitifs" et chercher uniquement à démontrer qu'ils sont organisés

en un ensemble théorique cohérent, structuré (...) conformément à des modèles culturels de pensée"(38)

C'est dans cette optique qu'il faudrait situer le travail intéressant et minutieux d'A. Zemléni (39) qui lui même, situe sa recherche dans le champ de l'ethnopsychiatrie, comme domaine d'étude des articulations complexes entre culture et symptôme, culture et maladie mentale, l'intérêt portant sur les variations culturelles des symptômes, des troubles mentaux.

"Notre recherche appartient au domaine de l'ethnopsychiatrie...(et) " se situe au pôle ethnographique des activités de l'équipe (de psychiatrie du Pr. Collomb) et avait pour mission de dégager la conception "sénégalaise" de la maladie mentale et les pratiques thérapeutiques que celle-ci sous-tend."(40)

Pour l'auteur, il s'agissait de montrer" comment la culture wolof-lébou décrit et construit, utilise et explique les unités psychopathologiques par le moyen de ses propres signifiants,... par la référence à des systèmes symboliques."(41)

Nous pouvons dire que Zemléni a atteint son but qui était de fournir au psychiatre des informations sur la masse de données culturelles dont la méconnaissance, l'insaisissabilité, faisaient obstacle à sa pratique thérapeutique. Mais ces informations, utiles dans l'absolu, ne pouvaient être utilisées par le psychiatre qu'intégrées dans une pensée théorique et une méthodologie précise. Sinon on ne fait que comprendre "la culture" et les individus collectivement parlant, mais pas l'individu de cette culture, et son utilisation singulière de sa culture, dans l'expression de sa pathologie mentale. Ceci mérite d'être nuancé car ce dernier aspect - l'individu et son utilisation singulière de sa

culture - fait appel à l'intervention des psychologues et des psychanalystes de l'équipe dans leur pratique clinique analytique. Mais pour cela, aurait-il encore fallu que les recherches sur les variations culturelles puissent être complétées par des recherches sur - ou faire état de - l'existence d'invariants, afin d'éviter les "réductionnismes". Pourtant cette préoccupation est également ethnopsychiatrique.

Et même mieux, selon G. Devereux (42) :

"la véritable ethnopsychanalyse n'est pas "interdisciplinaire", mais pluridisciplinaire, puisqu'elle effectue une double analyse de certains faits, dans le cadre de l'ethnologie d'une part, et dans le cadre de la psychanalyse d'autre part, et énonce ainsi la nature du rapport (de complémentarité) entre ces deux systèmes d'explication... le complémentarisme n'est pas une "théorie" mais une généralisation méthodologique" qui évite les "réductionnismes".

Ceci étant dit, dans ses applications cliniques, l'ethnopsychiatrie est, selon Tobie Nathan, avant tout psychanalytique; une science autonome qui ne peut être maintenant tenue ni comme une discipline annexe de la psychiatrie (psychiatrie des patients des cultures autres) ni comme une discipline annexe de l'ethnologie (description des phénomènes psychopathologiques dans les cultures "primitives" (43).

Les variations de la symptomatologie psychiatrique en fonction des époques et des cultures permettent de supposer une hétérogénéité des cultures et également des folies, des théories psychiatriques et des thérapeutiques qu'elles produisent.

Mais entre les diverses formes culturelles de folie il existe aussi des ressemblances , mieux, des invariants, écrit T. Nathan,

"La pratique psychothérapeutique et même psychanalytique avec les patients d'une culture différente est possible... Or, "ceci ne serait pas possible si les cultures et les folies qu'elles produisent étaient totalement hétérogènes(44).

Une théorie culturelle du désordre psychologique fait disparaître, écrit T. Nathan, l'objet même du psychopathologiste, c'est à dire la psyché et fait des hommes des pantins sans âme.

"L'ethnopsychiatre, dans sa formation et dans sa pratique clinique, doit maîtriser deux discours, ethnologique et psychologique; ces discours décrivent tous deux des formations intrapsychiques préconscientes (culture vécue, moi) et inconscientes (inconscient ethnique, inconscient idiosyncrasique)". (45)

La méthodologie de l'ethnopsychanalyse complémentariste permet l'élaboration de stratégies thérapeutiques.

Mais rappelons la définition que donne R. Bastide de l'ethnopsychiatrie et la conception que le Pr Collomb en avait qui a infiltré la pensée psychiatrique de l'équipe de "Fann".

Selon R. Bastide l'ethnologie des maladies mentales, c'est l'ethnopsychiatrie... une science fondée sur la méthode comparative qui s'intéresse aux variations des fréquences ou de la symptomatologie des maladies mentales en relation avec la multiplicité des civilisations humaines.

Il distingue deux aspects : "... si l'on établit des corrélations entre certains faits ethniques (comme la composition ou la structure de la famille, les formes de stratification, la place ou la fonction de la religion et de la magie dans la société, les classes d'âge, etc) et les types de maladies mentales (ou les symptômes particuliers qu'elles prennent) on se place sur le terrain classique de l'ethnologie. Mais il y a un autre aspect de l'ethnopsychiatrie encore plus (...) nettement ethnologique, c'est celui qui consiste à donner, selon l'expression de Devereux, des "textbooks" de psychiatrie indigène, c'est à dire (...) à donner les classifications originales que les indigènes se font de leur troubles mentaux, leur étiologie spéciale et la façon dont ils traitent et guérissent ces troubles". (46)

En effet, pour le Pr Collomb, "l'ethno-psychiatrie semble avoir acquis une certaine reconnaissance. Si elle n'existe pas encore en tant que science, avec son champ, son objet, ses méthodes parfaitement définies, les nombreux psychiatres ou spécialistes des sciences humaines, confrontés avec d'autres cultures que celles dont ils sont issus, posent du moins de façon plus ou moins explicite la question de sa signification. L'auteur explique que le problème de l'ethnopsychiatrie qui recouvre les couples d'opposition tels que Nature/culture ou psychologique/sociologique, devrait être posé en termes de niveaux :

- le niveau anthropologique qui concerne ce qui est commun à l'homme quelle que soit sa culture....et

- le niveau culturel qui introduit, pour **ce qui nous intéresse** (c'est nous qui soulignons), à l'ethnopsychiatrie... concerne ce qui est variable selon les modèles culturels" (47). Donc une logique comparative.

Cinq années plus tard, dans un autre article(48) l'auteur écrit : "Actuellement en Afrique, la psychiatrie scientifique ou académique apprise dans les universités coexiste avec l'ethnopsychiatrie, c'est à dire une psychiatrie traditionnelle reconnue encore par la majorité de la population comme faisant partie de la culture".

Quelques années après, à travers une comparaison des modèles et des dynamiques thérapeutiques entre les deux systèmes de pensées, occidental et africain traditionnel, l'auteur livre une réflexion sur l'ethnopsychiatrie en précisant les définitions possibles; ces définitions recourent la conception classique qu'en avait l'équipe de psychiatrie de Dakar ainsi que son chef, expliquant du coup, les difficultés auxquelles les psychiatres se sont heurtés et les limites qu'ils n'ont jamais pu franchir.

H. Collomb écrit :

"Ethnopsychiatrie est un terme ambigu qui n'a pas le même sens pour tous. Il faut lui reconnaître au moins deux significations. La première se réfère à l'étude comparative des maladies mentales dans des populations différentes...

"Faire de l'ethnopsychiatrie, c'est repérer, avec les modèles de la science psychiatrique occidentale qui se veut universelle, les différences dans la pathologie mentale en fonction des groupes ethniques.

"La deuxième utilisation du terme ethnopsychiatrie... c'est d'une façon générale, pour une société, à un moment de son évolution, la façon dont cette société a pu résoudre ou affronter le problème de la déviance ou de la folie... c'est la façon dont chaque société produit et consomme ses fous" (49).

Selon cette deuxième signification,

"l'ethnopsychiatrie est (...) posée comme la psychiatrie produite par une culture et pratiquée dans cette culture: le problème qui se pose alors n'est plus la comparaison des maladies mentales, espèces naturelles puisque la maladie mentale est un produit culturel, même si à un certain niveau l'aventure anthropologique rencontre nécessairement le conflit source de la maladie. Le problème est d'ordre méthodologique; il s'agit d'appréhender une autre culture avec des concepts et des instruments qui lui sont étrangers. Il y a nécessairement une limite au désir de conquête ou de maîtrise." (50)

"L'expérience africaine pour un psychiatre occidental pose nettement cette rencontre" et montre qu'"il n'est pas confortable d'exister dans deux cultures à la fois, de saisir le monde avec un double regard".

"Le désir de comprendre ou de s'appropriier a conduit à mettre en forme, interpréter ce qui était observé, ou reçu par la parole des guérisseurs, à l'aide de concepts occidentaux." (51)

Et pourtant, les élaborations théorico-méthodologiques, qui aujourd'hui permettraient à un africain - comme c'est notre cas - d'entreprendre une relation thérapeutique avec des africains, sont issues de réflexions théoriques et méthodologiques générales sur les sciences de l'homme (il s'agit du "rapport de complémentarité entre les deux systèmes explicatifs" que sont le psychologique et le sociologique - un "double discours") mais également de l'application de cette science méthodologique (ethnopsychiatrie ou ethnopsychanalyse complé-

mentariste) et de la démonstration de son utilité à la clinique psychanalytique, notamment, à la "prise en charge de cas se situant aux limites des indications de la cure-type". (52)

Si en règle générale une relation thérapeutique de type analytique ou traditionnel s'établit entre thérapeute et patient de langue et de culture communes, l'ethnopsychiatrie elle en tant que discipline concernera les situations qui échappent à cette règle.

Elle s'est intéressée à ce qui, jusqu'ici constituait, pour les psychiatres occidentaux en milieu africain, un obstacle majeur : la barrière linguistique, l'absence de référence aux mêmes réalités, au même symbolisme culturel.

Selon G. Devereux (53), "... dans l'étude de l'homme (mais non seulement dans l'étude de l'homme), il est non seulement possible, mais obligatoire d'expliquer un comportement déjà expliqué d'une manière, aussi d'une autre manière - c'est à dire dans le cadre d'un autre système de référence.

L'obligation de tenir un "double discours" (explicatif)...est liée au fait "qu'un phénomène humain qui n'est expliqué que d'une seule manière n'est, pour ainsi dire, pas expliqué du tout et n'est donc pas pleinement exploitable...et cela même et surtout si sa première explication le rend parfaitement compréhensible... et prévisible dans le cadre de référence qui lui appartient en propre".

Pour l'auteur, ce double discours ne peut jamais être tenu simultanément, par le même chercheur malgré leur rapport de complémentarité.

5. Phénoménologie de la relation avec le malade

De par le monde, la prétention et le projet de soigner et de guérir - aujourd'hui - la maladie mentale dans un cadre institutionnel hospitalier, appartiennent exclusivement sinon en priorité au médecin;

Et tout projet thérapeutique se situant en dehors de ce corps médical et à l'intérieur de ce cadre institutionnel ne peut que susciter méfiance et parfois même, hostilité de la part du corps médical qui a le sentiment qu'on piétine ses "plates bandes". Si même le médecin, débarrassé de son attirail médical pour pratiquer la psychanalyse, suscite encore des doutes quant au sérieux de son option, celui qui n'est pas médecin et qui prétend soigner la maladie mentale par autre chose - la "taking-cure" - ne peut lui susciter que méfiance et hostilité.

Le Dr Schurmans a essayé avec les guérisseurs : selon R. Leuckx, il

"avait tenté en 1961 à la fois de faire participer les marabouts à la thérapie des malades hospitalisés dans son service de psychiatrie de Saint-Louis et aussi de les faire participer à une éducation sanitaire de la population du fleuve, (et) s'est heurté à des pesanteurs sociologiques insurmontables."

Et R. Leuckx s'interroge à ce propos :

"Quel statut pouvait revendiquer le marabout dans un hôpital où le contact avec les techniques scientifiques

le désacralise et où il se heurte à la conception corporative des syndicats infirmiers ?

"Espérer un dialogue constructif entre la médecine et les thérapeutes traditionnels, c'est oublier que la science occidentale a été introduite de force, et que son caractère totalitaire a imprégné le prestige médical en Afrique, rendant toute rencontre sur un pied d'égalité impossible..." (54)

Si nous souscrivons sans réserve à cette analyse de R. Leuckx, nous nous sommes aussi interrogés sur la collaboration entre psychiatre et psychothérapeute de formation non médicale au sein de l'institution hospitalière.

Et s'il nous paraît mal indiqué de tenter d'y répondre dans ce chapitre consacré à la relation avec le malade, nous pouvons néanmoins dire ceci : dans le cadre hospitalier de l'époque, le psychiatre autochtone a pu tolérer le psychothérapeute occidental non médecin, non seulement parce que c'était le choix du médecin-chef européen mais aussi parce qu'on voyait sa pratique un peu comme une fantaisie, une originalité occidentale plus ou moins "folle".

Alors que le psychothérapeute africain lui ne pouvait que passer pour un simulateur, un "comédien", un usurpateur assorti d'un tire-au-flanc, quelqu'un de pas sérieux. Mais en même temps que sa pratique suscitait méfiance, hostilité et condescendance, elle suscitait attrait, curiosité et défi.

Notre pratique psychothérapeutique à Dakar, nos constantes références à la théorie psychanalytique freudienne en général et aux thè-

ses et techniques ethnopsychiatriques modernes en particulier, ont suscité dans le microcosme thérapeutique du service de psychiatrie tous ces sentiments à la fois.

En effet dans ce milieu, si le métier de psychologue (tests, bilans... etc.) est relativement bien connu et la psychologie vécue comme une discipline auxiliaire de la psychiatrie, la pratique psychothérapique elle, ne pouvait que passer pour de l'usurpation, de la comédie pure.

Et s'il y a eu, de la part des thérapeutes, tolérance et parfois de l'attention, ceci est, en partie et pour beaucoup, dû à notre personnalité. Nous étions, à la fois, vécu comme un "trouble-fête" qui les empêchait de médicaliser, de distribuer tranquillement médicaments et conseils moraux aux malades et comme un larron "trop acculturé", acquis aux causes si séduisantes et en même temps si étranges et étrangers aux modes de pensée et préoccupations des africains.

Mais petit à petit leurs réticences ont cédé le pas à des attitudes de défi. Notre "bureau" est devenu un "dépotoir", où l'on orientait la plupart des malades pas "trop atteints" mais "récalcitrants", "récidivistes" souvent.

Les collègues ne demandaient - après tout - qu'à voir ; car s'ils savent ce qu'est le travail du psychologue, ils ne voyaient pas bien ce que celui qui exerçait cette discipline non médicale pouvait bien avoir à prétendre "soigner" des troubles dont le traitement sortait déjà largement du cadre des compétences du simple médecin. Sans la batterie des médicaments peut-on efficacement venir à bout de manifestations psychopathologiques aux expressions si singulières et souvent si tenaces ?

Comment peut-on imaginer soigner uniquement par la parole ces malades ? Eh bien justement par la magie du verbe mais également celle de l'écoute. Le savoir médical est un savoir présenté comme une "science exacte" et généralement vécu comme quelque chose d'immuable.

La démarche médico-thérapeutique, est une démarche du regard, de l'observation, une démarche d'auscultation des organes qui ne laisse pas de temps à l'écoute, à l'intuition, à l'empathie ; lorsqu'on a ausculté, on sait ; on établit un diagnostic suivi d'un traitement ; cela devrait marcher...

Mais dans la pathologie mentale, la pratique médicale a ses limites ; car si tous les troubles mentaux ne requièrent pas une indication de psychothérapie, il en est certains pour lesquels cette indication s'impose. Il s'agit en l'occurrence des troubles névrotiques ; l'hystérie en premier.

M. M. Morazzani dans une réflexion sur les plaintes somatiques chez l'immigré (en France) écrit (...)

"Nous nous laissons parfois convaincre par l'importance de la somatisation qui est surtout là de "circonstance". On repère souvent dans les discours des malades des difficultés de type névrotique. Lorsqu'on laisse de côté le symptôme somatique, après lui avoir accordé dans un premier temps une reconnaissance suffisante pour le sujet, et que l'on axe l'entretien sur les éléments névrotiques, il apparaît ensuite que le malade vient d'abord pour parler de ceux-ci, même s'il conserve un prétexte médical ou social". (55)

Nous disons donc qu'en psychothérapie les éléments de la relation avec le malade de même que la relation et le cadre, sont tout autres. C'est tout un arsenal autre, dans un univers relationnel nouveau fait d'un jeu d'interrogations, d'identifications, etc.

La cure est "de parole", une "talking-cure" où l'attitude d'écoute et d'empathie du thérapeute donne - si la relation est bien établie - toute leur dimension aux fantasmes, à l'imaginaire du malade dont la parole devient le lieu d'articulation et d'expression de ses conflits intrapsychiques.

Selon T. Nathan, les éléments qui contribuent le plus à l'établissement de la relation thérapeutique et à son succès sont les règles techniques et la pensée théorique dont elles découlent mais également les attributs personnels du clinicien.

A ce niveau, nous pensons que si la communauté de culture (occidentale) entre patient et thérapeute peut permettre à ce dernier de faire fi de la structuration culturelle du patient ("... ne considérant que la structuration psychique" (56)), notre propre expérience nous a montré qu'en milieu sénégalais, cette culture commune ne nous dispensait en rien de la nécessité absolue de négocier un consensus sur la conception de la maladie.

Dès lors, nous constatons que les modalités d'installation de la relation thérapeutique entre thérapeute occidental et patient étranger, si elles sont différentes des modalités requises pour une relation entre thérapeute et patient de culture occidentale tous deux, elles sont par contre semblables à celles nécessaires à l'établissement de la relation thérapeutique entre patient et thérapeute africains de la même culture ou de cultures voisines .

En effet, ces derniers appartiennent à une (ou des) culture(s) qui a été minorisée, bafouée, piétinée ; et comme anciens colonisés, leurs différences de degré d'imprégnation des valeurs occidentales font qu'inévitablement, ils se situent différemment, aussi bien par rapport aux valeurs, modèles, pensées et croyances de leur culture d'origine, que par rapport aux valeurs de la culture étrangère imposée.

Celui-ci sera plus ou moins acculturé, alors que celui-là sera plus ou moins attaché à la tradition. Ils deviennent, d'une certaine manière, étrangers l'un par rapport à l'autre. La communication n'est pas d'emblée établie ; leurs langages et modes de pensées peuvent être différents. Il faudra qu'ils parviennent à se comprendre ; c'est au thérapeute d'y veiller.

M. Tobie Nathan préconise l'introduction et la manipulation, par le thérapeute, de sous-entendus culturels pour trouver une conception commune de l'intériorité psychique.

Dans notre expérience clinique, le problème s'est posé différemment : c'est le malade qui, à un moment donné des préliminaires, évoquait ou introduisait implicitement les sous-entendus ou éléments culturels ; nous, nous nous contentions d'essayer de les manipuler pour les faire expliciter.

D'une manière ou d'une autre, cela posait le problème de l'utilisation personnelle que le malade fait des croyances et thèmes culturels. Utilisation personnelle, intime (déformante, fantaisiste ou plus ou moins conforme) à distinguer de la manière collective dont ces thèmes et croyances sont véhiculés par la société, le groupe. Car l'indi-

dividu ne se résume pas à sa culture ; il se constitue essentiellement dans la marge de flottement entre sa culture et la façon dont il la vit, entre la culture donnée et la culture vécue.

Ces éléments ou thèmes culturels avaient valeur d'une invite et pour qui n'est pas dupe, leur évocation, par le malade - hystérique -, est l'expression angoissée et "nostalgique" de la perte du "double".

Et leur manipulation, par le thérapeute affranchi, permet non seulement de "se mettre d'accord pour un terrain de compromis" mais aide du même coup, le dépassement des plaintes somatiques, l'accès à "l'univers du secret", à l'expression de la problématique conflictuelle du sujet.

En nous résumant, nous estimons qu'en tant que thérapeute wolof musulman, confronté à des malades wolof musulmans, on pouvait supposer que notre culture commune ne pouvait que faciliter l'établissement de la relation thérapeutique. Il s'est avéré que les conditions préalables, auxquelles nous avons été soumis, nous plaçaient à la même enseigne que le thérapeute occidental face à un patient africain : il fallait négocier le cadre et la relation à établir. Notre culture commune ne changeait rien aux impérieux aménagements.

Et dans le contexte du Sénégal, pays en transition, les manifestations psychopathologiques d'hystérie féminine en milieu urbain, nous semblent traduire, à la fois, cette rupture et une tentative de rétablissement d'un pont entre ces deux espaces.

Nous estimons que si la théorie et la technique ethnopsychiatriques modernes sont fondamentales pour entreprendre une psychothérapie méta-culturelle, ces théories et techniques nous sont tout aussi

utiles dans une pratique clinique que l'on qualifierait d'intra-culturelle (thérapeute et patient ayant la même culture).

Dans notre expérience professionnelle en milieu sénégalais, si nos options théoriques et techniques ont guidé et éclairé notre démarche clinique intraculturelle, les caractéristiques de notre formation non-médicale, l'imprécision de notre statut au sein de l'équipe soignante et aux yeux du malade mais également notre propre itinéraire jalonné par une série de ruptures ont largement contribué à l'élargissement de notre pratique.

En effet, si notre fonction de thérapeute s'est peu à peu clarifiée et suscite de moins en moins de doute, notre statut reste imprécis car nous ne sommes pas médecin et pourtant nous exerçons dans une structure hospitalière (domaine du médecin) mais sans l'attirail médical, et sans recherche manifeste et forcée de collecte de symptômes.

Le contact avec le malade se fait dans un lieu et une atmosphère moins rigides, une démarche thérapeutique moins dirigiste, moins autoritaire. La neutralité des lieux, la bienveillance du thérapeute, l'absence d'attitudes et d'esprit inquisiteurs et inhibiteurs sont des éléments non négligeables dans l'établissement de la relation.

Ces données ont un rôle - peut-être de second plan - dans l'établissement de la relation mais aussi, dans la relative rapidité avec laquelle le malade parvient à minorer ses symptômes et plaintes somatiques pour laisser libre cours à une intense verbalisation.

L'imprécision de notre statut fait que nous étions perçus un peu comme médecin et un peu comme apprenti-guérisseur/marabout/sorcier "moderne".

Et pourtant nous n'étions ni l'un ni l'autre ; nous étions plutôt, comme qui dirait, à la limite de ces deux "espaces thérapeutiques". Nous étions en position de double.

T. Nathan, à propos de la prise en charge du patient étranger, écrit qu'

"il faut s'arranger pour rester toujours à la frontière des deux mondes, se servir de l'altérité comme d'un miroir pour aider l'autre à mieux se comprendre" (56 bis), l'individu étant doté d'une double structuration culturelle et psychique."

Or,

"les psychanalystes ont fonctionné jusqu'à très récemment en ne considérant que la structuration psychique, sans se rendre compte qu'ils ne pouvaient se permettre cette négligence de la seconde structure que parce qu'elle était commune au thérapeute et au patient."
(57)

Nous pensons que la prise en charge du patient issu de la même culture que celle du thérapeute ne garantit pas systématiquement une véritable rencontre qui favorise "l'insight". Si l'on se place dans le contexte africain, précisément sénégalais, on constate qu'une double dynamique relationnelle a de fortes chances de compromettre la rencontre.

D'abord de la part du thérapeute (généralement européen), il peut y avoir curiosité, engouement et attrait à l'égard du système de pensée, des croyances et des modèles culturels de mise en forme de la maladie mentale. Et son goût pour le folklore peut l'amener à des élans de revalorisation - jusqu'à l'exagération - de ces systèmes et modèles si "étranges" et si "séduisants". Mais au risque d'enfermer le malade dans ses fantasmes (ceux du thérapeute) et d'en faire ainsi une "simple marionnette" de son milieu socio-culturel.

Ensuite, de la part du malade et/ou de son entourage, il peut y avoir une surenchère, une sorte d'exagération de leur plus ou moins grande adhésion aux systèmes et modèles culturels. S'agit-il d'un mécanisme de défense ou d'une attitude "manipulatoire" ou bien d'un défi?

Il s'agira, pour le thérapeute averti, de savoir y répondre, car c'est la seule condition pour lui de pouvoir utiliser ce matériel pour entrer en "contact" avec l'individu malade, mais également pour parvenir à percevoir "l'homme souffrant" derrière ce paravent culturel".

"Indépendamment de la culture d'origine, il semble qu'il y ait chez tous les immigrés une utilisation de leur culture et des rôles ancestralement établis.

"Cette utilisation relève des mécanismes de défense variés : soit fixation d'un rôle traditionnel par crainte ou impossibilité de changer, soit régression à un modèle culturel de comportement temporairement quitté du fait d'un mouvement adaptatif à l'autre culture...; soit utilisation consciente de la culture d'origine pour convaincre, manipuler l'interlocuteur; soit recours à des éléments de croyance, ils sont souvent révélés dans un discours isolé entre eux. Il y a dans leur présentation

même une crainte d'être mal compris sur quelque chose de non transmissible en même temps qu'un désir d'être entendu; ce qui est dit peut être un appel à l'autre, il y a alors un fragment de discours qui permet de se révéler et de tester en même temps la compréhension de l'interlocuteur" (58).

Ces quelques remarques de M.M. Morazzani concernant "la pathologie des migrants" pourraient très bien s'appliquer à la pathologie des Africains en milieu psychiatrique moderne.

Mais la prise en charge où patient et thérapeute sont issus de la même culture - toujours dans le contexte africain, sénégalais - n'offre pas non plus, systématiquement, plus de garantie. Ce serait une erreur de penser le contraire.

Chez le thérapeute africain (de l'institution), l'appréciation des éléments culturels introduits par le patient dans la cure (ou lors de premiers contacts) ne doit pas consister à conforter - parallèlement à la médicalisation - ce dernier dans ce qui semble être ses croyances et celles de sa famille; mais il ne s'agit pas non plus, bien sûr, de les lui ôter à tout prix. Ceci est important à souligner quand on sait - comme nous l'avons déjà dit - que des logiques culturelles (auxquelles d'ailleurs ces malades sont souvent en butte aussi) surdéterminent, chez la plupart des thérapeutes de l'institution psychiatrique, une pratique clinique qui a parfois plus, comme interlocuteur, la famille que le malade lui-même.

Nous aimerions insister sur le fait que ces éléments culturels, généralement mis en avant, avec une certaine ambivalence, par le malade - si ce n'est d'abord par sa famille - ont à la fois valeur de mécanis-

mes de défense et d'appel au secours, cachant un profond abîme, un grand désarroi et une douloureuse incertitude quant à quoi croire, et que faire.

Mais il y a également la situation où le thérapeute -qu'il soit occidental ou africain de formation universitaire - confronté au malade africain, reste sourd ou désarmé par rapport aux éléments culturels brandis par le patient. Il ne s'intéressera alors qu'aux symptômes et plaintes somatiques. Et dans la plupart des cas, il arrivera, s'il est médecin, à calmer certains symptômes et les troubles du comportement incriminés par la famille. Mais le fond du problème, la structure sous-jacente et les conflits psychiques demeurent intacts.

Le malade ne nous demande pas de lui confirmer ce qu'il paraît croire, car il ne croit justement rien ! Et c'est là son drame. Il ne croit pas plus - aujourd'hui comme hier - au pouvoir du guérisseur (sinon il ne serait pas là) qu'à celui du thérapeute (sinon, il aurait commencé par lui). Il a tout simplement besoin d'être pris en charge. Et le double recours (aux circuits traditionnels et aux circuits hospitaliers), il en a besoin, son salut étant peut-être dans cette absence d'exclusive qui témoigne de son clivage.

6. Les aménagements nécessaires à notre démarche

Les descriptions minutieuses des modes fondamentaux de relations au sein de la famille africaine, mais également au sein de l'univers panstructuré africain - entre société humaine visible et monde invisible des esprits, nous ont souvent montré les valeurs et les croyances dites "traditionnelles" comme des systèmes immuables, figés qui don-

naient ainsi une vision idyllique de l'Afrique et de ses phénomènes socio-culturels si "étranges".

Mais en réalité, ces phénomènes et croyances sont depuis toujours en mutation, des sortes de "bricolages" successifs qui équivalent à des stratégies adoptées et adaptatives pour "coller" au réel en mouvance. Car les individus bougent, voyagent, émigrent, s'urbanisent, s'acculturent et si malgré tout on parle encore d'une profonde adhésion de l'Africain aux valeurs dites traditionnelles, cette prétendue adhésion n'est souvent qu'un souci de conformité, de réajustement. Nous sommes tentés de dire que les concepts de "valeurs traditionnelles" n'ont pas de sens, car il s'agit de valeurs en continuelle mouvance, faites "d'amputations", de "rajouts", d'appauvrissements et d'enrichissements, de "syncrétisme". Ce sont des valeurs surdéterminées par une mémoire orale en mouvance elle aussi - la forme du récit primant sur le contenu -, et par rapport à laquelle il y a un constant souci de conformité, une sorte de gentil leurre.

Et dans la clinique psychopathologique, il nous arrive d'être confronté à des "malades" qui sont en porte-à-faux, des malades à la réalité psychique "clivée", partagés entre deux systèmes culturels. Ils ne se situent ni dans un système, ni dans l'autre, mais aux frontières de ces systèmes. Et c'est dans ce clivage qu'ils expriment leur problématique qui est une perte du double et une quête d'identité.

"Sa propre culture forme à chacun une sorte d'ombre, un double(...) le rapport de l'homme avec son ombre, avec ce double -la culture-, constitue une fonction psychique fondamentale (...) sa perte équivaut à la perte du sentiment d'appartenance à une seule culture..." (59)

Chez l'individu, avec cette perte, il n'y a plus de frontières, ni d'harmonie entre le "dedans" et le "dehors", entre la "culture vécue" et la "culture reçue", entre le "sujet lui-même" et son "double". Or, comme l'écrit T. Nathan,

"...le moi n'est que la somme de ces frontières invisibles, qui évoluent avec le temps et les circonstances et qu'il faut remettre en place, chaque matin (...)

"Normalement, le rôle des mythes, des croyances, des rites, des tabous, dans toutes les cultures, est d'affirmer et de renforcer ces distinctions. Alors, quand les cultures se mélangent, tout se mélange. Le sujet ne sait plus très bien où sont les limites de son moi. Ayant perdu le sentiment de son identité, il n'arrive plus à résister à ses désirs inavouables, à faire face aux traumatismes de la vie quotidienne. Il est malade dans sa tête".(60)

La plupart des patients qui parviennent à notre consultation sont déjà passés aux mains de divers guérisseurs, de médecins, de spécialistes et enfin de psychiatres sans résultat satisfaisant.

Les contradictions contenues dans le mode de vie en milieu urbain, les relations interindividuelles, l'urbanisation, la compétition "solitaire", les nouveaux rapports à la famille, au groupe, les nouveaux rôles et statuts, engendrent des personnalités plus ou moins "écartelées" entre deux modes de vie, deux systèmes de valeurs, deux désirs, contradictoires; des personnalités plus ou moins fragilisées.

Et lorsque la pathologie mentale survient, ses formes d'expression comme son contenu, débordent, de plus en plus - si ceux-ci sont

encore accessibles - les modèles culturels habituels de représentations traditionnelles des troubles mentaux, mettant ainsi en échec ces mises en forme fournies par le milieu et les thérapeutiques préconisées.

La tradithérapie parviendra tout au plus à calmer pour un temps l'angoisse, le malaise, à résorber provisoirement les signes de la maladie.

Les implications, investissements, émois et tensions, divers (sociaux, professionnels, conjugaux, familiaux, etc.) de l'individu, modelés par des impératifs, des valeurs et des critères nouveaux au sein de la société (société de transition), parviennent, de plus en plus, difficilement à être encore "endigués", codés, contenus, médiatisés et régulés par les modèles traditionnels de conduites, d'échanges et de coexistence au sein du groupe.

L'arrivée de l'individu "malade" à l'institution psychiatrique hospitalière, témoigne, non seulement, d'un certain échec de ces systèmes traditionnels, mais également d'un défaut de cohésion au sein de la famille.

Mais que lui offre-t-on à l'hôpital, en réponse à sa demande ? Parvient-on toujours à entendre sa demande ? Son recours est-il compris comme une demande ? Dans ce cas, ce qu'on lui propose est-il compatible à sa demande ? Ce qu'on propose doit-il être compatible à ce qu'il demande ?

Sans y répondre directement, nous dirons simplement que la démarche psychiatrique est généralement unidimensionnelle, rigide, dirigiste et dogmatique, dans le contexte qui nous intéresse : - soit elle est

"sociale" et "culturelle", restauratrice de "l'ordre ancien", "renvoyant" l'individu à sa famille, son groupe et à des valeurs auxquelles justement il est en butte; - soit, elle est médicalisante de façon unilatérale, "oblitérant" souvent, avec bienveillance certes, tout ce qui dans les manifestations du malade et de la maladie est singulier, appelle un sens, a valeur de langage à entendre et à déchiffrer.

Les psychiatres sénégalais et africains formés à Dakar, la parole du malade, on ne leur a pas appris à ~~l'écouter~~, à la déchiffrer, à lui donner un sens qui transcende le pur souci diagnostique pour enrichir leur démarche thérapeutique.

Il y'a une dimension et un intérêt thérapeutiques de l'écoute des langages du malade; quand le regard et l'observation, avides de "signes" s'amputent de l'écoute, on risque de tomber dans une pratique clinique désincarnée, dans l'"activisme"; et le malade ne peut qu'être laissé pour compte.

Guérisseurs et thérapeutes "modernes" sont aujourd'hui, dans une même logique de réacquisition ou de sauvegarde d'une insertion, d'un prestige, dans leur confrontation respective à ces malades désinsérés, malades en rupture. Guérisseurs et psychiatres, tentent souvent vainement mais toujours inlassablement de réintégrer ces malades dans leurs modèles, valeurs et milieu d'origine sans s'interroger sur des préalables et "négociations" nécessaires à une telle réintégration. Et pourtant c'est là l'essentiel de la demande qu'adresse l'hystérique à l'institution psychiatrique. Ce sont des "malades" dont la signification et le signifié des manifestations de la pathologie échappent aux tradithérapeutes et continueront de mettre en échec - après la série de médecins, généralistes et spécialistes - les psychiatres.

"La nocivité de la nosographie, par quelque moyen qu'elle se manifeste, consiste toujours à faire disparaître le sujet parlant, à lui clore la bouche avec une étiquette." (61)

Le recours final du malade à l'institution révèle les modifications dans les "mises en forme" possibles qu'offrait le groupe à la maladie; mais il révèle également la dysharmonie dont témoignent les choix interprétatifs divers, de la maladie mentale, au sein de la famille. Ces choix sont liés à des intérêts personnels divergents, de sauvegarde des places et statuts, respectifs que les transformations économiques et sociales remettent en cause sans offrir de possibilités autres. Possibilités autres que ces malades viennent chercher à l'hôpital. Leur recours étant une demande, eux-mêmes étaient porteurs d'une demande.

Les guérisseurs comme les psychiatres africains exercent généralement leurs métiers dans le milieu africain qui est leur milieu, avec des malades naturellement tout aussi africains. Malades, guérisseurs et psychiatres partagent la même culture, la même langue.

Dès lors qu'a de particulier la prise en charge de patients africains par un psychothérapeute africain ? Une relation thérapeutique "intra-culturelle" comme celle-là, n'est -t-elle pas quelque chose de tout à fait normal, naturel ? En quoi, ai-je besoin d'aménager ma théorie et ma technique pour prendre en charge ces patients - en particulier les hystériques ? Ne suis-je pas africain comme eux, partageant la même culture, utilisant la même langue qu'eux ?

Je répondrai tout d'abord que je ne suis, pas guérisseur, ni psychiatre; par conséquent, si je prétends avoir une relation thérapeutique

avec des patients atteints de troubles psychiques, je dois aménager une théorie et une technique afin de garantir à ma démarche et à ma pratique une efficacité.

En réponse à cette demande, nous avons proposé une psychothérapie analytique, convaincu que cette demande témoignait d'une certaine et relative insatisfaction de ces malades, par les circuits traditionnels et aussi par la psychiatrie "médicalisante". La psychothérapie analytique c'est "la possibilité pour un sujet de s'interroger sur ce qu'inconsciemment il souhaite, la possibilité réalisable à des niveaux bien différents, de percevoir, par l'intermédiaire d'un autre, l'écho de ses propres paroles, même lorsqu'elles s'expriment dans le vocabulaire des mythes et des rites" (62) dans le contexte africain.

Selon A. Zempléni, l'approche compréhensive et psychanalytique permet au psychiatre de considérer la pathologie mentale non plus comme le signe d'un syndrome qu'il suffit de reconnaître en tant que tel, mais comme un élément signifiant d'un discours qui se poursuit au niveau conscient et inconscient et dont il faut déchiffrer le sens dans une relation. Mais comme l'écrit l'auteur: " l'étude clinique hospitalière, de type psychanalytique,

..., lorsqu'elle invite le sujet à rechercher sa vérité dans le dialogue noué avec le thérapeute, le sèvre, dans une certaine mesure, de ses repères linguistiques et symboliques habituels." (63)

Nous sommes africain, nous avons reçu une formation universitaire non médicale, et nous exerçons le métier de psychothérapeute en milieu africain. Etait-il nécessaire, indispensable de se faire initier par un guérisseur traditionnel ? Non ! car, avec nos patients non seulement nous partageons et utilisons la langue wolof, mais nous parta-

geons également - bien qu'à des degrés relatifs - des éléments culturels communs. Nous avons une double sensibilisation aux données socio-culturelles du milieu : d'une part, une "connaissance" intime, subjective, intuitive, empirique, pour y avoir "baigné", s'y être modelé et y avoir puisé nos croyances aux mythes et représentations, depuis la plus tendre enfance; d'autre part, une connaissance théorique, livresque, rationnelle à travers nos idées, nos réflexions, notre recul mais aussi à travers tous les documents ethnologiques. Nous sommes ainsi, en position "double", situé d'une côté comme de l'autre et il nous fallait un "truc", une "technique", "quelque chose" susceptible d'ordonner, d'organiser, en tout cas, d'articuler toutes ces potentialités en un tout cohérent, harmonieux et opérant pour nous permettre d'établir une relation thérapeutique avec ces patients. Ces patients faut-il le rappeler, avaient la particularité d'osciller entre les références culturelles collectives et leurs propres déterminations psychologiques, individuelles.

Des malades qui ne se situent ni dans le lot des malades "qui ne franchissent jamais le seuil de l'hôpital" et, qui sont encore cantonnés dans les circuits traditionnels, ni dans la frange urbaine et acculturée qui "adopte les modèles d'interprétation psychologiques occidentaux". Ce sont des malades en position intermédiaire, qui adhèrent encore plus ou moins bien aux systèmes de représentations traditionnels; mais devant l'inaccessibilité ou le caractère inopérant de ces systèmes, ces malades pensent de plus en plus que leur maladie c'est aussi et surtout "autre chose".

"Les transformations des structures familiales déplacent les conflits et modifient la pathologie mentale (...) la fréquence et la forme des troubles changent" (64).

Sensibilisé au principe méthodologique du "double discours" complémentaire (G. Devereux) nous nous sommes inspirés des applications cliniques de l'ethnopsychiatrie moderne, opérées par T. Nathan; notamment les aménagements conceptuels et techniques pour l'établissement et le succès d'une relation psychothérapeutique avec des patients dont la culture - les croyances, la structuration culturelle de la maladie, etc - ne permet pas l'indication d'une cure psychanalytique type.

Selon T. Nathan, l'aménagement du cadre thérapeutique "concerne (...) les migrants " de l'intérieur" (passage d'une communauté rurale ou villageoise aux grandes cités fonctionnelles et impersonnelles..." (65), mais aussi "toutes les personnes qui doivent se construire psychiquement autour d'une rupture entre deux espaces culturels..."

L'abord et la prise en charge de nos patients nécessitaient ainsi la maîtrise de deux discours (ethnologique et psychanalytique) complémentaires qui devaient permettre l'instauration - implicite ou négociée - "d'un espace intermédiaire entre les deux modèles, entre le sujet et sa culture pour favoriser la libre expression des référents socio-culturels (de toute façon toujours présents) et dévoiler ensuite l'individu dans son idiosyncrasie.

Conscient qu'en tant que clinicien, nous ne pouvions ni ne devons intervenir que sur la psychologie du sujet lui-même porteur de ses conflits, nous nous sommes abstenus de "sur-valoriser" ou d'interpréter ou de minimiser les déterminants culturels contenus dans le discours et dans le langage somatique du malade. Notre souci a été

plutôt, au-delà de ces déterminants, de chercher à accéder à l'individu lui-même, avec ses conflits, ses désirs, ses désillusions, sa souffrance.

Nous n'avions pas affaire à des patients étrangers et pourtant "ça marchait"; peut être parce que nous étions, comme eux, "clivés", en position "double" et le langage "double" qu'on leur tenait, nous était non seulement utile à nous, mais leur était "accessible" et "compréhensible", parce que puisant à la fois, dans le vaste réservoir culturel commun (mots, images et pensées) tout en s'articulant à nos propres références théoriques.

... Un psychothérapeute averti, capable de prendre ses distances par rapport à sa propre culture, peut traiter un patient appartenant en principe à sa propre culture, comme s'il était membre d'une culture "autre". C'est à dire un tel psychothérapeute peut utiliser les techniques de la psychiatrie inter-culturelle même dans le traitement d'un patient appartenant à sa propre culture" (66).

NOTES

1. A. ZEMPLÉNI : *L'interprétation de la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lébou (Sénégal)*. Thèse de III^e Cycle, Fac. Lett. et Sc. Hum., Paris, 1968, 543 p.
2. *Idem.*
3. *Idem.*
4. *Idem.*
5. *Idem.*
6. *Idem.*
7. *Idem.*
8. M.C. et Ed. ORTIGUES *op. cit.*, 1973.
9. *Idem.*
10. *Idem.*
11. J. RABAIN, *op. cit.*, 1979
12. H. COLLOMB : "Réflexion sur l'ethnopsychiatrie. (à propos d'une expérience sénégalaise)". Sympos. "Biologie du cerveau et Malad. Ment.", Paris, oct. 1976. - Résumé, *Psychol. Méd.*, 1979, 11,6.
13. M.C. ORTIGUES, P. MARTINO et H. COLLOMB, *op. cit.*, 1966.
14. *Idem.*
15. H. COLLOMB : "Maladies Psycho-somatiques au Sénégal". *Acta Medica Psychosomatica*, 1967, 3-13. "Essai de biblio. commentée", R. COLLIGNON. P.A. vol.XIV, N° 2-3-1978.
16. F. LEBIGOT et A. MONGEAU : "L'Afrique a ses secrets. Questions sur la place de l'ethnographie dans la pratique psychiatrique en Afrique : - 1. observation de deux malades Sénoufo.
- 2. La relation interculturelle et l'Ethnographie."
Psychop. Afric., Vol XVIII, n° 1, 1982, pp. 5-58.

17. H. COLLOMB : "La position du conflit et les structures familiales en voie de transformation". *Canad. Psychiat. Ass. J.*, 1967, XII, 451-464. "Essai de bibliogr. commentée", R. COLLIGNON, *Psychop. Afric.*
18. N. LE GUERINEL, *op. cit.*, 1968.
19. H. COLLOMB : "Ethno-psychiatrie et évolution de la schizophrénie", *op. cit.* 1968.
20. *Idem.*
21. *Idem.*
22. *Idem.*
23. *Idem.*
24. J. P. MOREIGNE : "La relation intersubjective-transculturelle"- *Et. Méd.*, 1968, Psychiatrie au Sénégal - pp. 26-32.
25. H. COLLOMB : "L'avenir de la psychiatrie en Afrique", *op.cit.*, 1973.
26. H. COLLOMB, *op. cit.*, 1968.
27. H. COLLOMB, *op. cit.*, 1973.
28. S. FREUD : *Totem et tabou.*, P.B.P., Paris, 1979, 186 p.
29. T. NATHAN : *La folie des autres*, *op. cit.* 1986.
30. S. FREUD, *op. cit.*, 1979.
31. Tobie NATHAN, *op. cit.*, 1986.
32. H. COLLOMB : Réflexion sur l'ethnopsychiatrie, *op. cit.*
33. R. LEUCKX, *op. cit.*
34. F. LEBIGOT et A. MONGEAU *op.cit.*, 1982
35. J.P. MOREIGNE, *op. cit.*, 1968.
36. H. COLLOMB, *op. cit.*, 1973.
37. G. DEVEREUX : *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Flammarion, Paris, 1985, 375 p.

38. *Idem.*
39. A. ZEMPLÉNI, *op. cit.*, 1968.
40. *Idem.*
41. *Idem.*
42. G. DEVEREUX, *op. cit.*, 1985
43. Tobie NATHAN, *op. cit.*, 1986.
44. Tobie NATHAN : "Actualité clinique de l'ethnopsychiatrie : Culture et Symptôme".
pp. 2-25- *Cultures et Symptômes*- n° 5, 1ère journée de travail/Départ.
d'ethnopsy. de l'Institut. Univ. de Bobigny. 197.
45. Tobie NATHAN, *op. cit.*, 1986.
46. R. BASTIDE : *Sociologie des maladies Mentales*, Flammarion, Paris, 1965, 314p.
47. H. COLLOMB, *op. cit.*, 1968.
48. H. COLLOMB, *op. cit.*, 1973.
49. H. COLLOMB., *op. cit.*, 1976, 1979.
50. *Idem.*
51. *Idem.*
52. T. NATHAN, *op. cit.*, 1986.
53. G. DEVEREUX, *op. cit.*, 1985.
54. R. LEUCKX, *op. cit.*, 1975.
55. M. MORAZZANI : "Le Retour de la culture d'origine dans l'évolution de la vie
familiale et ses crises". *Cultures et symptômes*- n° 5 - pp. 60-70.
56. T. NATHAN, *op. cit.*, 1986.
- 56 bis. T. NATHAN : interview dans *le Nouvel Observateur*, 29 août - 4 septembre
1986.
57. *Idem.*
58. M. MORAZZANI, *op. cit.*

59. T. NATHAN, *op. cit.*, 1986.
60. T. NATHAN, *op. cit.*, 1986.
61. J.- CL. MALEVAL: "Peut-on parler de maladie mentale ?" - *Les Temps Modernes*, n° 356, Mars, 1976.
62. M.C. et Ed. ORTIGUES, *op.cit.*
63. A. ZEMPLINI, *op. cit.*, 1968.
64. H. COLLOMB et S. VALANTIN, *op.cit.*, 1975
65. T. NATHAN, *op. cit.*, 1986.
66. G. DEVEREUX, Préface "Ethnopsychiatrie", *Perspect. Psychiatr.* - 1975-IV-n°53

IV.

CAS CLINIQUES

- Sira ou la princesse sans trône
- Fatim ou l'héritière infortunée
- Kadio ou le 'liggéeyu ndey'
- Aminata ou la légende de "Coumba l'orpheline"
- Yacine
- Bintou ou l'hérétique du village

Commentaires

"Il s'agit d'amener l'hystérique à renoncer à parfaire ce père réel, à lui accorder le droit aux imperfections, aux échecs, aux déficiences. A partir de là, elle sera prête à s'accorder les mêmes droits. C'est dire qu'elle s'autorisera à tirer profit au présent de ce qu'elle possède au lieu de négliger ce présent au profit d'un futur toujours différé par la vanité des espoirs qui le meublent." L. ISRAEL (L'hystérique, le sexe et le médecin, Masson, Paris, 1980).

"... le monde de la folie non seulement se nourrit d'images et de signes empruntés au monde environnant, quitte à en modifier la signification, pour que l'image ou le signe exprime mieux une expérience personnelle originale que la banalité d'une expérience neutralisée dans la communication de tous les jours (...) mais encore garde-t-il les lois ou les principales lois formelles de ce monde". R. BASTIDE (Sociologie des maladies mentales, Flammarion, 1965).

La plupart de ces entretiens cliniques se sont déroulés essentiellement en wolof et parfois même dans un "mauvais" wolof, nos patientes ne maîtrisant pas suffisamment ou du tout, la langue française.

Aussi, la retranscription, après coup, de ces entretiens, en français n'a pas fait l'économie d'un souci de maximum de fidélité à la pensée et aux préoccupations formulées par ces sujets dans leur douleur et leur désarroi, du plus profond de leur être.

Au cours de ces entretiens, nous ne prenions pas de notes ni n'enregistrons ce qui se disait. En livrant ces fragments de discours, extraits d'entretiens qui se sont étalés sur de courtes périodes, nous espérons encore une fois n'avoir pas trahi ni déformé l'essentiel des "productions" auxquelles nous avons apporté une écoute, quand bien même cette écoute ne pouvait être totalement neutre. Nous n'étions pas totalement étranger à ce qui se disait et pourtant nous étions souvent surpris, étonné.

Sira **ou la princesse sans trône**

Lorsque je vis Sira la première fois, elle était accompagnée de son mari qui paraissait nerveux et très excité. Sira était de petite taille, frêle, sobrement vêtue et affichait un calme impressionnant.

Si je n'avais pas été prévenu auparavant par le collègue psychiatre qui m'avait adressé Sira, c'est le mari que j'aurais pris pour le consultant.

Lorsque j'invitai Sira à me parler de ce qui se passait, elle resta silencieuse pendant deux bonnes minutes, les yeux mi-clos, dans une sorte de recueillement qu'interrompit son mari qui commença à exposer la situation.

Mais très vite, Sira, sans daigner le regarder, l'interrompit d'un geste de la main et replongea dans sa prostration.

Et ce n'est qu'au bout d'un long silence, que Sira, sans bouger, dit d'une voix monocorde et à peine audible :

"Je suis malade, 'feebat rekk' (*simple maladie*)... on m'a

beaucoup soignée mais la maladie est toujours là... tout mon corps me fait mal... et cette maladie commence à s'éterniser...

"Et 'feebarekk', lorsque l'on a pris des médicaments, que l'on a même été hospitalisé et que l'on a vu plusieurs thérapeutes (médecins et tradithérapeutes) qui vous ont soigné, ça doit guérir... cela fait longtemps que je devais guérir...

"C'est grave car je ne peux plus m'occuper de la maison, ni des enfants... je suis tout le temps allongée, sans force, sans entrain et tout mon corps est "mort"... je ne sens plus mon corps quand je suis allongée... mais dès que je me lève, les douleurs reviennent... 'al hamdou li lahi', seul Dieu sait ce qu'est cette maladie...

M.M. : Et si vous me racontiez tout depuis le début...

Sira : "Tout a commencé lors de ma troisième grossesse ; ça se passait bien jusqu'au 6ème ou 7ème mois... j'avais tout le temps mal au ventre et j'allais régulièrement en consultation, et là-bas au dispensaire on me disait que tout allait bien, parfois en m'examinant à peine... J'avais des vertiges mais je ne tombais pas. Et un jour, au dispensaire, on m'a annoncé, lors d'une consultation, qu'il y avait des problèmes et qu'il fallait que j'aille vite à l'hôpital...

"Arrivée là-bas, on m'a annoncé que l'enfant que je portais en moi n'était plus vivant et qu'on allait m'ouvrir le ventre pour le sortir"...

Sira expliquera que, prise de panique, elle a voulu se relever de la table d'auscultation et elle est tombée par terre où elle a fait une crise

("crises convulsives avec morsure de la langue et perte d'urines comme cela a été mentionné sur sa fiche d'hôpital)

Et, toujours d'après cette fiche, à la suite de l'extraction du bébé, Sira aurait eu des "douleurs abdominales, des dysménorrhées, et une infection intestinale".

Selon l'interne, Sira, "depuis lors, allait de dispensaires en hôpitaux, a eu de nombreux traitements et aurait même été hospitalisée "dans un état d'obnubilation" avec un diagnostic de "paludisme possible"

Sortie de là mais sa "demande" n'étant toujours pas entendue", Sira consultera à nouveau dans un service hospitalier pour "diarrhée".

Les divers examens pratiqués se révélant négatifs, elle y retournera consulter pour une "symptomatologie fonctionnelle très variée : regurgitations après le petit déjeuner, fatigabilité, sensation de quelque chose qui bouge dans son corps, vertiges, céphalées, douleur thoracique, mal aux reins, aux genoux, vomissements, douleurs au sein gauche, au coeur, au dos, à la tempe gauche, sensations de brûlures aux yeux, nombril qui gratte, constipation, douleurs au bas-ventre, aux chevilles... L'examen physique ne révélera rien de particulier. Sira est renvoyée chez elle.

Mais le lendemain, selon l'interne, elle reviendra toute tremblotante avec plusieurs ordonnances délivrées à la suite de plusieurs consultations antérieures dans divers hôpitaux et services hospitaliers. Ce n'est qu'à ce moment-là qu'elle fût adressée en Psychiatrie avec le diagnostic suivant : "Hystérie + + + prise en charge indispensable en psychothérapie".

Sira : "Depuis, tout mon corps me fait mal... ça commence aux pieds, ça monte tout le long du corps... et quand ça atteint le coeur, je me mets à trembler, je suffoque... je perds alors le contrôle de moi-même, je ne sais plus ce que je fais... ma langue devient tellement légère que je ne peux plus parler... mon corps aussi devient si léger que je n'ai plus l'impression d'être moi-même.

"Je ne dors plus en ce moment, et j'ai des troubles de la vue... quelque chose me pique dans la tête... j'ai trop mal et j'ai peur... c'est comme si quelque chose s'était emparé de mon 'fit' (courage, sérénité mais également force vitale).

"Lorsque j'ai mes règles, toutes ces douleurs sont exacerbées..."

Sira parlera de façon ininterrompue de ses troubles, se cantonnant à les décrire et à se plaindre.

Sira est une jeune femme malienne analphabète d'une trentaine d'années, mariée - deux enfants en bas âge - et vivant avec son mari et sa belle-mère - de la même ethnie (bambara) qu'elle - dans la banlieue de Dakar.

Sira est née d'un père chérif* qu'elle n'a pas connu, mort quatre mois avant sa naissance. Elle a été élevée par son oncle paternel jusqu'à son mariage à dix neuf ans.

Lorsque nous revoyons Sira, elle nous parlera de ce mariage qui a été décidé par son oncle sans la consulter.

* Prince musulman descendant de Mahomet

Sira : "Je ne voulais pas de ce mariage car j'étais trop jeune et puis cet homme qui était déjà mon mari alors que je ne l'avais jamais vu auparavant... mais la décision de mon "petit père" (oncle paternel) était irrévocable ; lui-même ayant été en partie élevé par mon père, était convaincu que ce dernier aurait fait le même choix...

"Ce mariage n'a profité qu'à mon mari et à ma belle-mère que mon union avec mon mari a anoblis vu mon rang élevé et mes origines princières... moi j'en ai tiré que souffrance... mes premiers rapports sexuels ont été très douloureux, j'ai beaucoup pleuré et perdu beaucoup de sang et depuis j'ai très mal pendant les rapports sexuels... je les évite tant que je peux même si c'est le devoir de la femme de s'y soumettre.

M.M. : Que pense t-on de votre maladie à la maison ?

Sira : "Mon mari, lui, est un "homme de Dieu" qui ne croit pas, comme les autres, au maraboutage ou aux 'rab'... c'est un homme de prières, de chapelet et de Coran... comme l'était mon père... ils se ressemblent beaucoup dans leur mode de vie et leur dévouement à l'Islam...

M.M. : Et votre belle-mère ?

Sira : "Elle pense que ça ne peut être que les 'rab' car j'ai une soeur aînée malade mentale qui est mariée à un marabout guérisseur, et tout le monde pense que c'est les 'rab' ou les 'jinns' qui l'ont rendue folle... et elle est toujours malade..."

M.M. : Quel est votre sentiment là-dessus ?

Sira : "Mon mari me conseille toujours de prier et de ne croire qu'en Dieu; mon père m'aurait dit la même chose, je pense... et puis vous savez, je suis fille de chérif, donc chérif... et avec les chérifs, ces choses-là comme le maraboutage ça ne prend pas, ça ne marche pas. Nous, nous sommes de bons musulmans..."

M.M. : Voyez-vous un quelconque lien alors entre votre mariage, votre situation familiale et votre maladie ?

Sira : "En tout cas, je n'avais pas de gros problèmes avant mon mariage et mon arrivée ici au Sénégal... ni de problèmes particuliers avant ma troisième et dernière grossesse..."

"Ma belle-mère, au cours des derniers mois de cette grossesse, n'a pas arrêté de me lancer des injures, de proférer des menaces, de me traiter de chienne et de cracher sur la nourriture que je lui présentais et qu'elle refusait de manger... comment peut-elle être si méprisante par rapport à mon rang, mon sang... comment peut-elle être si peu reconnaissante envers moi et ce que je représente ?

"D'une part je suis descendante d'une famille chérifienne et d'autre part, 'xawma ludul dugub ak soow' (*je ne connais et ne mange rien d'autre que le mil et le lait*)"

M.M. : En fait c'est comme si en venant vous installer au Sénégal, vous étiez arrivée sans "carte d'identité" et sans "bagages", du coup vous perdiez tout !

C'est à ce moment que le visage de Sira, jusqu'ici inexpressif, s'anima; elle défit son mouchoir de tête, prit soin de bien le renouer, se redressa, rajusta son boubou, rectifia son port. Et pendant quelques courts instants, la métamorphose qu'accomplit Sira fût frappante.

Elle se mit alors à pleurer et dit :

"Ma belle-mère est une simple 'badoolo' et me traite comme une chienne devant mes enfants... elle ne les aime pas, on dirait que ce ne sont pas ses petits-fils ; elle ne cesse, brandissant une lame de rasoir, de les menacer de leur couper la langue et les yeux... une fille de chérif, on ne la traite pas comme ça... j'ai toujours l'impression que je n'ai personne au monde, personne ne s'occupe jamais de moi... mon mari est trop faible avec sa mère et trop sévère avec moi ; il est d'accord avec tout ce que dit ou fait sa mère...

" Il y a aussi que depuis mon arrivée au Sénégal, je n'ai eu aucune nouvelle du pays, ni de ma mère, ni du reste de la famille. Personne ne vient me voir à la maison et je n'ai pas le droit de sortir... alors je dors ou je reste couchée et cela mon mari ne le supporte pas.

M.M. : Rêvez-vous ?

Sira : "Oh oui, mais je ne fais que de mauvais rêves... comme celui-là, par exemple : il s'agit d'un enterrement auquel assiste mon père, et tout le reste des gens présents est exclusivement composé de la famille de mon mari... moi je suis étendue par terre comme si j'étais morte et tout autour de moi, on parle, on négocie, on chuchotte... j'essaie d'attirer l'attention de mon père mais il reste immobile comme sourd et muet..."

M.M. Comme l'est en ce moment votre mari, à vos appels !

Commentaires

Sira finira par aborder ce qui lui semble être à la fois les véritables causes du décès de son enfant et le degré de responsabilité de sa belle-mère et de toute la belle-famille. Pour Sira, tout laisse supposer et justifierait qu'on ait voulu la "marabouter" et/ou même la manger

D'une part les rumeurs à propos d'un projet qu'aurait sa belle-mère de donner sa propre nièce, comme seconde femme à son fils ; d'autre part, devant les divers troubles vagues qu'elle présentait tout au début de sa maladie (un malaise général à mettre en rapport avec cette menace imminente d'avoir une co-épouse, éventualité à laquelle, jusqu'ici, Sira était convaincue d'échapper compte tenu de son rang) elle s'est vu proposer un recours.

"La soeur de ma belle-mère me conseilla d'aller consulter un guérisseur ami et parent de leur famille, si je ne voulais pas devenir folle... ce "marabout" m'a fait boire toutes sortes de "choses"...

"Dans la nuit même, j'ai fait ce rêve... et le lendemain, devant les nouvelles douleurs insupportables que j'avais au ventre, j'ai interpellé ma belle-mère, l'accusant d'avoir voulu me "marabouter" et me "manger", il y a eu une altercation et j'ai eu un malaise suivi d'une chute sur le ventre... Et en attendant l'arrivée de mon mari pour être évacuée à l'hôpital, alors que j'avais atrocement mal, ma belle-mère m'a dit : "je n'ai pas besoin de te "marabouter" ni de te "manger" parce que tu es une chienne et tu crèveras à l'hôpital comme une chienne, car tu ne mérites que cela..."

C'est à ce moment-là que Sira est tombée dans le coma et ce n'est qu'à son réveil à l'hôpital qu'elle apprendra la mort de l'enfant qu'elle portait encore en elle.

Pour Sira, tout devenait clair, on a voulu l'éliminer, c'était la conspiration qui lui est apparue dans ses rêves ; rêves prémonitoires comme partout en Afrique noire où ils sont censés annoncer les événements importants - heureux ou malheureux - qui vont se passer ; et selon les cas, des sacrifices sont indispensables pour les favoriser ou les conjurer.

Sira : "Ce guérisseur/marabout, était de mèche avec eux car son gendre était le frère de "celle" que l'on destinait comme seconde femme à mon mari"

Pour Sira, si ce rêve a été révélateur de la machination ourdie contre elle, il a été également l'expression de la réaction de protection de son père qui répondait ainsi à l'appel au secours qu'elle n'a cessé de lui lancer.

L'enterrement - dans le rêve - devait être le sien; et grâce à son père, elle y a échappé mais étant donné que le mal avait déjà été fait (elle avait ingurgité les potions du marabout), c'est son enfant qui en a pâti.

Pour elle, notre travail, ce qu'elle attendait maintenant de nous, c'était de la retaper, pour lui donner l'énergie, la force d'effectuer ce voyage/retour au pays, d'aller se ressourcer, pour retrouver son "trône" et son identité auprès des siens. La maladie, le sérieux qu'on y attachait et notre "écoute" devaient convaincre le mari - jusqu'ici "sourd" et "borné" - de la laisser partir pour quelque temps au pays.

Sira : "Dieu merci, le "maraboutage" et toutes ces "choses-là" ne peuvent rien contre une fille de chérif... je ne pense d'ailleurs à rien de tout cela... tout ce que je sais, c'est que je ne suis pas folle... je suis malade 'rekk', affaiblie, triste et fatiguée, je ne ressemble plus à rien... mais je crois en Dieu, je ne vis que de la parole de Dieu..."

"Maintenant, j'ai envie de retourner au pays, aux côtés de ma mère, là-bas, tout ça s'arrêtera, car si l'on y était resté, rien de ce qui s'est passé ne me serait arrivé... on ne m'aurait pas traitée comme la pire des étrangères. Au pays, je me reposerai et je reprendrai des forces, il faut me croire et convaincre mon mari... de me laisser y retourner avec les enfants... je ne crains ni ne fuis une co-épouse, même si je n'en veux pas, mais il me faudrait être forte avant... et être 'nit' (*une personne*)."

Commentaires

L'appel au secours de Sira n'a pas été entendu au cours de ses pérégrinations et sa demande non plus.

Sa longue quête avait comme objet : retrouver son double culturel perdu dans la transplantation, l'anonymat, l'absence de considération, de reconnaissance de son statut : Sira est une princesse chérif et on lui doit respect et déférence ainsi qu'à ses enfants.

Et qui lui doivent le plus ce respect et cette déférence sinon son mari et sa belle-mère qu'elle a anoblis par son union ?

Or cette belle-mère la traite comme une chienne avec l'indifférence de son mari, qu'elle interprète comme un assentiment, une complicité, un assujettissement à sa mère.

La "bonne" de Sira, en balayant la cour de la maison, a déterré, sous les yeux de Sira un "gris-gris" à l'aspect impressionnant, à l'endroit même - au beau milieu de la cour - où quelques mois auparavant Sira a aperçu sa belle-mère en train de s'occuper avec discrétion et mystère.

C'était avant sa maladie.

Tout était clair maintenant, sa belle-mère l'a maraboutée. Ceci expliquait également les refus répétés de la belle-mère de consommer les repas qu'on lui présentait sous prétexte que c'était des repas pour chiens. "Profitant des moments d'inattention de la "bonne", ma belle-mère devait certainement verser des "choses" maléfiques dans la marmite ; ce qui expliquait qu'elle ne veuille pas manger ensuite".

"Une fille de chérif, comme moi, on ne peut pas la marabouter; ça ne marche pas !

"Et pourtant je suis tombée malade... donc leur maraboutage a fonctionné... si cela marche avec moi c'est que je ne suis donc pas une princesse chérif... donc mon père chérif n'est pas mon père"...

La symptomatologie présentée par Sira est très variée et peut être attribuée aussi bien au 'rab' qu'au maraboutage même si Sira pour des raisons différentes écarte ces deux hypothèses traditionnelles, après les avoir elle-même évoquées.

Mais l'hypothèse du maraboutage revient souvent dans les verbalisations de Sira et malgré les dénégations timorées de Sira. Ce modèle interprétatif a retenu notre attention :

- la première consultation de Sira dans un service hospitalier c'était pour une diarrhée tenace;

- dans les consultations qui ont suivi, la symptomatologie fonctionnelle très variée comprenait entre autres : regurgitations... vomissements, douleurs au bas-ventre;

Mais auparavant il y a eu avortement, suivi de douleurs abdominales, dysménorrhées, infection intestinale, la potion donnée par le guérisseur.

Sira pense que son ventre n'est pas normal, qu'il est mort et que si l'on doit chercher, c'est là qu'il faut voir...

Pour Sira, lorsqu'on est si éloigné et si coupé de son milieu familial et socio-culturel, et qu'on est dans un univers si ennuyeux et si hostile, on ne peut qu'être vulnérable, fragilisé. Dès lors n'importe quel maléfice et n'importe quelle maladie peuvent vous atteindre.

Elle rajoute :

"Si j'étais restée chez moi, tout cela ne me serait pas arrivé"... Le 'seytaan' ne peut t'atteindre qu'à l'étranger, hors de chez toi"

Première série d'interprétations

Sira, dès le premier contact, qualifie ses troubles de "simple maladie" comme pour nous inviter à ne pas chercher ailleurs, à ne pas chercher autre chose; mais cette revendication de "simple maladie" introduit en même temps, par les plaintes qui lui font suite, une oscillation (de SIRA) et de façon tout à fait subtile, entre une thématique "maraboutage" et une thématique "Rab".

Et très vite, en invoquant Dieu, elle tentera d'effacer ces "dérapages" animistes ou blasphématoires, à ses yeux; sa grande piété ne lui autorise pas de telles évocations, de tels recours que l'Islam ne tolère pas. Il y a à la fois chez elle, incohérence et cohérence. Dans la narration de l'histoire de sa maladie, elle réintroduit le thème du Rab et celui de la sorcellerie-anthropophagie :

Pour le premier thème elle dit "depuis, tout mon corps me fait mal(...) je perds le contrôle de moi-même, je ne sais plus ce que je fais(...), mon corps devient si léger que je n'ai plus l'impression d'être moi-même".

Pour le second thème, elle dira "c'est comme si quelque chose s'était emparé de mon "fit" (force vitale, énergie).

A ma question de savoir ce que la famille pensait de sa maladie, elle répondra en opérant un profond clivage entre les lignées paternelle et maternelle : d'un côté, le père et le mari de SIRA, qu'il "a élevé comme un fils," des hommes de Dieu, de prières, de chapelet et de coran (...), qui ne croient ni au maraboutage, ni aux Rab"; de l'autre, la belle-mère dont elle attendait beaucoup, qu'elle voulait considérer comme une mère, toutes deux si loin de leur pays, de leurs familles

respectives, toutes deux en situation d'émigration, cette belle-mère l'a certainement maraboutée, etc. Mais pour SIRA, si des Rab familiaux existent chez elle, s'ils sont la cause de la maladie de sa soeur aînée, ces Rab ne peuvent qu'être ceux de la lignée maternelle parce que chez son père, ils n'en ont pas.

Par cette distinction qu'elle effectue, SIRA éloigne symboliquement son mari de sa mère à lui : l'un est un homme de Dieu, l'autre, une femme trop versée dans ces croyances et pratiques animistes ou "anti-islamiques".

Mais SIRA n'est pas dupe, des Rab, ils n'en ont pas dans la famille, la maladie mentale de sa soeur peut être dûe aux Jinné. Une éventualité plus rassurante pour elle et plus conforme puisque liée à l'islam. Lorsque SIRA dit "Je ne connais et ne mange rien d'autre que du mil et du lait", elle fait entendre par là qu'elle n'est pas "dömm" (sorcier-anthropophage qui lui se nourrit de chair et de sang humains). Par cette dénégation, elle situe la cause de la maladie à l'extérieur de la famille maternelle, réhabilite en quelque sorte sa mère puisque l'âme de sorcellerie, on l'hérite de la mère. La maladie donc ne peut venir ni du côté matrilinéaire (pas de Rab, pas de dömm), ni du côté patrilinéaire, des princes chérifiens, des hommes de Dieu.

SIRA va symboliquement opérer la réunification des deux lignées en discorde depuis le décès de son père. En effet, l'oncle paternel de SIRA, qui l'a élevée dès le bas-âge, avait manifesté le voeu, à la mort du père de SIRA, de "prendre", en conformité avec la coutume, la veuve de son frère, pour femme. Mais la mère de SIRA refusa de se marier avec lui. Ce fut la rupture.

SIRA, en situant la cause de la maladie à l'extérieur, désignera la belle-famille:

- D'abord le rêve qu'elle raconte évoque le thème des assemblées nocturnes de sorciers- anthrophages, les repas "anthropophagiques";

- ensuite elle accuse sa belle-mère et la soeur de celle-ci, de l'avoir maraboutée.

"elles ont voulu me marabouter et me manger..."

SIRA vit à Dakar une double situation d'immigrée : elle est africaine, non sénégalaise, et d'origine rurale, elle vit en milieu urbain sénégalais; les problèmes rencontrés en famille (une belle-mère hostile et vécue comme dangereuse, et un mari trop soumis à l'autorité de sa mère), son isolement social et culturel dans cette banlieue dakaroise, étaient difficiles à surmonter. Coupée des gens de sa propre famille et de son milieu culturel, SIRA qui jusqu'ici ne parlait que sa langue (bambara) s'est retrouvée, du jour au lendemain, contrainte de parler le wolof- les nécessités de l'adaptation l'y obligeant - avec non seulement le voisinage essentiellement wolof, mais également avec ses propres enfants, sa "bonne" et son mari, sur les injonctions de ce dernier.

Devant la violence de l'acculturation, avec la nostalgie de la mère-patrie, le seul rempart qui lui restait - son titre princier - était soit méconnu du voisinage wolof, soit bafoué par l'entourage familial. Elle dira qu'il "ne lui restait plus rien de la vie même que sa belle-mère allait parvenir à lui ôter.

La maladie s'installera et à travers elle, SIRA interrogera sa culture, ses origines par le biais de modèles culturels d'emprunt (maraboutage, sorcellerie, jinné et seytané)

De cette douloureuse et lancinante interrogation résultera la conviction que le mal que lui veut sa belle-famille n'a pu l'atteindre que parce qu'elle est loin des siens, loin du cadre où ont cours ses éléments de valorisation. Et, selon elle, si l'intervention et la protection de son père lui ont permis d'échapper de justesse à la mort, la maladie elle, est quand même là; ce n'est plus une maladie "rëk" puisque son enfant en est mort.

Il lui faut retourner aux "sources", les interroger et se munir de toutes les garanties de protection et d'invulnérabilité, se refaire une santé, redevenir "nit", avant de revenir dans son propre quotidien hostile et menaçant.

Si SIRA était Wolof-Lébou, du refus de la thèse Rab comme explication de ses troubles, pourrait résulter une aggravation de sa maladie qui "l'installerait" dans la folie. Mais ce refus était normal; SIRA n'est ni Wolof, ni Lébou. Elle est bambara/Socé et par ce fait, la thèse de maraboutage, seule pouvait être plausible et surtout acceptable quoique difficile.

Deuxième série d'interprétations

La non-reconnaissance de son rang supérieur de princesse Chérif par sa belle-mère jusqu'ici vécue comme une mère et qui s'est révélée méchante et ingrate - la mauvaise mère - a valeur pour Sira d'une castration symbolique. Sira n'aime pas sa vie auprès de son mari et de sa belle-mère et elle l'exprime. Elle vit douloureusement l'exil et rêve d'un paradis perdu : son père qu'elle n'a pas connu, la notoriété dont jouit sa famille au pays, etc. Sa maladie : sa vie actuelle; son désir : la reconnaissance, l'affection, le respect et vivre.

Ses troubles ont eu deux causes déclenchantes : des rumeurs concernant une future co-épouse et la conviction d'avoir été "marabou-tée". Ceci a provoqué une altercation avec sa belle-mère.

"Si certains événements touchant la vie psychique peuvent avoir un rôle traumatique, ce n'est pas uniquement en raison de leur valeur absolue mais en raison de l'impact singulier qu'ils ont sur une personnalité donnée en fonction de son degré d'organisation, et de l'histoire antérieure d'un individu au sein de laquelle ils viennent prendre une place surdéterminée, c'est-à-dire déjà circonscrite par les aléas des relations affectives antérieures."

La blessure narcissique qu'occasionnent ces deux faits sus-mentionnés n'a pu avoir un rôle désorganisant que parce qu'elle entre en résonance avec l'histoire antérieure de Sira. En effet, Sira n'a connu ni père (décédé des mois avant sa naissance), ni mère (connue beaucoup plus tard).

Elevée très tôt par son oncle paternel, elle s'est vite accommodée d'une solitude affective que ne venaient rompre que la conscience et

la satisfaction qu'elle avait du legs paternel : sa noblesse; et puis, son oncle était là pour le lui rappeler. Elle n'a certes pas connu une enfance particulièrement malheureuse au sein de la nombreuse famille de son oncle; mais très tôt consciente que cette famille n'était pas la vraie sienne, elle n'a pas pu échapper à une profonde solitude et à un grand manque affectif. Cependant sa vie, ses rêves, fantasmes et projets, s'organiseront par la suite autour de ce titre princier, et du statut, de l'admiration, de l'estime et du respect que cela conférait.

Son enfance et son adolescence donc se sont déroulées tant bien que mal malgré ces "absences" précoces (du père et de la mère) et les brèches profondes qu'elles ouvraient dans son univers psycho-affectif.

Ce titre, élément d'identification à la lignée paternelle, et ciment de son identité, fera dire à Sira :

"... mon mariage avec leur fils les a anoblis lui et sa mère qui n'étaient rien d'autre que des "badoo" (gens du peuple)... comment ma belle-mère peut-elle être si irrespectueuse et si méprisante à mon égard ?"

Sira, dans sa quête d'éléments de revalorisation narcissique, ne peut qu'évoquer ce père prince qui a su lui donner ce que personne n'aurait pu lui donner : le ciment de son statut de femme (qu'on ne pouvait que vénérer) et de son identité.

M. DORES note qu'on dit souvent qu'en Afrique (au Sénégal en tout cas), "la parenté paternelle n'est pas une parenté, le sein (la parenté maternelle) est plus sûr"; et l'auteur d'écrire :

"le sentiment d'appartenance à la famille de la mère est sans doute plus important que le sentiment d'appartenance à la famille du père... les comportements le prouvent. La maladie mentale, par exemple, est très souvent l'occasion de quitter le domicile conjugal pour celui de la mère, jusqu'à la guérison... c'est généralement la mère qui prend en charge son enfant."

Ce que l'on constate chez Sira c'est que le sentiment d'appartenance

à la lignée paternelle princière est fort au point de lui rendre insupportable toute contestation de ce lien; mais il n'en demeure pas moins que c'est auprès de sa mère qu'elle veut aller chercher la confirmation de sa filiation patrilinéaire, pour effacer le doute en elle et restaurer ce qu'elle avait perdu dans son exil.

La belle-mère - vécue ici comme la mauvaise mère - véritable substitut maternel (renforcé par la situation commune de l'exil) n'a-t-elle pas suscité dans l'imaginaire de Sira la résurgence de sentiments conflictuels de l'enfance, en refusant et en ôtant à Sira la seule chose qu'elle détenait de son père et qui justifiait son existence ?

Selon M. DORES,

"le rôle des parents géniteurs est exprimé par les notions de "geno baay" (mot à mot la ceinture du père désignant la lignée paternelle) et de "liggee yu ndey" (mot à mot travail de la mère, qui fait surtout référence au degré de soumission de la mère à l'autorité de son mari, à son assujettissement au mari)".

En effet, chez les wolof, on dit que du degré de soumission de la femme à son mari, dépendent l'avenir, la réussite et le bonheur de ses enfants; cela fait que quand ça va mal, quand l'enfant ne "réussit pas", c'est la mère qui est tout de suite incriminée. Mais notons également avec DORES que cette "reconnaissance par la femme de l'autorité du mari est une condition pour que l'enfant puisse s'identifier au père comme possesseur du "geno" (la ceinture, symboliquement un élément phallique).

Des conflits douloureux de Sira, surgira donc ce doute profond sur sa naissance; doute que l'on pourrait formuler en ces termes : qui suis-je alors pour être traitée de/comme une chienne ? Suis-je vraiment une Chérif, la fille d'un chérif ? Mon père est-il réellement mon père, car après tout, je ne suis née que bien après sa mort ? Sira pense qu'elle ne trouvera la solution à tous ses problèmes et la réponse à ses interrogations qu'en retournant au pays. "Là-bas, ça ira mieux, je me referai une santé auprès de ma mère..." Sa mère qui, certainement détient la vérité de sa naissance et lèvera son doute. Ce qu'elle attend de ce retour - auquel s'oppose le mari - c'est aussi de sortir de l'isolement moral et culturel dans lequel elle est confinée depuis de longues années.

Elle espère trouver auprès des siens ce qui lui fait défaut, l'empê-

chant d'être une bonne maîtresse de maison, une bonne épouse, une bonne mère et surtout une bonne bru qui saura éviter à sa belle-mère - puisque c'est elle qui choisit pour son fils - d'avoir à prendre une seconde épouse pour son fils.

Sira dira qu'elle ne craint guère d'avoir une co-épouse mais que dans son état actuel, ce serait malvenu. A son retour elle pense être suffisamment forte pour faire face à tout cela; car cette fois-ci elle aura une "carte d'identité" et des "bagages" parmi lesquels son trône et qui sait, une couronne qui éloigneraient sans doute toute "wujj" (co-épouse).

Fatim ou l'héritière infortunée

Fatim est une jeune femme Wolof d'une trentaine d'années, mariée, mère de sept enfants dont deux décédés. Le mari, monogame, est commerçant ambulant. Fatim vit avec sa belle-mère qui est en même temps sa tante paternelle.

Le mari voyage beaucoup et est donc souvent absent pour de longues périodes.

Fatim a été adressée en psychiatrie par le service de Neurologie où, pendant quatre jours d'hospitalisation, elle a eu "des crises convulsives généralisées avec examens biologique, neurologique et E.E.G. où il n'y avait rien à signaler et le diagnostic de "crises hystériques aisément reproductibles et disparaissant dès qu'on détourne son attention."

Selon Fatim, tout tourne autour de la dernière grossesse. Ayant perdu son avant-dernier enfant à l'âge de 10 mois (causes : diarrhée, cachexie...), Fatim, deux mois après ce décès, est de nouveau enceinte. La grossesse, au début, se passe bien jusqu'au 7^{ème} mois : une

dispute avec "une voisine qui accusait un de mes fils de voleur comme sa mère..." "J'en ai beaucoup pleuré... et les premiers troubles ont commencé." Ces troubles : vertiges le matin, toux au coucher, sensation d'étranglement, douleurs diffuses, "crises".

Au bout d'un mois, accouchement provoqué. Et depuis, elle est triste, angoissée, se sent coupable d'avoir fait dépenser en soins tout l'argent gagné par le mari. "Ce qui l'oblige à repartir, voyager, s'absenter pour gagner encore de l'argent", dit-elle.

Fatim a toujours l'impression que de l'eau bouge dans son ventre; elle n'a pas d'hallucinations mais sur les pressions familiales, elle consultera - avec beaucoup de réticences - pendant six mois des guérisseurs qui parleront de 'rab' familiaux. Mais rien d'autre n'a été fait et les troubles persistent.

Fatim est une malade plaintive, constamment au bord des larmes; elle se plaint de douleurs articulaires des pieds à la tête, a des convulsions sans morsure, la sensation d'avoir de l'air dans le ventre, des douleurs vaginales avec la sensation d'une boule migrant de bas en haut et d'avant en arrière et la sensation également d'une corde attachée au vagin et reliée à la gorge, l'empêchant de manger.

Fatim a "mal aux cuisses, au ventre, au dos, ses muscles vaginaux sont tendus et du vent sort de son vagin". Selon elle, "toutes les douleurs convergent vers le vagin".

Au niveau de la fratrie, Fatim a :

- une soeur aînée,
- une soeur "malade mentale" dès l'enfance et décédée à la puberté,
- un frère en bonne santé,
- un frère également malade mental depuis l'enfance.

Dans la famille élargie de Fatim, il est évident - pour eux - que la maladie qui a tué la mère et la soeur, et qui s'attaque depuis des années au frère, est la même qui aujourd'hui se manifeste chez Fatim. D'ailleurs, un "marabout", proche parent, aurait dit que le seul frère de Fatim, jusqu'ici épargné et bien portant, n'allait pas tarder à être victime de cette même maladie.

Fatim refuse catégoriquement l'assimilation de sa maladie à "la maladie" des siens et refuse également l'interprétation traditionnelle donnée par ailleurs à sa maladie.

*

* *

Fatim m'a été adressée par une collègue psychiatre et quand elle est entrée pour la première fois dans le bureau, j'avais la nette impression d'avoir affaire à une jeune femme enceinte sur le point d'accoucher et qui avait manifestement peur : elle avait les yeux exorbités, les deux mains plaquées sur le ventre et le bas-ventre (comme pour le

soutenir) ; elle était mal vêtue, se retournait plusieurs fois comme si elle était suivie et menacée par quelqu'un qu'elle était seule à voir; la peur se lisait sur son visage, tout son corps frissonnait et on avait le sentiment que, d'une minute à l'autre, elle allait tomber.

C'est alors que, d'une voix impersonnelle, froide et détachée, elle dit "S'il plaît à Dieu, ils me laisseront tranquille; aidez-moi."

M.M. : Qui doit vous laisser tranquille et que peut-on faire ?

Fatim : "Je ne sais pas qui c'est, ni ce que c'est !"

M.M. : Est-ce quelque chose que vous voyez, que vous entendez ... ?

Fatim : "Je ressens quelque chose d'à la fois net et flou qui est tantôt en moi, tantôt à côté de moi ou derrière.

M.M. : Comme notre propre ombre selon les moments de la journée ?

Fatim : "Oui, mais une ombre, ça vous ressemble alors que ça, des fois, seul Dieu sait ce que c'est..."

M.M. : Vous dites des fois...

Fatim : "Oui, car à d'autres moments on est comme des jumelles, pareilles."

M.M. : !...!

Fatim : "Vous savez, les jumeaux, ces gens de Dieu, ils sont pareils, se ressemblent tout en étant à la fois différents".

M.M. : Si je comprends bien, c'est à la fois vous et pas vous... Comme votre jumelle... Mais en quoi cela vous gêne-t-il ?

Fatim : "Mais parce qu'il y a des choses que je fais le soir ou auxquelles je pense et le lendemain je me dis que ça ne peut pas être moi et j'ai honte, mais j'ai surtout peur"...

M.M. : Comme s'il y avait en vous deux Fatim qui ne parviennent pas à s'accorder...

Fatim : "Oui, peut-être! En tout cas dans ma famille, on pense que c'est les 'rab'".

M.M. : Qu'en pensez-vous ?

Fatim : "Des 'rab', on en a dans la famille, du côté de ma mère; ma soeur, ma mère et ses parents ont été rendus fous par ces 'rab', et ils en sont morts. Mais leurs troubles, c'était de simples céphalées et des douleurs musculaires... ma maladie à moi, ce n'est pas les 'rab'; elle est différente de la leur... et puis si c'était le 'rab', je l'aurais vu... j'ai perdu du temps avec ces traitements traditionnels... les crises continuent... j'ai mal partout... j'ai très peur et je ne dors plus."

M.M. : Voulez-vous me parler de vos parents ?

Fatim : "Depuis que je connais ma mère, elle a toujours été malade (mentale), mais qu'est-ce qu'elle était méchante, surtout avec moi... on disait que c'était ses 'rab'... Quand je me suis mariée, j'avais 17 ans et je fuyais mon mari, mon corps en avait peur... j'ai pu tenir pendant trois ans malgré les coups que me donnait ma mère pour me soumettre... Seul Dieu sait pourquoi une mère pouvait être aussi mauvaise à l'égard de sa fille..." (*elle se mit à pleurer*)... On aurait dit que ce n'était pas ma mère.. mais peut-être que ce n'était pas sa faute (*sanglots*)... Que la terre lui soit légère..."

M.M. : Et votre père ?

Fatim : "Mon père ? Tout ce que je peux vous dire, c'est qu'il y avait chez nous un homme qu'on ne voyait jamais, qu'on n'entendait jamais... C'était peut-être lui ?!"

M.M. : Vous arrive-t-il de faire des rêves ?

Fatim : "Depuis que ma maladie a commencé, je ne rêve plus, mais avant si... Il y en a un que je faisais souvent, mais faut-il en parler vraiment ? Est-ce que cela fait partie du traitement ? 'Cey Yalla!' (*Mon Dieu!*) quel traitement! Vous voulez tout savoir... et vous me faites dire des choses que je n'ai jamais confiées à quelqu'un..."

M.M. :

Fatim : "Je faisais souvent un rêve - ça m'étonne beaucoup de moi - dans lequel je suis couchée, je dors profondément lorsqu'un homme dont je ne vois jamais le visage, assez grand et bien vêtu, pénètre dans la chambre, s'approche du lit, monte sur moi et me prend pendant que je suis paralysée, ne pouvant faire aucun mouvement et je n'ose pas crier non plus."

M.M. : Qu'est-ce que vous ressentez ?

Fatim : (*avec un peu d'hésitation elle dit*) "Ca se passe toujours bien, c'est agréable... mais le lendemain, j'ai le sentiment d'avoir fait quelque chose de mal, et j'ai honte durant toute la journée... je n'ose pas regarder ma 'bajjen', comme si j'avais commis un vol... comme si j'étais une voleuse de 'bannex' (*plaisir*). Et Dieu sait que ce n'est pas mon 'jikko' (*caractère, habitude*)... on ne m'a pas éduquée ainsi."

M.M. :

Fatim : "'Waay it' (*mais aussi*) 'jamanoy tey da fa wuuté bu démb' (*le monde d'aujourd'hui est différent de celui d'hier*); chez nous jeunes femmes, il nous est très difficile de faire preuve de la patience, de la soumission et de l'abnégation habituelles de nos mères et grand-mères...

"... Mon mari voyage beaucoup pour son commerce et s'absente souvent pour des périodes de plusieurs mois...

"Un mari ne doit pas laisser si souvent et si longtemps seule

une jeune femme de mon âge... je risque un beau jour de l'entendre m'annoncer qu'il a "pris" une seconde femme ailleurs, si ce n'est sa mère qui la lui trouve avant... et pourtant elle a toujours été une bonne mère avec moi". Elle représente ma mère mais également mon père; n'est-elle pas sa soeur ?

La symptomatologie présentée par Fatim est une stratégie/opération (inconsciente, bien sûr) d'intégration. Elle réintègre les siens au prix de sa maladie certes mais sans la facture lourde que sa famille, sa mère et ses grands-parents lui destinaient : la folie et/ou la mort, par l'acceptation d'héritière des rab familiaux.

Par sa maladie, Fatim rejoint et renoue avec la lignée maternelle, exprime ses doutes quant à sa filiation paternelle. Et sa problématique oedipienne - par déplacement - s'articule autour du personnage de la tante paternelle - la 'bajjen' - la femme/père, véritable image paternelle dans la société wolof à laquelle appartient Fatim. Mais également, elle est un modèle d'identification maternelle. Ce qui permet à Fatim, de par sa maladie donc, d'effectuer un rapprochement des deux lignées paternelle et maternelle.

Fatim : "A chaque retour des couches, j'ai peur et j'ai mal au ventre et je n'ai jamais de désir personnel... mais quand mon mari me sollicite, je consens même si j'ai quand même mal... Je crois que c'est à l'endroit où se trouve l'enfant quand je suis enceinte... mais je me suis toujours contentée de mon mari, c'est mon seul homme, je n'en ai pas connu d'autre".

"On dit aussi que ma maladie, c'est du "maraboutage" qui a fait

qu'un vent m'a pénétrée pendant ma grossesse pour me voler mon enfant. Je n'en crois rien, sinon je ne serais pas ici..."

Commentaire selon le registre traditionnel

Les troubles de Fatim, en regard de leurs circonstances d'apparition évoquent tout d'abord le phénomène de la "mauvaise langue" (thiath) qui peut être aussi bien l'oeuvre d'un sorcier-anthropophage que celle de n'importe qui.

Mais la persistance des troubles et leur diversité peuvent aussi faire penser aux rab, ou aux jinné ou aux seytanné.

Mais ce qui nous a paru intéressant et révélateur c'est la persistance des troubles de F. après le diagnostic étiologique incriminant les rab familiaux, ce diagnostic a été fait par les différents guérisseurs qui ont été consultés pendant une période de six mois. Mais en aucune fois, ce diagnostic n'a été suivi d'une prescription de traitement ou en tout cas, d'un traitement. Est-ce à dire que la famille de F. - ou tout au moins ce qui en restait - ne se fiait plus aux traitements habituels de l'attaque ou de possession par les rab ? ou bien alors est-ce que la famille, après la mort de la mère, de la soeur et de la grand-mère de F - mort, selon eux, causée par les rab - n'aurait pas totalement négligé l'entretien de l'autel familial et des tuur, rompant ainsi le pacte de l'alliance avec les rab ?

Pour toute réponse, F. nous demandera "à quoi cela servirait d'entretenir des tuur qui tuent leurs alliées ?"

En attendant, F. et un de ses frères sont malades et l'entourage comme les guérisseurs consultés, incriminent les rab, et d'après un marabout, proche parent de F., la maladie de celle-ci est la même que celle de son frère mais aussi la même que celle qui a tué sa mère, la soeur et la grand-mère. Que propose ce marabout ? F. n'a pas voulu en entendre plus.

Les thèmes culturels chez Fatim

Fatim refuse les interprétations traditionnelles données de sa maladie, car les accepter, c'est accepter de finir comme la plupart des siens qui en sont presque tous morts. Fatim ne peut accepter ce diagnostic étiologique terrible. Il ne peut pas s'agir de rab simplement, les rab, c'est vrai, peuvent provoquer, au pire des cas, la folie mais ils ne tuent pas en général. F. est convaincue que sa maladie à elle, est différente de celle des siens dont, les troubles n'étaient que "de simples céphalées et des douleurs musculaires".

La persistance des "crises", la peur, l'insomnie, et le vent qui sort du vagin, évoqueront un jinné ou plutôt un seytané. En effet, l'association du thème du seytané et du thème du rab, pourrait rendre acceptable la thèse du rab; ce qu'illustre le rêve de F. qui fait intervenir à nouveau le rab sous la forme classique du fiancé/amant rab, l'imperurbable visiteur de la nuit.

Mais rab ou amant rab, F. préfère qu'on cherche ailleurs; et l'amalgame qui trahit son désarroi, traduit bien le fait qu'elle est prête à accepter toute autre interprétation que celle d'une possession par les rab : "on dit aussi que ma maladie, c'est du maraboutage qui a fait qu'un vent m'a pénétrée pendant ma grossesse pour me voler mon enfant".

Nous pensons que ce vent pourrait bien être la manifestation aussi bien d'un jinné, d'un seytane, que d'un rab.

La symptomatologie qu'elle présente est manifestement celle qu'on impute en général aux 'rab' et son discours, assurément, est celui du 'rab' qui parle en elle lorsqu'elle réfute ces thèses traditionnelles.

Sa problématique, que le rêve illustre en partie, est en prise à la fois sur le modèle névrotique de type occidental et sur le modèle culturel traditionnel africain : un désir incestueux mais également la référence au thème du 'faru rab' (le fiancé/amant 'rab'), visiteur nocturne, difficilement identifiable parce qu'on ne parvient jamais à en voir le visage mais en même temps aisément reconnaissable justement parce qu'on ne voit jamais son visage, qu'il est toujours grand et bien vêtu d'un "grand boubou" blanc et d'un 'kala' (longue pièce d'étoffe drapée sur les épaules) et tenant un 'kurus' (chapelet). Une image classique qui évoque le personnage du père.

Chez Fatim, la verbalisation de ce rêve lui permettra ensuite de se désolidariser de son milieu, de mettre en cause sa mère et sa grand mère, mais surtout d'aborder - même fugitivement - une préoccupation concernant une terrifiante menace qui plane sur elle comme sur toute jeune femme africaine mariée : une probable co-épouse.

Fatim : "Ma famille finira par me rendre folle ou par me faire mourir... et mon mari pourra ainsi "prendre" une autre femme... Il faut m'aider sinon je vais finir comme ma mère... Une vie malheureuse, dure et difficile, une vie de maladie..."

Ce qu'il faut dire, c'est que l'adhésion de Fatim aux modèles culturels est intacte et les thèmes symboliques évoqués par elle sont variés comme le sont les déplacements qu'elle opère : "sa famille" représente à la fois celle de son mari et la sienne car sa belle-mère est également sa tante paternelle, la 'bajjen'. Cet amalgame permet d'opérer un rapprochement des lignées paternelle et maternelle, donc grâce à la maladie. Mais ce rapprochement, à son tour, permet aussi à Fatim d'effectuer un glissement de la thèse 'rab' invoquée (par la famille) et réfutée (par Fatim) à la thèse "maraboutage" plus acceptable mais tout aussi terrifiante.

"Maraboutage" invoqué par la famille mais que Fatim attribue à sa belle-mère qui, bien qu'étant sa 'bajjen', n'en demeure pas moins sa belle-mère; or une belle-mère est toujours une ennemie potentielle (de sa bru) qui ne se souciera en priorité que du bien-être et de la sauvegarde de son fils (à qui elle pensera toujours trouver une seconde femme).

En émettant un doute sur sa filiation paternelle, Fatim ne peut que mettre en question ses liens de parenté avec cette tante paternelle et du même coup justifier ses craintes et sa conviction d'être "maraboutée" par sa belle-mère.

Il ne restait rien à Fatim pour assurer son identité.

Chez Fatim, la persistance des troubles, malgré les nombreux guérisseurs qu'elle a consultés et qui ont parlé de 'rab' familiaux, loin de mettre réellement en cause l'incompétence de ces tradithérapeutes, donne à Fatim le sentiment effrayant que les 'rab' sont mécontents, persistent dans leur mécontentement et demandent réparation : le rituel sacrificiel du 'tuuru' et le 'samp' par lesquels Fatim, par sa

position d'aînée accède à la fois à son statut d'héritière naturelle des 'rab' maternels mais également à son statut d'"élue" des 'rab'; elle devient une 'borom rab' (titulaire).

Mais si tout prédestinait Fatim à ce statut, elle n'y a pas été préparée et rien dans son entourage et sa vie passée n'a pu la motiver pour qu'elle consente à avoir de telles responsabilités et un destin/une destinée si sombre, si tragique. La folie et/ou la mort. Comment échapper à un tel destin ?

Fatim interrogera les sources d'une telle destinée, elle émettra un doute sur son ascendance : cette femme, si méchante, si mauvaise et folle, chez qui on a parlé de 'rab' est-elle réellement sa mère ? Et cet homme qu'on n'entendait et qu'on ne voyait pratiquement jamais est-il vraiment son père ?

Pour toute réponse, Fatim refuse catégoriquement l'assimilation de sa maladie à "celle des siens", mais elle réfute également l'interprétation traditionnelle - le 'rab' - donnée à sa maladie. Le 'rab', certes, ils en ont dans la famille, mais elle, elle n'en a jamais vu. Et pourtant, manifestement, c'est le 'rab' qui s'exprime en elle; elle a peur, elle est désespérée, elle veut qu'il la laisse tranquille, lui qui lui met dans la tête ces pensées honteuses, ces rêves "salaces", elle qui a un esprit et un caractère si "propres"; ça ne peut être que les 'rab', car ça ne lui ressemble pas, mais en même temps comment accepter que le 'rab' est en elle, l'instigateur de tous ces dérapages inhabituels ? Et également de tous ces troubles ?

Accepter le rôle, l'incrimination du 'rab' dans sa maladie, c'est accepter de recourir aux rituels sacrificiels du 'tuuru' et faire éventuellement le 'samp' qui feraient d'elle une titulaire de 'xamb', de 'rab', et

cela la désignerait et la situerait parmi les siens. Mais le prix à payer est trop élevé. Elle ne peut pas.

Mais dès lors, comment acquérir et où trouver le ferment de son identité que ni son enfance malheureuse, ni son mariage, ni ses multiples maternités n'ont pu lui assurer de façon "équilibrante" et épanouissante ?

Comment assurer sa place dans la lignée sans finir comme tous les siens ?

Voilà les épineuses aspirations contradictoires de Fatim pour qui la maladie 'rek' et l'hôpital sont un ultime recours pour négocier les ressorts d'une existence où puissent s'instaurer une harmonie entre le "dedans" et le "dehors" et le sentiment d'appartenir à une culture.

Fatim ne peut rien espérer des recours traditionnels que peut lui offrir sa famille, car elle a vu que ces recours n'ont pas empêché les siens de devenir fous et de "mourir" de cette folie causée par les 'rab'.

En effet, ni le 'tuuru', ni le 'samp', ni le 'ndëpp' n'ont guéri et sauvé les siens.

Ces recours traditionnels lui ont été inaccessibles en partie aussi parce que sa famille ne s'y fiait plus par expérience.

Fatim était condamnée alors, à moins que l'hôpital, l'institution, ne soient le lieu de la délivrance mais surtout le lieu de la contestation négociée - comme chez le notaire - d'un testament accablant.

Quelques considérations psychologiques

Si, comme Kadio et Aminata, Fatim a très tôt opposé un refus de sa condition de femme, contrairement aux deux autres, elle a fini par céder pour "donner" sept enfants à son mari, donnant ainsi satisfaction aux exigences de la famille et de la société et justifiant, du même coup, son statut de femme mariée.

La soumission à sa vie de misère, de solitude, de douleurs et de frustrations, n'empêchait en rien Fatim de s'octroyer d'étroites plages d'évasion, de liberté et de plaisir dans ses rêves et fantasmes, même si ceux-ci étaient suivis d'une sanction, le sentiment d'avoir commis un vol et celui d'une forte culpabilité

Une accusation inopportune de voleuse, par sa voisine, tombera comme un pavé dans la mare, tarissant du même coup cette source secrète où Fatim puisait la force de se soumettre aux obligations et impératifs de son milieu.

Mais pour Fatim, cette accusation, lancée à son fils, lui était adressée et était vécue comme mettant en cause sa fidélité à l'égard de son mari; et cela réveillait du coup d'anciennes et lancinantes interrogations sur l'identité de son véritable père. C'est la rupture, et R. Kaës d'écrire (2) : "Une rupture masque toujours une autre rupture qui la rappelle et la contient." Et si à travers nos entretiens avec Fatim il ne nous a pas été possible de remonter jusqu'aux premières expériences de rupture dans son enfance, un fait mériterait d'être souligné : au moment de l'accusation, Fatim était convaincue depuis quelques semaines d'être enceinte, alors que son mari était absent depuis fort longtemps et ne pouvait donc pas en être l'auteur.

Fatim a-t-elle fauté ? Elle niera :

"Je me suis toujours contenté de mon mari... Je n'en ai jamais connu d'autre."

Et pourtant, cette accusation, elle l'a vécue comme la preuve que tout le monde savait !

Cet enfant qu'elle croyait porter en elle, était-ce un enfant adultérin ou s'agissait-il d'un pur fantasme d'adultère ?

Grossesse réelle adultérine ou grossesse imaginaire ?

Toujours est-il que, vécu comme un drame honteux et qui serait lourd de conséquences, cet "évènement" - et le coup qu'il risque de porter à son statut de femme mariée et à son honneur - a trouvé comme "caisse de résonance" les douloureuses interrogations et le doute de Fatim quant à son origine, sa naissance : n'était-elle pas elle aussi un enfant adultérin ou un enfant naturel ? "Mon père, je peux dire qu'il y avait chez nous un homme qu'on ne voyait jamais, qu'on n'entendait jamais... C'était peut-être lui !"

Les troubles de Fatim ont commencé à la suite de cet incident; les douleurs à l'emplacement du bébé. "Mon ventre ne doit plus être bon maintenant... Je sens une corde attachée à mon sexe et reliée à ma gorge." Ceinture de chasteté ou moyen expiatoire ? "Du vent sort de mon sexe". S'agit-il du vent de la souillure, de la délivrance, de la purification, ou bien du Seytané ?

Fatim crie son angoisse face à son milieu dont elle veut s'extraire, sa relation conflictuelle passée avec sa mère, l'absence de son père,

ses frustrations sexuelles et affectives, ses rêves compensatoires qu'elle n'aura même plus, sa culpabilité, mais également sa disposition à se conformer un tant soit peu. Un véritable appel au secours pour exister.

Kadio ou le 'liggéeyu ndey'

Kadio est une jeune femme toucouleur, analphabète, âgée de 19 ans, mariée sans enfant ; le mari, monogame, a émigré à l'étranger, un mois à peine après le mariage.

Kadio vit à Dakar chez son oncle paternel, un homme polygame dont la plupart des nombreuses femmes ont à peu près l'âge de Kadio. Mais toutes ces femmes ont des enfants. Et dans la même maison vivent, également d'autres jeunes femmes mariées - avec enfants - mais dont les maris résident à l'étranger et sont donc absents, souvent pour de longues années.

Lorsque je reçois Kadio pour la première fois en consultation, elle est accompagnée d'une des femmes de son oncle ; elles étaient belles ; et pareillement vêtues, elles paraissaient sereines dans leurs "grands-boubous" traditionnels confectionnés avec le même tissu, avec leurs mouchoirs de tête noués de la même manière. En les voyant entrer, j'ai d'abord pensé avoir affaire à deux soeurs jumelles ; mais très vite, quelque chose d'indéfinissable me disait qu'il devrait s'agir plutôt de deux co-épouses. Et devant le calme qu'affichaient ces deux femmes, il m'aurait été difficile d'identifier Kadio si ce n'était

quelque chose d'à la fois fureteur et scrutateur dans son regard; il y avait également dans son maintien quelque chose de gauche et d'emprunté qui évoquait l'image de la jeune fille vêtue des souliers et habits trop grands de sa mère pour faire femme ; mais il y avait surtout un port de tête rigide comme si elle craignait de perdre son ample mouchoir de tête mal noué et qui paraissait trop lourd pour ses petites épaules de jeune adolescente.

Kadio me dit alors qu'elle est malade, qu'elle fait des "crises" mais uniquement à la maison et pratiquement jamais à l'hôpital ; et qu'il faudrait qu'on la soigne car, au début, lors de ses "crises" elle "tom-bait" mais sans jamais se faire mal, alors que depuis quelques temps, elle tombe beaucoup et elle se fait de plus en plus mal. C'est alors qu'elle défit (enfin!) son mouchoir de tête pour exhiber une cicatrice, au beau milieu du front, suite à une récente chute.

Kadio : "Vous voyez que je ne simule pas ! Ma maladie est vraiment grave, hein docteur".

Je fis alors sortir la jeune femme qui l'accompagnait et demandai à Kadio de me raconter sa "maladie".

Kadio : "Je suis trop souvent seule à la maison et dès que je suis seule, je me mets à penser à ma mère, à la vie dure et j'y pense alors tellement qu'aussitôt j'ai des maux de tête, des vertiges, des étourdissements et la crise survient : je tombe et je m'évanouis.

"Ça commence par des douleurs au ventre : sur le flanc gauche, je sens des cailloux qui roulent, qui montent vers le sein gauche, en font le tour plusieurs fois, remontent par l'épaule

gauche, la nuque, le cou et viennent se loger aux tempes.

"Ce qui provoque des maux de tête, ensuite des vertiges ; et juste avant la crise, j'ai mal entre les seins et quelque chose se gonfle au milieu, j'essaie de l'extraire mais je n'ai jamais le temps d'y arriver car la crise survient à ce moment ;... il y a des fois aussi où les cailloux migrent vers les cuisses, se logent aux genoux et me font mal.

Kadio nous fera l'historique de sa maladie expliquant que très tôt dans sa vie, elle a eu comme principale maladie une épistaxis et que ce n'est que vers l'âge de 7 ans que les vertiges ont commencé. La mère a tout de suite pensé aux 'rab' et lui a fait faire, selon Kadio, plusieurs traitements traditionnels auprès de tradithérapeutes pour qui c'était évident qu'il s'agissait de 'rab'. Mais malgré cela, les troubles persistaient.

Dans cette période (6, 7 ans environ) les relations déjà fort difficiles avec sa mère s'aggravent. Elle rencontre pour la première fois son père qui vit au Mali ; sa mère se remarie en Guinée (où toutes les deux vivaient jusqu'à présent) ; c'est à ce moment que son père, informé de la persistance de la maladie et de l'aggravation de ses relations avec sa mère, décida de la prendre avec lui pour la faire soigner. C'est là que les crises ont commencé. Et très vite le père l'enverra à Dakar auprès de son frère cadet, un homme prospère, afin qu'il la garde et la fasse traiter à Dakar.

Mais malgré ces changements importants et des relations moins conflictuelles, les "crises" continueront et n'empêcheront pas son oncle de "la donner en mariage" sans la consulter à un proche cousin qu'elle connaissait à peine.

Kadio : " Un mois après mon mariage, un dépuçelage cauchemardesque, une vie conjugale éphémère, et des "relations" (sexuelles) douloureuses, mon mari a émigré à l'étranger et depuis je ne l'ai pas revu.

"On a gardé le contact.

"Au début je voulais partir, le rejoindre mais il n'était pas encore prêt à m'accueillir, mais c'est surtout ma mère qui m'en a dissuadée... selon elle, une femme n'est pas faite pour voyager, pour rejoindre son mari... il faut savoir l'attendre, patienter... et selon ma mère dans le pays africain où vit et travaille mon mari, il ne peut m'y arriver que des malheurs et puis les femmes de ce pays, il vaut mieux ne pas trop se frotter à elles... elles s'adonnent trop à la sorcellerie...

"J'ai donc préféré rester ici... j'y suis bien et j'y vis avec d'autres jeunes femmes dont les maris travaillent également à l'étranger.

"Seulement elles, elles ont des enfants, donc elles peuvent s'en occuper, ça leur permet de supporter les longues absences de leurs maris.

"Moi je n'ai pas d'enfant... je ne suis pas enceinte, comme s'il ne m'avait rien laissé... personne ne sait quand il va revenir, ni pour combien de temps et les voisines (les femmes de la maison) me raillent, d'autres demandent si je compte attendre la vieillesse ou la ménopause pour faire un enfant ; d'autres, enfin, disent que "quand une femme attend le retour de son mari, seule, sans enfant auprès d'elle, les liens ne tiennent à rien de solide, et il y a de forts risques que le mari se sente très peu motivé à revenir vite".

A chaque fois qu'une allusion est faite à une grossesse qui tarde à venir, Kadio fait une "crise" à la maison. Et devant l'intensification des "crises", la mère, informée, suggère un traitement traditionnel auquel s'opposeront l'oncle, le mari qui a également été consulté et le père. Ils feront bloc contre la mère et décideront de faire soigner Kadio à " l'hôpital Fann."

C'est ainsi qu'elle sera admise pendant quelques jours au service de Neurologie pour ensuite être adressée en Psychiatrie où elle séjournera une semaine avant sa sortie.

Un mois plus tard nouvelle hospitalisation en psychiatrie où elle fera son unique "crise". L'interne a noté : "Crise d'allure épileptoïde mais sans perte de connaissance, avec une participation fonctionnelle ++ en particulier tachycardie, douleurs thoraciques. On assiste ensuite à de l'anorexie, des troubles viscéraux (boule hystérique, nausée, migration ascendante depuis la région ovarienne...), de troubles moteurs (asthénie musculaire associée à des tremblements), des douleurs au cou, etc.

Lorsque je revis Kadio, elle m'apprit que sa mère, informée de sa seconde hospitalisation, s'apprêtait à venir la voir à Dakar ; elle me dit alors qu'elle était effrayée par cette prochaine visite et manifesta une vive opposition à l'idée de rencontrer sa mère :

Kadio : "Ma mère, elle ne m'aime pas... on dirait qu'elle m'accuse d'être la cause de son divorce avec mon père... elle est méchante et à chaque fois que je pense à elle, je fais des "crises"... alors qu'est-ce que ça va être quand elle sera là ?

"Je veux guérir moi et ici à l'hôpital... or ma mère, elle, croit trop aux marabouts ; tout ce qui se passe, elle dit qu'il faut aller voir un marabout, et celui-ci il dit toujours que c'est les 'rab' ou parfois, que c'est un 'liggéey' (maraboutage).

"A l'hôpital on va bien me soigner et je ne voudrais pas que ma mère y vienne avec ces "choses-là"... il faut m'aider, il ne faut pas l'écouter.

"Elle me disait souvent que 'ce qu'une maman peut donner à sa fille, aucun homme ne peut le lui donner, même pas son mari.'"

M.M. : Vous voulez parler du "liggéeyu ndey" (littéralement "le travail de la mère" qui fait ici allusion/référence au mérite, à la soumission, à l'assujettissement et à la fidélité de la mère à son mari) ?

Kadio : "En effet je suis inquiète et j'ai peur... je ne comprends pas ce qui m'arrive depuis ma naissance : j'ai une enfance solitaire et malheureuse sans père ; très tôt j'ai commencé à être malade et je ne me suis jamais entendue avec ma mère qui ne s'entend avec personne d'ailleurs, même pas avec son mari actuel... depuis quelques années je fais des "crises"... on me "donne" un mari qui ne vit pas avec moi... on n'a pas d'enfant et mon existence n'a rien de celle d'une jeune femme mariée et comblée... et maintenant j'ai une maladie et on me soigne chez les fous !

M.M. : Vous craignez donc que tous vos malheurs et avatars ne soient le fruit du mauvais 'liggéeyu ndey' de votre mère ?

Kadio : "Je le crains même s'il n'appartient pas à l'enfant d'en parler... mais l'on m'a souvent reproché le caractère autoritaire et insoumis de ma mère, son impatience, son indépendance et sa façon de faire comme si l'on pouvait se passer des hommes de la terre..."

"Mon père et surtout mon oncle me disent parfois - lorsqu'ils en ont après moi - que "ma mère n'est ni une femme ni une (bonne) mère mais plutôt un homme mais que les hommes mêmes ne sont pas comme elle"... et ils rajoutent qu'"une femme qui veut être, à la fois, un homme y compris avec son propre mari n'a pas de "njërin" (mérite, valeur) et ne peut que vouer ses enfants à une existence difficile, sans bonheur, ni paix, ni de bonne santé où qu'ils soient et quoi qu'ils fassent"."

M.M. : Mais peut-être que votre mère - sa vie durant - n'a fait que refuser une condition de femme que vous, vous refusez en ce moment - à votre façon - par la maladie ?

Kadio : "Oui, mais comment faire...?"

M.M. : Vous voulez dire comment refuser, s'opposer sans être 'xaraam', "allah ku" (maudite) ?

Kadio : " Vous savez, je veux bien 'sey' (ici dans le sens de préserver son mariage) bien que je n'aie pas eu le temps de m'habituer à mon mari et de l'aimer... je voudrais bien avoir un enfant mais j'ai tellement peur de l'accouchement..."

"J'ai entendu dire depuis l'enfance, que l'accouchement fait très mal, qu'on est déchiré partout et que de toute façon,

une femme - surtout jeune - doit souffrir pour mettre au monde un enfant...

"Et puis, avec toutes les potions et tous les médicaments que j'ai avalés dans ma vie, je me demande si mon ventre est encore bon pour faire un enfant... je suis encore jeune et s'ils pouvaient tous attendre que je guérisses totalement avant de faire un enfant...

"Vous savez, je ne suis encore qu'une enfant, la preuve c'est qu'on m'a toujours empêchée de sortir soi-disant que j'étais encore enfant et du jour au lendemain, on me refuse l'autorisation de sortir parce que je suis mariée...

"Mon mari est loin, je n'ai pas d'amies et je me sens seule, livrée aux sollicitations sexuelles de mon cousin (du même âge et vivant sous le même toit que Kadio) qui m'épie sans arrêt, même lorsque je prends une douche... il a un regard et une force qui m'effraient, et vu qu'il est en permanence à la maison, j'ai très peur de me retrouver seule avec lui.

"Je n'ai jamais la possibilité de sortir seule et les rares fois où cela m'arrive, je vais au cinéma voir des films d'amour... mais lorsque je reviens à la maison, je me sens mal, bizarre, j'ai mal au ventre et je ne parviens pas à m'endormir... alors je me mets à penser à mon cousin, à mon mari, ensuite à ma mère et là, je fais une 'crise.'"

Lors d'une séance :

M.M. : Si vous ne dormez jamais, vous ne rêvez jamais donc ?

Kadio : "Il me faut tout le temps être vigilante"

M.M. : Avec votre cousin, ou bien pour éviter de rêver ou alors pour éviter une "crise" ?

Kadio : "D'abord à cause de mon cousin qui est toujours à proximité ; et puis lorsque je fais un rêve, à mon réveil, je pense à lui, puis je me mets à pleurer et à ce moment la "crise" survient".

M.M. : Pouvez-vous me raconter ce rêve ?

Kadio : "Il s'agit d'une plante, un petit pimentier fleuri que m'offre mon cousin... mais je n'ose jamais l'arroser de peur de me piquer... Ce qui fait que tantôt les fleurs sont rouges, tantôt noires... un jour à la veille du retour de mon mari, en nettoyant de fond en comble la chambre conjugale, je découvre sous le lit la plante qui avait séché et qui était découpée en petits morceaux. J'ai alors beaucoup pleuré et j'ai fait une 'crise.'"

M.M. : Ce rêve vous fait-il penser à quelque chose ?

Kadio : "Je pense que mon mari me manque et qu'il faudrait que j'aille le rejoindre le plus tôt que possible si je veux éviter la honte... mais aussitôt arrivée là-bas je risque d'être enceinte aussi et cela je n'en veux pas... et pourtant il me faudrait un enfant au moins"

M.M. : Manifestement, vous êtes écartelée entre deux genres de désirs contradictoires. Vous êtes à la croisée d'un chemin sans possibilités de choisir entre deux voies, deux modèles d'existence... nous pourrions peut-être chercher encore en-

semble le modèle qui vous convient le mieux...

Quelques semaines plus tard, Kadio finira par mettre ses troubles en rapport avec sa situation conjugale et familiale et ses rapports conflictuels avec sa mère ; les contradictions entre ce qu'elle veut et/ou appréhende et ce que son milieu et la société attendent d'elle ou lui imposent, ses sentiments ambivalents à l'égard de son mari.

Lors d'une séance ultérieure, Kadio qui avait reçu entretemps la visite de sa mère dit :

"Ma mère est venue me voir enfin... cela s'est très bien passé... elle a beaucoup changé..."

Devant mon silence, elle poursuit :

"Ou c'est moi plutôt qui ne me reconnais plus."

Un peu plus tard, au cours d'une autre séance, Kadio, pendant qu'elle parlait, posa innocemment sur mon bureau, devant elle -comme pour soulager ses mains- un sac en plastique de pharmacie. A travers la transparence du sac, on pouvait apercevoir des médicaments pharmaceutiques et d'autres choses qui, elles, ne provenaient manifestement pas d'une pharmacie mais de chez un tradithérapeute ; il s'agissait d'une petite bouteille contenant une substance liquide noirâtre et de quelques petits sachets en plastique qui contenaient une bonne quantité de racines et d'écorces de plantes.

Et comme si ces objets hétéroclites risquaient d'échapper à mon regard, elle exhibait au cou un gris-gris (en grosse ficelle en coton généralement utilisée pour confectionner des talismans) et au poi-

gnet un autre gris-gris qui ressemblait étrangement aux bracelets magiques qu'on fait souvent porter aux femmes mariées qui ont une maternité qui tarde, afin de les rendre fécondes.

Ce collier et ce bracelet "magiques" qui avaient d'abord échappé à mon attention, prirent alors toute leur dimension.

Et comme pour répondre à une question que je n'allais certainement pas formuler, Kadio dit :

"Mon mari n'est pas venu, mais je l'ai appelé et lui ai parlé au téléphone... il arrive dans deux mois et nous repartirons ensemble... en attendant je pars avec ma mère chez elle afin que nous préparions mon départ à l'étranger..."

Leviers culturels

Les troubles de Kadio trouvent comme lieu privilégié d'expression, le profond désaccord qui existe entre sa lignée paternelle et sa lignée maternelle, celle-là incriminant celle-ci à plusieurs niveaux.

Le mariage précipité de K. chez son oncle paternel n'a pas eu l'agrément et la bénédiction de sa mère qui n'y a d'ailleurs pas assisté. Est-ce parce qu'elle n'avait pas été avertie, ou bien ne l'avait-on avertie qu'au dernier moment, ou alors a-t-elle délibérément boudé ce mariage et s'y est-elle opposée vu qu'il a été décidé par l'oncle paternel de Kadio, qui ne l'a même pas consultée, ce qui lui aurait permis de "préparer" sa fille?

Toujours est-il que Kadio établira un lien entre sa stérilité et ce que sa maman lui disait souvent : "ce qu'une maman peut donner à sa fille,

aucun homme ne peut le lui donner, même pas son mari".

Pour K., il lui manquait ce "quelque chose" pour être une femme, une épouse et surtout pour pouvoir avoir un enfant. Or, ces choses-là, ça se fait avant le mariage, c'est l'affaire des femmes, c'est à sa mère de le faire, pour sa fille. Mais n'est-ce pas trop tard ? Kadio n'a t-elle pas choisi l'autre camp, celui des hommes, le camp de son père et de son oncle paternel ? Comment pouvait-elle les désavouer, faire marche arrière et faire confiance à sa mère ? Dès les premiers troubles de Kadio (à l'âge de 7 ans) la mère a pensé au rab, les guérisseurs ou marabouts consultés ont confirmé.

La mère est peulh-toucouleur mais est fortement imprégnée des valeurs et traditions wolof. Nous l'avons rencontrée et elle parlait avec perfection le wolof que parle moins bien sa fille. Après son divorce, elle s'est remariée et a émigré dans un autre pays africain avec son mari et Kadio qui n'avait que quelques mois.

En situation d'émigration, l'évocation par la mère de K., du phénomène rab devait certainement traduire sa préoccupation pour son attachement au terroir, à son milieu d'origine. Car sinon, comment pourrait-on expliquer l'interprétation par le rab très tôt fournie par la mère de K. dès les premiers signes de maladie de celle-ci, alors que cette femme n'a pas dans ses ascendances familiales ni de tuur, ni de rab ? Cette évocation traduisait-elle un emprunt qu'aurait opéré cette femme dans la communauté sénégalaise qu'elle fréquentait et qui était également en situation d'émigration ? Sinon comment expliquer le fait que les thérapeutes traditionnels auxquels elle a eu recours dans ce pays, aient parlé de rab confirmant ce qu'elle pensait déjà ?

Les troubles de K. ont commencé très tôt à se manifester dans ce pays étranger; mais les "crises" elles, n'apparaîtront qu'au moment de sa séparation d'avec sa mère et de ses retrouvailles avec son père. Un nouvel exil qui verra s'accroître les "crises"; et l'aggravation de celles-ci va motiver un troisième exil vers le Sénégal.

Dans ce cadre nouveau, les rapports avec la mère sont inexistant, le climat est moins conflictuel, la vie citadine plus séduisante; mais les "crises" persistent ! Les récriminations de l'oncle et du père en direction de la mère lointaine finiront par convaincre K. de l'origine maternelle de ses troubles : la mère a failli à son devoir, Kadio brandit le thème du "Ligeey yu ndeye" (le travail de la mère). C'est l'insubordination de sa mère qu'elle est entraînée à payer; sa "vie de crises", d'insatisfaction et de railleries, de solitude affective, de stérilité et d'incertitude quant à son avenir et l'avenir de son "mariage" ne peuvent qu'être le fruit amer du "mauvais Ligeey yu ndeye". Kadio le pensait déjà mais comme elle nous le dira, "je ne suis qu'un enfant et il n'appartient pas à l'enfant d'en parler, de juger le comportement de sa mère". Et pourtant l'oncle ne cesse d'en parler et de mettre les déboires de K. sur le compte de l'insoumission de sa mère.

Pour K. la solution serait peut être d'aller rejoindre son mari (un quatrième exil). Mais là, la mère même lointaine, fait valoir ses prérogatives de mère en faisant allusion aux pratiques de sorcellerie des femmes africaines du pays où vit le mari de sa fille.

Avant la première hospitalisation de sa fille, elle avait préconisé un recours aux thérapies traditionnelles en parlant de rab. Le clan mâle adverse (l'oncle, le père et le mari) s'y est opposé. Kadio sera donc hospitalisée une première fois pendant une dizaine de jours. Quelques semaines après sa sortie de l'hôpital, les troubles réapparaî

tront intensifiés.

Une seconde fois, elle sera hospitalisée et c'est au cours de ce séjour qu'elle sera orientée à notre consultation. Sa mère informée décide d'agir : elle va venir la voir et peut être la ramener avec elle. Et si elle évoque cette fois le thème de la sorcellerie (des femmes africaines...) ce n'est pas pour expliquer les troubles de sa fille mais pour en prévenir d'éventuelles aggravations. Cette nouvelle tentative maternelle aboutira. Le "Ligeey yu ndeye" comme thématique socio-culturelle permet par ailleurs à Kadio de manier des leviers d'ordre psychologique pour penser que si sa mère n'était pas tout ce qu'on dit qu'elle est, elle n'aurait pas divorcé, elle K. non seulement elle n'aurait pas été sevrée de la présence paternelle, mais elle n'aurait pas non plus été ainsi "trimbalée" dans son enfance, d'un pays à un autre, d'une famille à une autre.

Elle n'aurait pas non plus été si peu préparée à la vie, à la vie d'épouse et à sa "conséquence logique" : la maternité, la procréation. Sa mère aurait veillé à son éducation, à son apprentissage de la vie de femme, à sa "préparation".. Elle lui aurait ainsi donné "ce quelque chose que seule une mère peut donner à sa fille" pour lui permettre, ultérieurement d'être une épouse comblée et une femme féconde.

L'arrivée de la mère au cours de ce second séjour de K. à l'hôpital, et son autorité habituelle, vont permettre finalement à la famille de trouver un consensus : la mère fournit à sa fille un traitement indigène contre ses troubles et des "gris-gris" contre la stérilité; elle propose de l'emmenner avec elle pour la "préparer maintenant" en attendant que le mari, averti et consentant, vienne la chercher dans les deux mois qui suivront. Ce consensus familial allait permettre un bon pronostic.

Dans l'entourage de Kadio, la sarabande de sentiments d'amour et d'hostilité, l'amalgame et la configuration des personnages traduisaient une certaine incohérence; l'entourage ne pouvait qu'être défaillant dans ces conditions et le recours de K. à la maladie et à l'hospitalisation était la seule solution.

Et si la dualité des interprétations de la maladie et des solutions préconisées illustre l'opposition qui existait entre les deux lignages, la maladie même et l'hospitalisation auront permis à K. d'opérer un rapprochement entre les deux lignées.

Deuxième série d'interprétations

Chez Kadio, nous avons retrouvé la plupart des traits de personnalité hystérique, histrionisme, labilité émotionnelle, forte dépendance affective, certains traits d'agressivité, hyperréactivité à des événements mineurs, excitabilité, etc. Comme toute hystérique, Kadio est très dépendante de son entourage, et avide de reconnaissance, d'attention et d'affection.

Elle a toujours eu des relations conflictuelles et agressives avec sa mère vécue, par tous "comme une femme belle, distinguée et fière, indépendante et autoritaire, rebelle et insoumise (...) et qui se croit supérieure aux autres, régnant en maîtresse absolue sur tous ceux qui l'entourent, y compris sur son mari".

Les parents de Kadio, bien avant - et après - leur divorce (Kadio n'avait que 6 mois) , ont toujours entretenu des relations hostiles. Et l'oncle paternel de K. commerçant prospère et heureux polygame, règne lui aussi sans partage, sur son entourage familial dakarois essentiellement composé de jeunes femmes.

Un entourage soumis et trop dépendant de lui. Amoureux depuis toujours de la mère de K., cet homme n'a jamais pu admettre l'indifférence de son ex-belle-soeur à son égard, ni qu'elle lui ait préféré son frère (père de K.) dans le passé. Kadio est au courant de cela; et vivant chez cet oncle, bel homme, riche et relativement jeune, elle n'est pas insensible - bien qu'insatisfaite - au traitement de faveur qui la place sur un pied d'égalité avec les épouses de l'oncle, qui sont à peu près de son âge; elles entretiennent ainsi de véritables rapports de rivalités (*wujjē*) comme cela se passe entre co-épouses; et mieux, Kadio passe parfois pour la plus jeune des femmes de son oncle, nous confiera t-elle. Mais contrairement aux autres femmes de l'entourage, elle n'a pas d'enfant, et il le lui est cruellement et souvent, rappelé.

L'oncle de Kadio est selon la coutume, son "petit père" mais aussi le "petit-mari" de la mère de K.

Cet oncle est donc pour K. un véritable substitut paternel et est à la fois imaginativement vécu comme un mari. Aussi, le grand amour de cet homme pour la mère de K. et ses récriminations contre elle, ont mobilisé chez K. des sentiments de jalousie tout en ravivant son hostilité et son agressivité envers la mère. Dans ce foisonnement de sentiments contradictoires, d'attentes et de déceptions, K. encore empêtrée dans des émois psycho-infantiles, ne pouvait que trouver, dans ce noeud de relations et d'ambivalences, les éléments qui allaient raviver ses conflits psycho-affectifs non encore réglés. Quête d'amour, de reconnaissance, difficultés d'identification, quête d'identité, etc.

Kadio refusait les explications et interprétations traditionnelles de sa maladie. Mais à travers ces refus, c'est sa mère qu'elle met en cause, prenant ainsi le parti de son oncle paternel et de son père. Elle révélera lors des entretiens, ses sentiments hostiles à l'égard de sa mère et de l'accouchement, respectivement modèle d'identification et facteur d'identité chez la femme africaine. Mais elle exprimera également le manque affectif créé par le départ précoce et l'absence du père et aussi le départ précoce et l'absence du mari; elle parlera de son désir d'aller rejoindre son mari et de sa crainte de tomber enceinte dès son arrivée là-bas. Dilemme dont les prémisses sont exprimées, verbalisées. Témoignage d'une difficulté d'identification et d'un quête d'identité chez une femme à qui les événements et l'histoire familiale n'ont pas donné les moyens et le temps de faire le deuil de son enfance et de son adolescence afin de pouvoir s'approprier les lois et modèles de négociation d'une existence "normale" de femme adulte et mariée.

Le mariage - quel qu'il soit - représentait aux yeux de Kadio la possibilité d'échapper à l'autorité et à la "méchanceté" maternelles. Très vite pourtant elle se sera rendu compte que ce mariage la plaçait dans des conditions encore plus draconiennes où la soumission, l'abnégation, le sevrage affectif et sexuel, l'attente longue, l'humiliation, la peur d'être stérile mais également la crainte d'une grossesse, étaient un lot quotidien.

Mais dans la maison de cet oncle, Kadio, malgré les moqueries, railleries et pressions de l'entourage, jouit des mêmes prérogatives que les femmes de l'oncle, hormis la liberté de sortir seule et la possibilité de partager le lit de l'oncle/père/mari.

Un quotidien de frustrations où malgré ses rêves et fantasmes compensatoires, ses désirs adultères et incestueux deviendront insupportables, elle n'est pas insensible aux sollicitations sexuelles du

cousin.

Ces femmes, véritables modèles identificatoires pour Kadio, sont à la fois vécues comme mères et comme co-épouses/rivales; et dans cet espace oedipien, l'enfant qu'on attend de Kadio ne peut être pour elle que l'enfant du père - l'oncle paternel, vécu en Afrique à la fois comme père - l'enfant de l'inceste, l'enfant de la "faute". Cet enfant-là, elle ne peut le donner et pourtant il lui en faut au moins un pour justifier son statut de femme mariée mais aussi pour éviter une éventuelle co-épouse.

Chez kadio, à la difficulté d'effectuer le deuil de ses premières attentes infantiles s'ajoutera le départ "précipité" du mari qui réactualisera le drame du départ précoce, de l'abandon de son père, ce père qui l'a quittée "quand elle n'avait que 6 mois".

La maladie et l'hôpital auront servi de scène (de théâtre) où Kadio venait transposer le drame aux multiples facettes de son existence de femme; mais ils auront servi également aux deux familles, d'arbre à palabres, lieu de concertations et de conciliations.

Le départ de Kadio pour aller s'installer provisoirement avec sa mère afin de préparer son futur départ auprès de son mari, était l'évènement qui allait sceller, structurer et sécuriser sa vie de femme et lui permettre enfin de s'épanouir dans une maternité dont elle acceptait désormais l'idée avec sérénité et confiance.

Aminata

ou la légende de "Coumba l'orpheline"

Aminata est une jeune femme Lébou de 23 ans, mariée sans enfant, vivant à Dakar chez les beaux-parents, qui a été hospitalisée au service de Psychiatrie pour "crises hystéroides", hospitalisation ardemment voulue par elle et farouchement refusée par sa famille qui, elle, préconisant un traitement traditionnel, dût céder.

Tout a commencé un soir par une rage de dents dont se plaignait Aminata. L'intensité des symptômes qu'elle présentait poussa les beaux-parents à l'acheminer à l'hôpital Principal d'où elle a été réorientée, après administration d'un calmant, sur "Fann". Ne pouvant lui trouver une place à l'hôpital que le lendemain, les beaux-parents profitèrent de ce délai pour avertir la tante maternelle de Aminata, qui l'a élevée jusqu'à son mariage. Et ils décidèrent ensemble de l'amener voir un guérisseur malgré son refus forcé. Mais c'est devant une crise encore plus intense d'Aminata chez le guérisseur, que les beaux-parents et sa tante se résignèrent à l'amener à l'hôpital. Les crises présentées par elle n'ont pas été observées dans le service et leur description a été obtenue par l'anamnèse et les témoignages faits par sa tante maternelle qui l'accompagnait.

Avant cette crise épileptiforme ayant précipité son hospitalisation, Aminata, depuis l'âge de huit, dix ans, se plaint de céphalées tenaces ayant nécessité une hospitalisation dans le passé à "Principal"; mais elle fait également depuis l'âge de sept ans des évanouissements fréquents, aux causes multiples, survenant quand elle se trouve dans une foule, dans un autobus aux heures de pointe, quand il fait excessivement chaud et qu'elle se trouve de surcroît dans la cuisine ou tout simplement lorsqu'elle est énervée et contrariée.

Quand survient la crise, elle dit voir tout d'abord un "ballet d'étoiles" qui s'estompent pour laisser place à une atmosphère blanche, puis c'est le blanc total, elle ne distingue plus rien et c'est alors qu'elle tombe et s'évanouit. Au réveil, elle a la langue pâteuse et un goût amer et désagréable dans la bouche, mais jamais de morsure de la langue ou de perte d'urine ou de blessures.

Elle semble accepter tout naturellement ses crises d'évanouissement qu'elle explique par le fait qu'elle ne supporte pas la foule ni les chaleurs extrêmes. Par contre ce qui la gêne et qu'elle voudrait qu'on traite, ce sont les douleurs qu'elle ressent dans la tête et dans tout le corps. Ces douleurs surviennent lorsqu'elle a un choc émotionnel et qu'elle ressent comme un coup qu'on lui assène sur le crâne; ce qui lui provoque des douleurs atroces qui migrent vers le bas : la nuque, la colonne vertébrale avant de se répandre dans l'ensemble de son corps. Elle ressent dans le même temps une forte soif et une boule dans la gorge qui l'empêche d'avaler quoi que ce soit ou même de parler.

L'histoire d'Aminata

Née sur la Petite Côte (à quelques kilomètres de Dakar), Aminata est la seconde d'une fratrie de 3 enfants : un frère aîné et une soeur cadette de vingt et un ans.

Les parents ont divorcé juste avant la naissance de cette dernière, elle avait deux ans. Les parents se sont remariés chacun de son côté, le père élevant l'aîné, la mère la cadette et Aminata, elle, a été confiée à sa tante maternelle.

Cette tante, première épouse sans enfant d'un mari polygame, élèvera Aminata jusqu'au mariage.

Aujourd'hui mariée et sans enfant - deux fausses couches -, Aminata vit chez ses beaux- parents dans un climat conflictuel. Le mari vit et travaille à plus de 400 km de là et ne vient voir sa femme et sa famille que les fins de mois. Cette famille du mari est composée du père, de la mère, de deux petites soeurs et d'un frère cadet.

La première fois que j'ai rencontré Aminata, j'avais affaire à une femme-fille effacée et timide, mince et petite de taille; quelconque et sans relief, elle ne paraissait avoir guère plus de seize ans. Elle était vêtue d'une camisole et d'un pagne qui lui donnaient l'allure servile d'une jeune 'mbindaan' (employée de maison) et affichait un comportement de jeune adolescente malheureuse maltraitée par sa famille mais résignée à son sort.

Aminata, une fois hospitalisée, m'a été adressée pour psychothérapie au bout de plusieurs jours d'hospitalisation, par l'interne du "ser

vice des dames" qui la traitait.

Après l'écoute du bref exposé de sa maladie, par sa tante qui incriminait naturellement les 'rab' familiaux (de la lignée maternelle), devant le mutisme et l'absence de réaction d'Aminata, je l'invitais à me raconter - si elle le jugeait utile - ce qui s'était passé.

Exposé de la tante :

"C'est de sa faute, 'warugal am defu ko...' (*elle n'a pas fait son devoir*)... on ne peut pas naître, trouver des manières de faire, des habitudes dont l'origine remonte à nos ancêtres ('su nu baxu maam') et les fouler du pied. Dans la vie, si tu ne sais pas d'où tu viens (par la méconnaissance des valeurs du groupe...), tu es pareil à un 'rab' (ici dans le sens d'une bête sauvage) qui ne pense qu'à manger, boire et dormir, survivant ainsi mais sans jamais être en paix dans la vie.

"Et si elle veut vivre et s'épanouir - "Dieu merci" - comme sa mère et moi, il faut qu'elle fasse comme nous qui avons fait comme nos mères qui elles, ont fait comme leurs mères.

"Li ko war xam na ko way nango u ko (*elle sait ce qui lui incombe mais refuse de s'y soumettre*); "nit dou ngou la fal ngay daw" (*lorsqu'on est l'élue des 'rab', on ne doit pas se dérober*); ce qui lui incombe, si elle l'avait fait, elle ne serait pas là aujourd'hui. ('li ko war su ko defoon, li ko dal, du ko dal').

"Te yit, kuy tuki, dank koy wath (*un voyage ça se prépare*).

"Ba adduna baax, soy seyi sa kër goro, dank koy wath ak say mbokk (*Quand le monde n'était pas ce qu'il est devenu de nos jours - entendez traditionnellement, avant tous ces bouleversements et changements de notre époque -, lorsqu'une jeune mariée devait rejoindre le domicile conjugal et surtout lorsqu'elle devait y cohabiter avec sa belle-famille, elle ne s'y rendait pas seule et "nue", sans prière ni protection magique, par des "gris-gris" d'un marabout*). Cette famille (la famille du mari), ce n'est pas la sienne, elle ne les connaît qu'ici, Aminata ne connaissant rien d'autre, devait comme tout bon enfant prendre des précautions.

Aminata a fait fi de tous ces rituels ! Or 'ku tak kou oul do mën béré' (*quelqu'un qui ne s'est pas bien ceint les reins aura du mal à lutter*). Les lutteurs pendant le corps à corps se tiennent l'un l'autre par le pagne ceint aux reins, par la ceinture. Mais c'est également chez les Wolof la taille l'endroit corporel privilégié où l'on porte les talismans ou gris-gris.

"Son mari n'a qu'elle comme épouse mais ses belles-soeurs qui vivent dans la maison ne l'aiment pas et lui veulent du mal.

"C'était à elle de se prémunir de tout cela. Or elle n'a pas voulu "s'armer" et s'assurer d'avance sa sauvegarde.

"Qui vit de nos jours sans aller voir un marabout ? La vie est ainsi faite, on ne peut pas la changer.

"Seytaane et la maladie, c'est pareil ! Si tu ne les "terrasses" pas, c'est eux qui t'extermineront. La vie, faut terrasser pour ne pas te faire terrasser."

La tante dans son exposé invoquera successivement les 'rab' familiaux, la sorcellerie-anthropophagie, le maraboutage, le 'seytaan', la maladie 'rek'

Pourquoi l'hôpital ? La tante répond :

"Quand elle ira mieux et qu'elle se libèrera de ce qui la "tient" et qu'elle retrouvera son 'saggo' (*sa raison*) ici, peut-être acceptera-t-elle qu'on aille voir "d'autres" qui pourront l'aider à faire ce qu'elle aurait dû faire depuis belle lurette.

"Car refuser d'aller voir un marabout ou un guérisseur c'est qu'elle a vraiment perdu la raison; ou en tout cas c'est qu'il y a quelque chose en elle.

"Cette maladie s'accompagne de "quelque chose"; ce n'est pas une maladie 'rek', quand Aminata "tombe", on dirait un épouvantail ramolli (un pantin désarticulé) qui s'affaisse. D'accord, elle est petite et maigre mais quand même tomber comme ça sans être malade "rek", ça n'est pas normal.

Curieusement, ce qui manifestement et explicitement gênait Aminata, dans sa maladie, ce n'était pas le côté visible inquiétant et gênant de cette maladie mais plutôt les aspects discrets et intérieurs.

Mais au-delà de ces aspects physiologico-fonctionnels (céphalées, raideur de la nuque ...), "boule à la gorge, impossibilité d'avaler, de parler", très vite elle en arrivera aux conflits relationnels, aux douleurs morales, aux problèmes de filiation ("ils n'étaient pas mes vrais parents"), mais également d'alliance (la jalousie et la rivalité de ses belles-soeurs) de son existence.

Il nous semble qu'Aminata exprime une problématique de double :

- Ses évanouissements et chutes en public dans une ambiance de proximité corporelle et de chaleur qui évoque la transe de possession; et ceci est d'autant plus net qu'elle nous fait comprendre clairement que ce n'est pas ce qui la gêne; en d'autres termes, c'est :
 "Ne touchez pas à mes chutes et évanouissements, ce n'est pas de votre ressort; soignez tout le reste ou plutôt aidez-moi à retrouver l'autre partie de moi."

Dans son enfance malheureuse, Aminata s'est enfermée avec son double "Coumba l'orpheline" pour faire bloc avec elle; ce qui l'aidait à supporter sa situation et à rêver d'une vie future de femme mariée heureuse et comblée qui prendrait sa revanche...

Un double traumatisme : physique (avortement), et psychique (la révélation que ceux qu'elle prenait pour ses parents, n'étaient pas ses vrais parents... Ses parents l'avaient abandonnée, le nouveau refus dont elle est l'objet de la part de ses beaux-parents).

Mais ce dernier traumatisme psychique d'Aminata s'est aggravé de l'impossibilité d'accéder désormais dans son nouvel univers aux défenses culturelles en tout cas à son double "Coumba l'orpheline" et c'est là que le thème du fiancé 'rab' non nommé et dénié prend valeur de compromis et ses troubles somatiques de support -les mauvais traitements qui encourageaient son refuge auprès de son "double" Coumba l'orpheline qui évoque Cendrillon- les chutes et évanouissements n'ont jamais véritablement inquiété son entourage familial qui mettait cela sur le compte du rab.

Aminata unifiera sa mère et sa tante, les rejoignant par sa maladie et sa stérilité. Et son hospitalisation aura permis de resserrer les liens avec sa belle-famille même si son inquiétude demeure :

"Ce qui est embêtant c'est que lorsqu'on a été hospitalisé à Fann, aux yeux des gens, on reste toujours une malade mentale."

Lors du premier entretien, Aminata, d'une voix monocorde qui ne paraissait pas provenir d'elle, fit une description minutieuse de ses symptômes avec l'indifférence caractéristique de l'hystérique.

- Sa rage de dents :

"J'avais l'impression que quelque chose comme un liquide, ou un serpent, circulait dans ma bouche, ma mâchoire, dans ma dent.

C'était douloureux et agréable en même temps...

M.M : Et cela se répandait le long du corps comme les douleurs de la tête ?

Aminata : " Oui mais par devant!" (*illustrant ses propos par son doigt qu'elle introduit dans sa bouche le serrant de ses lèvres arrondies en cul de pouie*).

M.M : Et cela finissait, comme les douleurs de la tête, (par une forte soif et une boule à la gorge qui vous empêche d'avaler quoi que ce soit ou même de parler ?)

Aminata : "Non ! Une forte angoisse m'envahit. J'ai très peur et je ne peux plus bouger".

M.M : Avez-vous une vision qui accompagne ces sentiments d'angoisse, de peur ?

Aminata : " Je suis comme le bonhomme de Michelin, je ne peux plus bouger ; tout le monde bouge, indifférent, autour de moi et, en moi il ya beaucoup de choses qui bougent; ça me chatouille et c'est un peu désagréable".

M.M : Avez-vous une idée de ces choses qui bougent en vous ? Le liquide dont vous parliez, le serpent ?

Aminata : "C'est comme du liquide".

M.M. : Du liquide qui se transforme en serpent ? Qu'évoque pour vous le serpent ?

Aminata : "J'ai très peur des serpents. Mais chez nous les Wolofs, on dit que lorsqu'on rêve de serpent, c'est qu'on va avoir un enfant".

M.M : Vous en avez peur ?

Aminata : "Quoi des enfants ? non! Mais à quoi bon en avoir si je dois les abandonner comme mes parents ont fait avec moi ?

"Et puis vous savez, on n'en meurt pas de ne pas avoir d'enfants. Regardez ma tante, elle n'a jamais pu en avoir. C'est à croire qu'elle n'en voulait pas car elle n'a jamais voulu de

moi... comme ma mère d'ailleurs...

"On s'abandonne comme ça que les "doomu rab, doomu jinné' (enfants des esprits ou enfants des 'jinns').

M.M : Voulez-vous dire par là que vous en êtes ?

Aminata : "Je ne sais pas ! En tout cas, il m'a semblé, il ya fort longtemps, avoir entendu ma tante y faire allusion, un jour où en revenant de l'école je me suis fait renverser par une voiture... j'ai failli mourir..."

M.M : Vos céphalées et vos évanouissements remonteraient-ils de la même période ?

Aminata : "Je n'en suis pas sûre mais je pense bien... et ma tante disait souvent à l'époque, qu'avec le choc de l'accident, si je m'en suis sortie vivante et sans rien de cassé, on devait remercier Dieu mais elle se demandait bien "de qui j'étais la fille, d'un 'rab' ou d'un 'jinné' ?"...

A la séance suivante Aminata reprit exactement là où l'on s'était arrêté précédemment.

Aminata : "Ma tante me maltraitait et me battait beaucoup... très vite, j'ai appris à ne plus crier, ni pleurer ni fuir ses coups... et étant donné que j'étais trop maigre et trop petite par rapport à mon âge (disait-on) mon côté impertunable l'exaspérait et elle disait "tu ne ressembles pas à un être humain, tu n'en es pas, je ne sais pas ce que tu es... tu ne seras pas une femme et je ne vois pas pourquoi je vais me tuer à vouloir faire de

toi un humain... un fils adoptif n'est pas un vrai fils ("Doomu jitlé du doom"), je ne vais pas m'user la santé...

"Il faut dire qu'à chaque fois qu'elle me battait ou qu'elle me répétait ces propos injurieux, pour avoir la force de tenir je chantais intérieurement ceci : Oh ma fille, tu n'as ni père ni mère, tu es orpheline, tu n'as personne, soit patiente et sache attendre, un jour viendra et ta peine et ta vie dure ne seront qu'un mauvais et lointain souvenir... Patiente".

M.M : Vous étiez "Coumba l'orpheline" de la légende (Voir annexe)

Aminata : "Parfaitement ! je m'endormais souvent avec cette pensée... mais je finis un jour par me renseigner hors de la maison, sur le sens des propos de ma tante selon lesquels "un fils adoptif n'est pas un vrai fils"... à partir de ce jour là je ne pouvais plus l'appeler "maman"... et puis, à l'école, je me suis aperçue que le nom inscrit sur mon dossier scolaire différait de celui de l'homme que je prenais pour mon père, c'est à dire le mari de ma tante... j'ai alors tout compris mais je n'en continuais pas moins à l'appeler "père" (voir annexe).

Maurice Dorès (3) note : "A l'hôpital psychiatrique, l'axe majeur du conflit latent ou patent, chez de nombreux patients est le fait d'avoir été élevé par un oncle, une tante, ou une grand-mère (-.). Il faut insister sur le caractère unique et irremplaçable des parents géniteurs et en particulier de la mère".

Ce dont témoigne le proverbe bouleversant et angoissant selon lequel "un fils adoptif n'est pas un vrai fils" (voir annexe); Aminata en fera les frais.

Selon Aminata, cette découverte eut pour conséquence une certaine distanciation dans ses rapports affectifs avec ce couple qu'elle prenait pour ses parents géniteurs.

Aminata : "Mais ce fut plus terrible encore quand plus tard l'on me parla de mes vrais parents, m'apprenant qu'à leur divorce, mon père est parti avec mon frère aîné, ma mère, elle, garda ma soeur cadette ; tandis que moi, je fus abandonnée à ma tante... donc mes parents ne voulaient pas de moi... je leur en ai beaucoup voulu, je leur en veux beaucoup encore...

"... Comme j'en veux à ma belle-famille qui ne me supporte pas, qui me déteste moi la femme de leur fils et frère aîné... personne ne m'adresse la parole à la maison, on me fait manger avec les domestiques et utiliser leurs commodités... cela m'était insupportable, et lorsque je me révoltais ou que j'en parlais à mon mari, il prenait toujours parti pour sa mère et m'accusait de tous les malheurs de la famille"...

M.M : Que vous reprochaient-ils ?

Aminata : "Rien de très précis, mais la question d'un enfant les préoccupe beaucoup, ça revient souvent dans leurs propos ; et tout est pour elles une occasion de me rappeler que ce n'est pas normal que je n'aie pas encore donné d'enfant à mon mari, et qu'une union sans enfant est vouée à l'échec, la répudiation de la femme..."

"Mais est-ce de ma faute si j'ai fait ces deux fausses couches ? N'étaient-elles pas dues à leur sarcasme et aux mauvais traitements qu'elles m'infligent à longueur de journée ?

"Je ne mange jamais à ma faim et les dures corvées on me les fait partager avec les bonnes... sans parler des injures, des calomnies et des réflexions désobligeantes qu'elles font sur ma maigreur et sur ma petite taille... Ma belle-mère et mes belles-soeurs se demandent encore d'où mon mari m'avait sortie; elles disaient que je ne ressemblais pas à un être humain, que je n'avais rien d'une femme ni physiquement, ni sur le plan des capacités de procréation, et qu'à défaut d'être procréatrice, je serve au moins à quelque chose, aux tâches ménagères... en attendant qu'elles trouvent une vraie femme à leur fils et frère.

"il ne me restait plus qu'à faire mes bagages et leur laisser leur maison... mais pour aller où ?

"En divorçant ou en quittant tout simplement le domicile conjugal ('fay'), je ne peux aller ni chez ma tante, ni chez mon père, ni chez ma mère qui ne voudra pas de moi...".

En effet, Aminata, après la célébration de son mariage, était soumise par la coutume à des règles de conduite, des rites et des procédures auxquels, en accord avec son mari, elle n'a pas voulu se prêter.

C'est ainsi que le soir de son mariage, elle a passé la nuit avec son mari à l'hôtel, ensuite elle a directement rejoint le domicile du mari et s'y est installée sans avertir sa famille.

Aminata échappait ainsi à une double contrainte dont le non respect allait entraîner, de part et d'autre, des réactions hostiles à son égard.

Aminata a évité le 'jebbélé', cérémonie rituelle de la nuit de noces ; l'occasion pour sa famille (ou pour les deux familles) de vérifier si jus

qu'à cette occasion, Aminata avait su préserver sa virginité; virginité qu'elle avait perdue, bien avant son mariage, avec celui qui allait devenir son mari.

Elle échappait donc à l'opprobre, à la honte. D'autre part, le mariage représentait pour Aminata l'occasion de quitter pour toujours le domicile de sa tante, d'échapper à sa tutelle et de mettre à jamais un terme à la dure existence qu'elle y menait. Donc une fois le mariage célébré, Aminata ne voulait pas rester un jour de plus dans cette maison. Elle ne voulait pas attendre le 'ceet', autre cérémonie rituelle au cours de laquelle, sa famille, après l'avoir dûment préparée - et équipée en vêtements neufs, en ustensiles de cuisine et autres accessoires ménagers - devait, au vu et au su de tous, la conduire, à travers chants, danses et recommandations diverses au domicile du mari où elle allait désormais résider.

La non observation de ces coutumes permettait également au mari d'échapper aux dépenses considérables qu'allait entraîner l'organisation de ces cérémonies. Si l'honneur d'Aminata était sauf, elle perdait, elle, en considération, en estime et en respect.

En effet, le fait qu'une jeune femme mariée passe outre ces coutumes représente pour sa famille une offense difficilement pardonnable. La famille s'estime lésée dans ses droits et pense qu'aux yeux de l'entourage social et de la famille du mari, sa crédibilité et son autorité sont sapées. Elle pense également que la jeune femme ne pourra pas être respectée ni par son mari, ni par sa belle-famille et par ses amies.

Dès lors, la jeune femme, devant une mésentente avec son mari ou devant des difficultés conjugales apparemment insurmontables, pour

ra difficilement faire appel à sa famille ou y trouver refuge et consolation.

Quelques jours plus tard :

Aminata : "Je me sens piégée dans mon existence, dans mon 'sey'(ménage conjugal)... il faut qu'il y ait "lu ma tekki" (*quelque chose qui me délivre*)"

Là, les éléments culturels persécutifs donnent une articulation du discours d'Aminata aux thèmes traditionnels de possession (par les 'rab') et du "maraboutage".

M.M : Voulez-vous dire que quelque chose en vous, fait penser qu'une "force" vous retient malgré vous ?

Aminata : "Oui ! C'est comme si une "force" m'avait pénétrée par la tête, en devenant maîtresse de tous mes actes, annihilant toutes mes pensées saines, et "ligotant" en même temps, en moi, toute volonté, toute décision, toute initiative cohérente et tout sentiment de révolte..."

M.M : Là vous êtes comme "Coumba Siré" l'orpheline après sa rencontre avec l'esprit protecteur mais également c'est comme si vous étiez "possédée" par les 'rab' familiaux et à la fois, "maraboutée" par les membres de votre belle-famille.

Aminata : "Mon Dieu, j'en ai peur!"

M.M : De quoi avez-vous peur, d'être "l'élue" des 'rab' familiaux ou la victime d'un "maraboutage" ?

Aminata : "Je n'ai pas de 'rab' ! C'est ma tante qui en parle; et si ça l'arrange qu'on mette sa stérilité sur le compte des 'rab', moi je ne suis pas stérile et je n'ai pas de 'rab'.

M.M : Comment expliquez-vous alors votre peur mais également votre frayeur et la "crise" que vous avez faite lorsque votre tante vous a emmenée en consultation chez un guérisseur - maître de "ndëp" ?

Aminata : "Mais c'est parce que je voulais être soignée à l'hôpital; iriez- vous en consulter vous des guérisseurs ?"

M.M : Si vous estimez qu'ils peuvent vous être d'une quelconque aide, vous êtes tout à fait libre de les consulter; et cela n'est nullement en contradiction avec le traitement que vous suivez ici.

A la séance suivante, Aminata toute belle et souriante dit tout en vrac:

"Ma tante va me faire un 'tuuru' à l'autel familial et peut-être même un 'samp'; et ma mère a décidé de m'amener voir un marabout pour qu'il fasse des prières pour moi et qu'il me donne "quelque chose"..."

Aminata est victime de son écartèlement entre deux positions contradictoires :

Une qui se veut "moderne", émancipée et dans laquelle elle serait affranchie de la tutelle familiale et des contraintes et devoirs sociaux, culturels et coutumiers. Donc une femme émancipée, libre, mais dont l'existence quotidienne et l'épanouissement personnels seraient garantis, assurés et renforcés - sans prix à payer - par les prérogatives et avantages liés à son statut de jeune femme mariée et unique épouse d'un mari fils aîné de sa famille, un mari au statut socio-professionnel envié de tous.

On lui devrait ainsi respect, affection, estime et admiration aussi bien du côté de sa propre famille que de celui de sa belle-famille et de son mari dont elle était appelée à être la mère des enfants.

Mais pour cela il y avait un prix à ne pas discuter et Aminata n'avait pas voulu le payer. Et en conséquence, elle ne récoltait que mépris, médisance, calomnies, railleries, manque de respect et de considération de leur part.

Et ces "manques" étaient d'autant plus insupportables, pour Aminata, qu'ils étaient vécus comme les prolongements dramatiques et incontournables des manques affectifs de son enfance et de son adolescence malheureuse.

Le mariage, très tôt, a déçu Aminata, ne lui procurant pas ce qu'elle en attendait, et elle dira :

"Ma vie sexuelle au début était satisfaisante, j'étais comblée dès l'instant où pour moi, la première fonction de la sexualité était de pouvoir jouir pleinement de son corps... j'avais des relations espacées avec mon mari qui vivait loin ailleurs mais cette rareté des rapports me convenait dans la mesure où je craignais de ne plus en avoir envie si l'on devait se voir

et faire l'amour tous les jours... l'idée m'est insupportable, d'ailleurs, pour tout dire, je m'en passerai bien...

"Mais l'assujettissement de mon mari à sa mère, son immaturité, sa passivité complice devant les mauvais traitements qu'on m'infligeait, m'ont très vite fait reconsidérer mon opinion sur cet homme que jusqu'ici, je trouvais remarquable, tendre, patient, amoureux et très tolérant.

"Il m'apparaissait dès lors sous son vrai visage... je n'avais en fait pas affaire à un homme mais à un irresponsable... comme mon père...

"C'est par la suite que je me suis mise à penser beaucoup à une bande d'Européens, des voisins qui me faisaient, à chaque fois que l'occasion se présentait, des avances assez agréables auxquelles d'ailleurs j'étais très sensible... mais je ne pouvais pas tromper mon mari avec ces gens-là car ça ne serait pas passé inaperçu... c'était trop risqué... Alors que si c'était des Africains, peut-être que je me serais laissé aller... mais là également cela n'aurait pas été possible sans être su car mon mari est trop connu. Alors, pour ne pas être tentée par le 'seytaané', je me cloître à la maison en attendant de pouvoir divorcer un jour".

Ultérieurement, Aminata nous fera part de deux rêves :

Aminata : "Dans ce rêve qui revient souvent, je rêve de quelqu'un - et il ne s'agit pas de rab, ça j'en suis sûre - un Européen que je connais bien même si je ne vois pas son visage; je le vois entrer dans ma chambre (comme mon beau-frère avait l'habitude de le faire avant...) avec discrétion sans frapper à la

porte... il me fait des propositions salaces, et avant même que je ne l'y autorise, il vient dans mon lit. Après je ne sais plus.

"Dans le second rêve, ce type et moi, sommes en voiture et tout à coup, il y a devant nous un écran blanc qui nous bouche la vue... mais aussitôt après, il se déchire pour laisser apparaître trois hommes qui avancent vers nous... des Africains... mon ami se tourne alors vers moi et me demande avec empressement de faire l'amour avec lui, je refuse et à partir de ce moment, tout se voile et je ne sais pas si je me fais violer, ni par qui..."

"A mon réveil, je suis très gênée... vous comprenez, j'ai peur d'être envahie par mon désir et mon plaisir, car mes orgasmes sont trop intenses.

"J'ai besoin plutôt d'un peu plus d'attention, d'affection et de dialogue; et en me mariant, je pensais que mon mari comblerait tout ce dont j'avais été privée pour faire de moi un être humain, envié et respecté.

"Mais je constate qu'ils n'ont jamais rien su me donner de ce que j'attendais ni mon mari, ni mes parents géniteurs, ni mes parents adoptifs et encore moins mes beaux-parents."

M.M : Quoi, ce qui manque pour être sûre d'être une femme et une bonne mère ?

Aminata : "Aucun d'entre eux n'a fait son devoir et j'ai peur de ne pas savoir ce qu'est le mien... comment être sûre de ce qu'est vraiment mon devoir ? Ce qu'ils veulent, c'est trop, et j'ai peur de ne pas savoir..."

M.M : Votre peur, ne serait-elle pas à la fois celle d'être stérile et celle de la fécondité ? Stérilité qui confirmerait votre statut d'"élue" du 'rab' et fécondité qui risquerait de mécontenter ce 'rab' ;

donc la peur de l'impossibilité de satisfaire à la fois les uns et les autres ?

Aminata : "En effet, les deux éventualités me font peur car d'une façon ou d'une autre, on a toujours le 'rab' en soi, lorsqu'on est jeune femme lébou de père comme de mère.

Ce 'rab' peut ne jamais se manifester, vous laissant en paix ou détruisant uniquement vos grossesses ; mais il peut aussi se manifester pour exprimer son mécontentement; et, à ce niveau, tout est possible, la maladie 'rek', la folie ou la mort".

Quelques jours plus tard :

Aminata : "Je crois bien que je vais faire un 'tuuru' et partir ensuite rejoindre mon mari dans la ville pour m'y reposer et peut être même m'y installer. Je crois bien qu'il sera d'accord... Avec mon hospitalisation, ma belle-famille est revenue à de meilleurs sentiments, ils s'occupent bien de moi... mais le seul inconvénient maintenant, c'est que lorsqu'on a été hospitalisé à "Fann" chez les fous, on est automatiquement étiqueté comme fou..."

Les repères traditionnels

Aminata a voulu être hospitalisée malgré le refus de son entourage qui, pressentant le 'rab', l'a acheminée chez le guérisseur, sans grande conviction, mais plutôt par pur réflexe. Cette hospitalisation est pour Aminata la seule alternative pour éviter le milieu conflictuel et rejetant de sa belle-famille, pour prendre du recul et re-penser ses déboires. L'hôpital devient le lieu de l'expression de ses déconvenues familiales et conjugales, de l'expression de ses besoins d'affection, d'échanges, de reconnaissance et d'écoute; lieu pour exprimer sa volonté d'exister malgré tout.

Si elle réfute les explications traditionnelles et le recours à un tradithérapeute pour sa maladie, ce n'est point parce qu'elle n'y croit pas - au contraire, elle est convaincue que le 'rab' est en elle, agit en elle - , mais plutôt parce que les accepter, c'est accepter son sort d'"élue" des 'rab', vouée à la stérilité ou à la non procréation.

Ses deux fausses couches ont fait parler autour d'elle; on a pensé aux 'rab', sa grand-mère maternelle en avait, sa mère également. Elle Aminata, l'"ainée" de sa mère et l'ainée des filles pourquoi y échapperait-elle en bonne et digne Lébou ? Mais pourquoi est-elle tenue d'accepter ce sort, ce rôle, ce statut elle qui, en aucun moment de sa vie et de son éducation n'a été préparée à cela ? Ni par sa mère (qui l'a "abandonnée"), ni par sa tante (qui ne l'a jamais considérée comme sa vraie fille) ni même par sa 'bajjen'. La réponse, floue, timorée, sera néanmoins sans appel. Elles ont failli à leurs devoirs, elle faillira au sien.

Mais dès lors, quelle peut être la place d'une femme stérile ou sans enfant dans un milieu comme le sien ? D'accord elle n'est pas stérile

comme sa tante mais qu'est-ce que cela change si elle devait perdre toutes ses grossesses avant terme ?

Comment faire, et que faire ? De part et d'autre on attend, on souhaite, on exige d'Aminata un enfant. Sa tante qui l'a élevée attend malgré tout, qu'Aminata, par la naissance d'un enfant, efface, essuie sa honte et paye sa dette à elle envers la société ; elle qui n'a jamais pu avoir d'enfant, à cause des 'rab' dit-on. Sa mère "qui n'a pas voulu d'elle" espère avec un petit-fils, réparer. Sa belle-mère, quels que soient ses sentiments à l'égard de sa bru, espère d'elle un petit-fils ; l'enfant de son fils aîné, qui serait le premier petit-fils de la famille. Après tout, Aminata lui doit bien cela, elle qui lui "pris son aîné".

Le mari aussi veut un enfant et ces fausses couches l'exaspèrent et il commence à s'en prendre à sa femme ; ce qui pousse les femmes de la concession - principalement sa mère et ses soeurs à lui - à envisager plus sérieusement de lui trouver une seconde femme si Aminata n'est pas répudiée d'ici là. Et la raison serait suffisante, on est en milieu africain ; on ne badine pas avec une femme - unique épouse - qui ne peut pas donner d'enfant à son mari. Tout le monde comprendra les motifs de sa répudiation.

Aminata dira : que comme tout Lébou, ils ont des 'rab', "ils sont toujours en nous, même s'ils restent tranquilles". Seulement, leurs 'rab' se sont déjà manifestés et certainement pour exprimer leur mécontentement ou simplement leur existence à leurs "élues". Pour preuves, la mère d'Aminata, aux lendemains d'un accouchement, a fait des "crises"; 'dafa doon daanu" ("elle tombait, elle faisait des chutes"). On a aussitôt parlé de 'rab' comme si on les attendait. La famille lui a fait des 'tuuru' et un 'samp'. Personne n'en a parlé, personne n'en parle et encore moins à Aminata. Et pourtant elle sait et

pense même que sa mère fait souvent des "chutes", 'dafay criis' (elle fait des crises).

Aminata en arrivera même à penser que le fait d'avoir été abandonnée à sa tante était pour sa mère une façon de l'éloigner et de la préserver des 'rabs', de la mort. Mais elle se demande également si sa mère ne s'est pas débarrassée d'elle parce qu'elle la prenait pour une 'doomu rab' (un enfant de 'rab').

La soeur cadette d'Aminata, - élevée elle par sa mère - est mariée et a un enfant. Selon Aminata, cet enfant chétif et maladif n'a pas l'air normal; sa mère (soeur d'Aminata) est elle aussi sujette à des "crises" comme celles d'Aminata ; "je crois qu'elle est malade de la tête", dira Aminata mais "dans la famille, on a retenu l'hypothèse du 'rab'", confirmée d'ailleurs par un marabout qui a dit que ses 'rab' sont 'mer' (mécontents). Le sont-ils parce que cette soeur n'a pas fait les sacrifices nécessaires, ni effectué les rituels indispensables ? Toujours est-il qu'Aminata pense que si les 'rab' de sa soeur sont mécontents, c'est parce que celle-ci a mis au monde un enfant dont la vie est d'ailleurs menacée.

Mais la famille a quand même fait un 'tuuru' à la petite soeur et pourtant les "crises" persistent.

"Ma tante est la seule à n'avoir jamais fait de "crise", certainement parce qu'elle n'a pas d'enfant; au début de son mariage, craignant une stérilité parce qu'elle tardait à avoir un enfant, elle a fait plusieurs 'tuuru', mais elle n'a pas eu d'enfant."

Quelques considérations cliniques

La problématique d'Aminata ressemble sur beaucoup de points à celle de Kadio :

- Des relations conflictuelles dans un entourage hostile, un refus d'enfant, une grossesse qui tarde à venir, un environnement exigeant et en attente d'un témoignage de "normalité" qui passerait par une fécondité, par une maternité;

- L'absence du mari vécue comme un abandon, réactualisant le drame infantile d'abandon où le personnage du père et celui du mari se superposent et se confondent;

- Un entourage hostile où la solitude, les récriminations, le mépris du milieu environnant, la soumission, les frustrations affectives et sexuelles, les attentes, l'humiliation, la "stérilité", le refus d'enfant et les désirs d'adultères sont quotidiens.

Chez Aminata :

- L'absence de modèles identificatoires satisfaisants (une mère qui divorce et l'abandonne, une tante/mère "méchante" et "stérile" qui finira elle aussi par la rejeter, une belle-mère et des belles-soeurs "méchantes" et "jalouses" qui la rejettent et la traitent comme une co-épouse, une rivale, ou pire, comme une domestique);

- L'absence de repères affectifs sécurisants (elle est coupée de ses parents géniteurs, de ses parents adoptifs et est en perpétuels conflits avec sa belle-famille et avec son mari), lui laisseront comme uni

que alternative, la maladie et l'hospitalisation.

De son enfance "trouble" à la vie de femme mariée, Aminata n'a connu qu'une succession de milieux familiaux "hostiles" où les relations conflictuelles ne lui laissaient aucun espace de réaménagement pulsionnel et de revalorisation narcissique. Le passage douloureux d'Aminata - passage semé d'hostilité, de rejets et de mépris - de l'enfance à la vie de femme et de femme mariée s'est fait brutalement sans "initiation", sans apprentissage, sans étape et n'a recélé rien de significativement constructif et structurant qui aurait pu permettre à Aminata de répondre de façon un tant soit peu satisfaisante aux impératifs et obligations que l'entourage était en droit d'attendre d'elle. Aminata ne pouvait "calquer" sa conduite sur celle d'aucune des femmes qui ont marqué son existence.

"Quand j'ai compris que mes parents (adoptifs) n'étaient pas mes vrais parents (géniteurs), la femme (que je prenais pour ma mère) je ne pouvais plus l'appeler "maman", alors que son mari, je continue encore à l'appeler "papa" même si j'ai découvert - sur mon dossier scolaire - que je ne portais pas le même nom que lui".

Ce qui signifierait que, pour Aminata, la mère elle pouvait s'en passer et que ce qu'elle voulait, c'était un père. Tout homme sera vécu, fantasmé comme le père insaisissable et inaccessible et qu'elle croira enfin trouver en la personne du beau-père : "le seul qui m'aimait, me souriait, me parlait et avec qui je m'entendais". Le beau-père véritable substitut paternel.

Mais c'est justement dans ce contexte qu'on attendait d'elle un enfant, or cet enfant ne pouvait être que l'enfant du père. L'enfant de l'inceste ; mais l'enfant aussi qu'elle devait donner à ce beau-père et

à cette belle-famille pour leur avoir pris leur fils aîné, donc l'enfant compensatoire.

Mais comment en même temps raffermir son statut de femme mariée et justifier aux yeux de l'entourage et de la belle-famille, sa présence en leur sein comme bru, sinon en procréant ?

Les troubles d'Aminata apparaîtront en réaction à une situation de perte. Troubles témoignant d'une rupture d'équilibre à partir de conflits à plusieurs niveaux, le plus important étant le conflit de la sphère affectivo-sexuelle et une expérience d'abandon vécue comme insupportable et insurmontable.

Dès lors, comment s'attendre à ce qu'Aminata joue le jeu social, qu'elle respecte la règle du jeu, les règles d'alliance et de filiation, si dès le début, ces règles ont été rejetées et bafouées par ses parents aussi bien géniteurs (qui divorcent et l'abandonnent) qu'adoptifs (stériles et rejetants). "Un fils adoptif n'est pas un vrai fils" disait sa tante/mère).

Et le refus de recourir ou l'impossibilité d'accéder aux modes de défense culturelle et collective la relèvera dans une solitude morale, psychologique, sociale et affective que l'hospitalisation ne fera qu'atténuer en attendant qu'elle acquiert les moyens intra et interpersonnels plus opérants et plus adultes. L'hospitalisation sera pour elle un moyen et l'hôpital un lieu où la parole lui est restituée, une parole "libre".

Yacine

Yacine est une femme wolof d'une quarantaine d'années, mariée, mère de neuf enfants. Elle vit avec son mari et ses co-épouses dans un quartier populaire de Dakar.

Sur sa fiche d'hospitalisation, on note :

Transférée du service de Neurologie après un mois d'hospitalisation pour :

- monoplégie du M.S.D.,
- euphorie;
- crises épileptiformes hémigénéralisées,
- périodes de mutisme total,

qui ont nécessité divers examens complémentaires qui se sont révélés normaux.

Elle sera hospitalisée une première fois en août 19... au service de psychiatrie où l'on notait : malade mutique, visage enjoué, démarche chancelante, de temps en temps chute avec hypertonie et révulsion des yeux.

La malade s'exprimait par des gestes et des cris, affichait une grande indifférence mais aussi des attitudes de théatralisme. Elle se plaignait de céphalées et de douleurs aux seins qui sembleraient être à l'origine des crises convulsives avec révulsion des yeux qui ont motivé son hospitalisation.

Plusieurs entretiens psychothérapeutiques mettront en lumière de nombreux conflits intra-familiaux avec des difficultés relationnelles avec les membres de l'entourage (le mari, la co-épouse, sa fille, etc.). Petit à petit donc, des tremblements des membres supérieurs remplaceront le mutisme de Yacine et la monoplégie. Ensuite une nette amélioration se verra et elle sera exéatée en octobre 19... pour continuer un suivi externe.

Une seconde hospitalisation aura lieu un an plus tard pour - notera l'interne - reprise d'une symptomatologie faite de logorrhée, agitation psychomotrice, agressivité envers l'entourage et crise de type épileptoïde. A l'entrée dans le service, on notera également : mutisme, indifférence, crises faites de chutes sans perte de connaissance mais avec amnésie.

E.E.G. normal.

Les entretiens psychothérapeutiques s'avèreront efficaces; et il semblerait que l'épisode soit en rapport avec de nombreux conflits familiaux

- Ethylisme ++ du mari,
- échec scolaire du fils aîné,
- disputes incessantes avec la co-épouse.

Sur le plan clinique on notera également un apragmatisme avec ralentissement psychomoteur, mais Yacine ne fera plus de chutes. Elle sortira en octobre 19... et sera suivie à titre externe. Le diagnostic posé sera : névrose hystérique grave dans un contexte socio-familial très conflictuel.

Une troisième hospitalisation aura lieu pour :

- mutisme et crises épileptiformes.

Et au cours de l'hospitalisation, l'humeur est bonne mais le mutisme persiste. Elle se plaint de brûlures au creux épigastrique sans que cela soit rythmé par les repas. Elle se plaint également de chaleur sous la plante des pieds, aborde ses problèmes sexuels (dyspareunie et frigidité...) C'est à ce moment-là que nous la prenons en charge, car, une semaine après le début de l'hospitalisation, à la suite de deux visites effectuées par le mari, Yacine a recommencé à parler, pas tout à fait très bien, mais de façon suffisamment perceptible; et elle expliquera avoir retrouvé la voix après une petite crise dont elle ne se souvenait pas mais dont lui auraient parlé ses voisines de chambre dans le service.

On note que le reste de l'hospitalisation se passerait bien si ce n'était des hallucinations visuelles et un ou deux rêves qui revenaient souvent.

Yacine, juste avant sa sortie, posera, lors d'une réunion malades/accompagnants/soignants, la question de savoir "pourquoi elle n'arrive plus, de temps en temps, à parler et qu'au bout de quelques jours d'hôpital, elle retrouve la parole ?".

Yacine chez qui nous retiendrons, dans ses traits de personnalité, théâtralisme, mythomanie, onirisme, personnalité influençable et inconsistante, et une sexualité profondément troublée, sera exécutée après un mois d'hospitalisation.

Mais auparavant, signalons que lors de la première hospitalisation de Yacine en neurologie et lors des deux premières hospitalisations suivantes en psychiatrie, sa fille aînée, son grand fils et sa jeune co-épouse ont fait appel à des parents de Yacine pour lui faire des 'tuuru' à l'autel familial situé à...; selon sa fille, à chaque 'tuuru', Yacine verra une nette amélioration de son état; mais dès son retour à la maison, elle retombait dans un mutisme et dans un état de stupeur; c'est à chaque fois, à ce moment-là qu'on décidait alors de la faire hospitaliser.

A la suite de cette dernière rechute, il y a eu une hospitalisation précipitée sans qu'il y ait eu au préalable un 'tuuru' de Yacine au village. Le mari ne voulant plus avoir à dépenser de l'argent pour ce "rituel superficiel".

Si au moment de cette troisième hospitalisation en psychiatrie Yacine retrouvait une ambiance, un cadre, un personnel soignant et des façons de faire, qui lui étaient familiers, notre rencontre avec elle sortait de l'ordinaire comme les lieux de cette rencontre.

Le premier contact a lieu dans sa chambre d'hospitalisation et je n'ai été présenté ni comme infirmier, ni comme assistant social, ni comme "docteur" mais comme Monsieur M. le nouveau venu qui allait pouvoir l'aider.

Les présentations faites, je n'ai - devant Yacine ni après - consulté ni sa fiche d'hospitalisation, ni la fiche de la courbe de température et du traitement suivi. Je n'ai posé aucune question sur sa santé, ni sur sa maladie, ni sur les conditions d'hospitalisation. Je me suis juste contenté de lui dire que si elle le voulait bien, je souhaiterai qu'elle vienne me parler... à une certaine heure que je lui ai précisée tout en lui indiquant mon bureau. Ce bureau de fortune est la bibliothèque du service que ne fréquentait pratiquement personne sinon des malades désœuvrés et il s'agissait d'une grande pièce aux multiples étagères remplies de livres et de revues scientifiques.

Lorsque Yacine est entrée accompagnée de sa fille, elles remarquèrent tout de suite, l'absence d'étagères à médicaments, de lit aux draps blancs, de blouse blanche accrochée à une patère, de stéthoscope ou de tout autre matériel médical. La fille dit alors :

"Comment, ici il n'y a que des livres, toi tu ne soignes pas avec des médicaments ?"

Yacine répondra en acquiesçant de la tête.

C'est alors que je dis :

"Ici il y a ce qu'on soigne à l'aide de médicaments et ce que l'on soulage autrement".

Yacine parut sortir de la torpeur et me regarda avec attention.

Sa fille dit :

"Oh je sais, on n'arrête pas de 'jaabanté' (*faire la navette*) entre le village (*où il y a l'autel familial*) où on la soigne selon les méthodes indigènes et l'hôpital où on lui donne des médicaments; vous nous proposez autre chose ?"

M.M. : Pour l'instant rien mais peut-être que si votre mère me racontait un peu ce qui se passe parviendrions-nous à trouver un autre moyen qui, ajouté aux deux autres recours, pourrait l'aider.

La fille : "Mais elle ne veut pas parler et pourtant tous les matins à son réveil, elle parle à mon frère qui lui tient compagnie ici en lui demandant s'il a passé une bonne nuit et aussitôt après elle retombe dans son mutisme."

C'est à ce moment-là que Yacine se mit à gazouiller et à me désigner sa langue, pour me dire qu'elle ne pouvait pas parler. Devant l'étonnement de sa fille, je lui fis remarquer qu'il me semblait que ce matin-là elle parlait tant bien que mal au moment où j'étais entré dans sa

chambre. Sa fille confirma et Yacine, reprenant son gazouillement, me désigna à nouveau sa langue tout en pointant un doigt vers le ciel. Jurait-elle qu'elle ne simulait pas ou voulait-elle me dire par là que Dieu lui avait ôté l'usage de la parole ?

Je lui fis alors comprendre que tout ce que je voulais c'était qu'elle m'explique ce qui se passait dans sa vie et que la manière à peine audible dont elle parlait ce matin me convenait pour l'instant.

Je rajoutais que si cela ne la gênait pas, j'aurais souhaité que sa fille nous laisse seuls.

Elle acquiesça et la fille sortit. Pendant une trentaine de minutes, je m'entretins avec Yacine qui continuait à s'exprimer par les gazouillements et par les gestes des mains.

Cet entretien difficile, épuisant et "pauvre", Yacine l'a cantonné à une énumération de ses troubles (tristesse, mutisme, pleurs, douleurs à la tête, au sein, au dos, au ventre, insomnie, manque d'appétit, etc.), des membres de son entourage (ses enfants, le mari, la co-épouse, etc.) et à une description de l'éthylisme du mari et des conséquences de cet éthylisme sur le commerce du mari qui en arrivait à ne même plus donner la "dépense" journalière pour faire à manger.

Les entretiens suivants ne s'améliorèrent guère jusqu'à la visite inattendue de la femme du cousin germain du mari, qui selon la coutume est sa 'wujj peccargo' (chez les Wolof, les épouses respectives de deux frères sont des sortes de co-épouses; chacun des maris étant pour la femme du frère, une sorte de "petit mari"; et chacune des femmes étant pour son beau-frère comme "sa femme").

Yacine est donc venue à la séance, accompagnée de cette 'wujj pec-cargo' qui s'est présentée comme son "aînée" et conseillère, témoin de ses déboires et des comportements irresponsables du mari de Yacine.

C'est alors, à la grande surprise de Yacine, que cette femme se mit, avec beaucoup de talent et de savoir-parler, à la sermonner, à lui reprocher sa passivité, son indolence et sa fâcheuse habitude de se réfugier dans la maladie qu'elle risque de ne plus pouvoir vaincre à force d'en faire un mode de vie.

Lorsqu'elle se tut enfin, Yacine qui pleurait à chaudes larmes, se mit alors à crier, à geindre et à se tordre. Elle finira par se calmer après de multiples vomissements. Je congédiai discrètement la femme qui en profita pour informer la fille de Yacine, qui entra avec un seau d'eau et une serpillère.

Yacine et moi, nous restâmes impassibles; et une fois seuls enfin, voilà que Yacine, qui avait comme par miracle recouvré la parole, se mit à me présenter des excuses et s'en alla.

La séance suivante :

Yacine : "Mon mari, si je ne tenais pas à lui pour d'autres raisons que conjugales, tout ce qu'il fait ne m'aurait pas gênée outre mesure... il est éthylique, trop autoritaire, méprisant à mon égard, et violent avec les enfants... Il a une mauvaise gestion, puérile et irresponsable de son commerce... il fait souvent faillite et compte trop sur son cousin germain avec lequel il se comporte en véritable larbin, même devant nous..."

"Mais c'est un proche parent à moi, un frère et presque un père, voilà pourquoi je ne peux pas le quitter.

"Mais avec son comportement les gens du quartier rient de nous, nous perdons tout".

M.M. : ... ?

Yacine : "Oui, le respect, la considération et l'estime de tous".

M.M. : le dicton wolof ne dit-il pas qu'on peut tout perdre sauf le 'jom' (amour propre, estime de soi) et le 'ngor' (l'honneur) ?

Yacine : "J'ai été trop passive et trop soumise avec lui et ça ne servirait à rien de parler sinon à 'tas suma sëy' (rompre, casser mon mariage) et puis, il y a des "choses" que les enfants n'ont pas besoin d'entendre, de savoir sur leur père, et de la bouche même de leur mère..."

M.M. : Mais que peut-être moi je pourrais entendre.

Yacine : 'Seytaané' , c'est pas bon... lorsque je me suis mariée avec ce type, tout le monde m'avait avertie à propos de sa femme; on me disait que c'était une mauvaise femme qui usait tellement des pratiques "maraboutiques, qu'aucune co-épouse ne pourrait lui tenir tête et rester longtemps avec le mari..."

Elle nous expliquera alors qu'elle a rejoint le domicile conjugal avec une forte appréhension à l'égard de sa co-épouse. Et pourtant, selon

elle, avant son 'cétet' (cérémonie au cours de laquelle elle est fêtée et accompagnée pour rejoindre définitivement le domicile du mari), sa famille l'a emmenée à l'autel familial, faire un 'tuuru' afin de s'octroyer les bonnes grâces et d'avoir la protection des 'rab' familiaux.

Très vite, nous dira-t-elle, elle et sa co-épouse intensifieront leurs pratiques magico-religieuses respectives (maraboutage). Et c'est lors d'une des fréquentes disputes avec sa co-épouse que les premiers troubles de Yacine apparaîtront, parallèlement à l'éthylisme du mari dont les affaires marchaient de plus en plus mal.

La co-épouse de Yacine mourra quelques temps après des suites d'un accouchement ou d'une brève maladie. La culpabilité s'installera alors en Yacine qui, convaincue d'être pour quelque chose dans la mort de sa co-épouse, sera de plus en plus mal et malade, comme pour payer...

Les relations avec le mari se détériorèrent et il finira par prendre une seconde femme, "toute jeune", de l'âge d'un des enfants de Yacine.

Yacine qui, jusqu'à la mort de sa co-épouse, était seconde femme, devenait, ainsi, 'awo' (première des épouses). Mais en son for intérieur, ce changement de statut n'allait pas sans risque; en effet, celle qui l'avait précédée ne venait-elle pas de mourir un peu à cause d'elle la 'naarel' (la seconde épouse) ? Elle, Yacine n'était-elle pas d'avance menacée et même perdante devant cette nouvelle venue si jeune, si belle et si insolemment sûre d'elle ? Sans compter que leur mari n'avait d'yeux que pour elle, ne parlait et ne dormait plus qu'avec elle.

Sa culpabilité d'alors fit place à une grande tristesse et à une terreur quotidiennes; celle de devenir "folle" comme la plupart des siens, ou

pire, de mourir comme la défunte ; car, dans quelle mesure elle ne mériterait pas un tel sort ?

Le tourment, dès lors, s'installa en elle. Et à chaque altercation de Yacine avec sa nouvelle co-épouse, le mari prenait le parti de cette dernière, accusant Yacine de tous les malheurs de la famille, ses échecs à lui, la mort de sa femme, les échecs des enfants en particulier les deux aînés (leur fils aîné renvoyé de l'école, d'un tempérament révolté et bagarreur, s'affrontait violemment au père qui le trouvait insolent; la fille cadette, également renvoyée de l'école, son père lui trouvait un comportement de catin).

Ces accusations renvoyaient Yacine à ses actes "répréhensibles" passés, au décès de cette femme et à ses propres tourments. Elle mettra ainsi ses troubles, les échecs commerciaux et l'éthylisme de son mari, mais aussi les "échecs" de ses enfants sur le compte de la punition divine, et surtout du "mauvais" 'liggéyu ndey' (néfaste à ses enfants) et de la "mauvaise femme" ('jabar bu bon' qu'elle devait certainement être pour porter ainsi malheur à son mari).

Les troubles s'aggraveront et les hospitalisations seront l'unique recours de Yacine jusqu'à notre brève rencontre.

Les ressorts culturels

Yacine et son mari sont des gens "castés" et en ce qui concerne sa maladie, elle pense que "seul Dieu sait ce que c'est".

"Les guérisseurs, je n'y crois pas pour ce qui m'arrive... je veux bien aller en voir pour qu'ils prient pour moi... mais je veux que vous me soigniez, que vous m'aidiez à compren-

dre pourquoi je suis mal et triste.

"Il est vrai que dans ma famille il y a des 'rab' dans ma lignée maternelle où les femmes et les hommes, à partir d'un certain âge - environ vingt ans - sont atteints de troubles mentaux; certains deviennent des fous furieux et d'autres, des fous calmes... les treize enfants de ma tante maternelle sont presque tous morts de maladie mentale sauf un qui se porte bien...

"En ce qui me concerne, c'est à l'âge de seize ans que mon fiancé/amant 'rab' m'est apparu la première fois; et depuis il se manifeste régulièrement; même quand je suis avec mon mari il se met entre lui et moi... Et à chaque fois qu'il m'est apparu, le lendemain, je perds beaucoup de sang, ça doit être les règles et alors je me sens coupable toute la journée.

"Vous savez, ma maladie ça ne peut pas être les 'rab'; eux ils m'aiment bien et si c'était eux la cause de ma maladie, avec tous les rituels sacrificiels que l'on m'a fait faire à l'autel familial, ça fait longtemps que ma maladie aurait disparu. Non il y a autre chose de plus sérieux que le 'tuuru' (*sacrifice rituel à l'autel*) ne peut pas guérir... Je préfère me soigner à l'hôpital que d'aller perdre mon temps là-bas...

"Comment voulez-vous que j'hérite de ma mère, que je prenne sa succession à l'autel alors que je ne l'ai connue qu'à l'âge de sept ans et que je n'ai jamais pu la considérer comme ma véritable mère ?

"Mes premiers rapports sexuels étaient très douloureux et par la suite, ça se passait bien jusqu'au décès de

mon mari trois ans plus tard. Un an après ce décès, je me suis remariée et depuis je suis frigide et j'ai mal pendant les rapports... je n'ai jamais pu en parler avec mon mari et encore moins avec quiconque d'autre, c'est des choses dont on ne doit pas parler... on dit qu'une femme doit se taire, ne doit pas se plaindre... elle doit toujours supporter, mais jusqu'à quand ? Vous rendez-vous compte que je vais avoir cinquante ans ?

"Une vie de silence et de soumission, de douleur et de coups... une vie de honte, sans parler de tous mes accouchements !

"Mon fiancé/amant 'rab' m'apparaît en grand monsieur de blanc vêtu, un grand-boubou, enturbanné... je le vois toujours entrer dans la chambre, me rejoindre au lit... j'ai sa visite tous les mois...

"Vous savez, j'aimerais partir, divorcer et partir mais il faut que je guérisse d'abord, que je retrouve la voix...

"Je veux divorcer et quitter cette maison où je ne suis pas bien... ma place de 'awo' (première épouse) ne signifie plus rien : mon mari n'a plus d'égards pour moi, il ne me parle plus, ne dort plus avec moi, et il n'aime plus mes enfants dont il m'impute d'ailleurs l'échec scolaire et la mauvaise "conduite"... ma co-épouse, qui a l'âge de mon fils aîné, me considère comme une moins que rien... mes voisins me prennent pour une folle et mes propres enfants ne me considèrent plus comme une mère mais plutôt comme une malade devant laquelle il faut se taire... il n'y a que silence autour de moi... silence et indifférence, ce que ne viennent briser que des reproches : "une mauvaise mère dont le 'travail' a donné pour l'instant deux fils aînés vauriens et une fille ca-

dette catin". Cela m'est insupportable".

Selon M. Dorès, "ce que l'on entend par le travail de la mère ne se réfère pas tant au travail effectué réellement, concernant l'éducation de l'enfant, qu'au comportement de la femme vis-à-vis de son mari", à la reconnaissance de son autorité.

Ayant refusé l'interprétation culturelle donnée à sa maladie par la famille -et pour cause-, toute une partie de sa famille maternelle en est morte", la revendication de Yacine ne pouvait être une revendication d'appartenance culturelle, d'appartenance au groupe, mais une quête d'indépendance, un éloignement pour re-naître, une quête d'identité en marge de ce qu'offrait son milieu.

Accepter l'interprétation traditionnelle de ses troubles c'était aussi envisager le sort inexorable réservé aux membres de "la lignée maternelle : la folie et la mort.

C'est pourquoi Yacine refuse la position d'héritière, de l'autel familial et fait le choix de s'aliéner sa famille et son entourage comme le prix à payer pour se retrouver.

Elle interrompra les séances afin de "préparer" la fête musulmane de la "Tabaski". On ne la revit plus. Mais selon sa fille qui a gardé le contact avec le service, Yacine "va bien même si les disputes avec sa co-épouse continuent".

Quelques données cliniques

Les troubles de Yacine apparaissent en réaction à une situation de perte, perte associant une rupture des relations intra-familiales et environnementales et une rupture d'équilibre qui met douloureusement en cause le statut et l'identité de Yacine.

Conflits à plusieurs niveaux dont le plus important se situe au niveau de la sphère affective et sexuelle, mais aussi une situation d'abandon vécue comme insupportable qui pose la question fondamentale: "Qui suis-je ?"

Trois événements concomitants particulièrement éprouvants ont marqué la prime enfance de Yacine : le divorce de ses parents qui se séparent ensuite d'elle, l'abandonnant à sa tante paternelle et enfin le sevrage de Yacine.

Et nous savons qu'au-delà des aménagements culturels de facilitation de ce phénomène du sevrage, l'expérience en elle-même est tout particulièrement douloureuse. Et cette expérience douloureuse sera potentialiseur de l'expérience dramatique, angoissante et culpabilisante de rupture au moment du départ définitif des parents et surtout de la mère de la sphère psycho-affective de Yacine. Et cela allait retentir sur sa vie ultérieure.

Moments d'affects intenses dans la relation avec la mère mais également situation de rupture et de perte, d'angoisse et de culpabilité, difficultés d'identification et une quête affective qui ne sera pas structurée, qui allaient compromettre durablement tout équilibre chez Yacine.

Mais si l'organisation psycho-sexuelle de sa prime enfance a durement subi des "coups" et des "failles" profondes sur le plan affectif, narcissique et identificatoire, le mariage et la fécondité et les statuts respectifs qu'ils confèrent, auront servi à Yacine de garde-fous jusqu'ici, lui permettant un équilibre et une insertion sociale certes précaires mais acceptables.

Si le moment nodal de la folie hystérique est difficile à spécifier, il semblerait que toute émotion puisse susciter des crises hystériques. Et L. Israel écrit (4) : "Il ne reste plus guère aujourd'hui que 'la crise des nerfs', état d'agitation ou de colère parfois accompagné de lipothymie (*à laquelle nous assistons souvent chez Yacine*) et survenant le plus souvent à la suite de contrariétés même minimales" (chez Yacine les contrariétés étaient multiples et de taille).

L'auteur ajoute : "Il est rare qu'on ne découvre pas de causes déclenchantes immédiates, la scène de ménage venant de loin en tête de ces causes."

Les éléments qui conféraient jusqu'à présent à Yacine un statut et une identité ont été ébranlés sur plusieurs fronts, ayant comme scène un cadre conjugal et familial imaginativement vécu avec tous les sentiments conflictuels de l'enfance :

- rivalité et agressivité à l'égard de la co-épouse (préférée du mari) qui témoigne, malgré tout, épisodiquement des attentions maternantes à Yacine;
- quête affective et amoureuse mais aussi attente en direction du mari.

Pour Yacine, la maladie devenait l'ultime recours, et l'hôpital le seul lieu où penser/panser sa maladie et élaborer son deuil.

Bintou

ou l'hérétique du village

Bintou est une jeune fille toucouleur d'une vingtaine d'années, célibataire et sans enfant. Elle est lycéenne et nous a été adressée par un ami O.R.L. pour "avis et éventuelle prise en charge psychothérapique", après des examens cliniques qui se sont révélés négatifs sur une aphonie quasi-totale. La première manifestation remonte à l'âge de dix-sept ans, à la fin d'une journée, après une douche en plein air à la campagne; elle s'est mise à tousser beaucoup et, quelques instants après, extinction de la voix et cela a duré six mois.

Elle a d'abord consulté au service médical de son village où lui a été donné un traitement contre l'angine.

Ensuite consultation en O.R.L. dans un hôpital de Dakar où elle a été traitée pendant deux mois puis orientée en Neurologie dans un autre hôpital où elle sera suivie pendant un mois. Mais, parallèlement à ces soins, son frère aîné, qui l'a recueillie à Dakar, la fait voir par un guérisseur, malgré une farouche opposition de Bintou. Le diagnostic du guérisseur : une attaque par les 'jinns'.

Il la traitera parallèlement à l'hôpital, et Bintou retrouvera la parole très vite. Selon elle, c'est grâce à l'hôpital, mais de l'avis du frère ce "miracle" ne pouvait être dû qu'au guérisseur en qui il avait "entièrement confiance".

Bintou, alors, rejoindra sa mère au village mais pour perdre à nouveau la voix un mois après. Ce jour là, elle venait d'absorber, sur les pressions de sa mère, des produits médicaux que lui avait fait parvenir le guérisseur par l'intermédiaire du frère aîné.

Retour à Dakar de Bintou, reprise des traitements avec le guérisseur mais également nouvelle consultation en neurologie où les examens ne signaleront rien de particulier; de là, elle sera renvoyée dans le premier hôpital où elle avait été traitée; mais là également les examens ne signalent rien. Et cette "valse" s'étalera sur plusieurs mois avant qu'un ami à elle l'adresse à un O.R.L. privé à Dakar qui, ne trouvant R.A.S. nous l'adressa.

Histoire de Bintou

Père monogame, cultivateur, décédé; elle avait huit ans; sa mère s'est remariée mais sans enfant avec un monsieur polygame. Bintou est la troisième d'une fratrie de huit enfants : 3 garçons et 5 filles (dont 2 décédées).

- le frère aîné, analphabète, marié, père de famille, travaille à Dakar,
- un frère fonctionnaire travaillant à l'intérieur du pays,
- une soeur analphabète mariée à "un marabout",
- un frère cadet sans profession,
- une soeur cadette écolière.

Lorsque nous voyons Bintou, elle chuchotait; et elle se plaignait, en plus de son aphonie, de douleurs aux reins, aux genoux, aux chevilles, au dos, aux épaules, à la gorge, au cou, dans la région ovarienne et parlait de périodes d'aménorrhée de six mois parfois.

Bintou vit mal sa situation actuelle où elle est la seule fille de son village à être si hautement scolarisée et en même temps à être l'une des rares filles à n'être pas encore mariée à dix-neuf ans. D'où de violents conflits et une farouche opposition à la mère qui, elle, ne voit pas cela d'un bon oeil et veut la marier sans tarder à un cousin analphabète travaillant comme docker à Dakar.

Bintou nous confiera qu'elle vit mal le fait d'être une fille; elle envie beaucoup les garçons de leur liberté dans la société et culpabilise de n'avoir pas pleuré lors du décès "injuste" de son père qu'elle dit aimer beaucoup.

"Je pense beaucoup et très souvent à lui et... je suis convaincue que, vivant, mon père n'aurait jamais cautionné les exigences de ma mère à mon égard, ni ses projets insensés de m'obliger à me marier".

Elle appréhende une vie conjugale et surtout avec "un mari qui s'absenterait souvent pour de longues périodes de trois à cinq ans" comme c'est le cas de nombreuses femmes de son village mais également de la cousine avec qui elle dort dans le même lit.

"Leur fatalité et leur soumission m'exaspèrent".

Bintou souhaite mais appréhende beaucoup sa guérison, car, pour elle, guérir c'est automatiquement retourner auprès de sa mère, sous sa coupe et être confrontée aux exigences et pressions sociales et culturelles de son groupe; alors qu'ici elle y échappe pour l'instant.

Mais elle nous apprendra qu'un jour, en classe - donc bien avant sa "maladie" - le professeur dans son cours avait parlé du phénomène qui consistait à traduire par le corps certains conflits intérieurs; et elle rajoute que ce professeur leur avait donné comme exemple l'aphonie.

Le frère nous dira que tous les matins lorsqu'il la réveille, Bintou répond toujours et au sortir du lit elle lui parle normalement avant de retomber, aussitôt après, dans son aphonie. Bintou nous le confirmera avec un sourire; et elle rajoute: "la Bintou de la nuit est peut-être différente de la Bintou du jour..."

Après que Bintou ait brutalement interrompu les séances, son frère nous téléphonera longtemps après pour nous informer du fait que son choix s'était finalement cantonné à la thérapie traditionnelle, malgré l'opposition de Bintou. Le dernier guérisseur consulté aurait extrait de l'oreille de Bintou un fil qui selon lui était la cause de sa maladie.

"Seulement, nous dira le frère, il n'y a toujours pas d'amélioration mais nous espérons !".

A travers quelques séances, Bintou nous dira :

"Ma maladie, c'est vous qui la guérez mais pas les guérisseurs qui pensent aux 'rab', les autres aux sorciers ou au "liggéey" (maraboutage)... Au village, tout le monde pense à ça, aux esprits... moi j'ai dit non ! Tout le monde pense alors, que je suis perdue, que l'école m'a gâtée, que je suis devenue une 'tubaab' (européenne). Ma mère, ne peut supporter cela, alors on m'a envoyée à Dakar pour me soigner, mais ici si je refuse de voir le guérisseur, mon frère qui est très "traditionnel" va me battre et me renvoyer au village. Donc je suis obligée d'y aller chaque fois que je sors d'ici;

ça me fait une promenade car je suis seule et je sais que le marabout lui, il ne verra rien... ma maladie, c'est autre chose je crois...

Bintou nous parlera avec beaucoup d'indifférence de son intense activité auto-érotique :

"Le jour comme la nuit, il suffit qu'on me tresse les cheveux ou que je me les défrise pour être très excitée. Quand je ne porte pas de soutien gorge, le frottement de mes seins contre mon tee-shirt m'excite beaucoup et je mets toujours deux culottes pour ne pas salir mes habits, je suis toujours trempée mais c'est surtout au moment de mes règles. Je n'aime pas les règles, le sang c'est sale. Il doit y avoir des microbes comme quand on embrasse quelqu'un sur la bouche, comme font les 'tubaab'... "Mes seins me gênent beaucoup. Ils sont beaux, tout le monde les regarde, ça me gêne... vous les hommes vous avez de la chance... mes seins c'est la partie la plus sensible de mon corps et j'ai peur de prendre le bus ou d'aller écrire au tableau en classe. Comme je ne parle pas, quand je suis interrogée au tableau, je réponds en inscrivant ma réponse au tableau et là mon corps il est mort, je ne sens plus rien, je ne sens que les regards...

"C'est comme dans mon rêve, on est assis en cercle et tout le monde me tourne le dos et moi j'ai un gros bâton et ils récitent comme des brebis, ils ne me regardent pas... je ne sais pas s'ils m'ignorent ou s'ils ont peur de moi, mais je me sens seule et j'ai peur. Quand je me réveille, je suis toute "trempée" et excitée et je me sens mal...

"Dans mon village, on dit que quand on a ça dans la tête, on ne peut plus avoir les études et le "savoir" en tête. C'est pourquoi les filles, elles, ne font pas des études poussées

car on les marie tôt... Ce n'est pas gentil car vous me faites parler et puis ces choses-là il ne faut pas en parler. Pourtant je suis amoureuse de deux garçons mais je ne veux pas en parler car ils ne le sauront jamais ou peut-être quand je serai guérie"...

Première série d'interprétations

Bintou fait (ou veut faire) fi des "lois" et des codes de son milieu : elle récuse l'autorité de sa mère, refuse d'arrêter ses études, refuse également toute idée de mariage avant de terminer ses études.

Seulement, dans son milieu familial et social, l'école pour une jeune fille est une "voie d'attente" avant le mariage qui généralement intervient assez tôt dans la pré-adolescence; Bintou est la première femme à être scolarisée dans sa famille; elle considère l'école comme un legs que lui a fait son père qui, malgré les oppositions et réticences au sein de la famille élargie, avait résolument tenu à mettre sa fille à l'école, alors que dans cette famille, l'école n'est pas faite pour les filles, la meilleure école étant pour elles l'éducation qu'elles reçoivent auprès de leurs mères à la maison, une initiation aux tâches quotidiennes d'entretien d'une maison, un apprentissage à la soumission, à la patience, à l'obéissance, à la discrétion et à la réserve, etc. Aller à l'école, c'était méconnaître tout cela. Et dans le cas de Bintou, l'école était devenue un puissant facteur de tensions au sein de la famille. D'un côté, le père bien qu'analphabète, Bintou et son unique frère scolarisé; de l'autre, la mère, l'ainé de la famille et l'ainée des filles, tous trois analphabètes.

A la suite du décès du père, la scolarité de Bintou, de facteur de tensions intrafamiliales devenait aux yeux de la mère, une parenthèse qu'elle voulait fermer pour mener Bintou vers l'aboutissement logique de la vie de toute jeune fille : le mariage et la fécondité.

Et non seulement la jeune fille ne voulait pas en entendre parler - quelque part, elle continue d'appartenir à son père et cela ne laissait aucune place à un mari éventuel - mais voilà que son frère aîné, analphabète, qui jusqu'ici était opposé à la scolarisation de sa soeur, émigre à Dakar, devient salarié, se marie, s'installe et commence à entrevoir les avantages qu'offre l'école : une formation, une qualification, un bon métier, une bonne rémunération, etc. Travailleur subalterne, mal payé; il s'en sort difficilement et commence à exhorter sa femme - analphabète et sans aucune qualification - à trouver une activité qui rapporte de l'argent. Ce frère, mis au courant des projets de la mère pour sa fille, va, du jour au lendemain prendre le parti de Bintou et s'opposer à sa mère.

La maladie sera pour la jeune fille l'occasion de quitter le domicile familial et le village pour aller se soigner à la ville. Mais même si à Dakar, elle est parvenue à s'inscrire dans un lycée elle ne peut pas indéfiniment s'installer en ville chez son frère; car, dans son milieu, comme dans la plupart des ethnies au Sénégal, un frère n'élève pas, n'éduque pas sa soeur. L'éducation et le suivi d'une jeune fille, c'est l'affaire des femmes. S'il s'agissait pour Bintou de s'installer chez une soeur aînée mariée, cela ne poserait pas de problème pour la famille, mais chez son frère et sa belle-soeur, non !

Son installation à Dakar donc ne pouvait qu'être provisoire, le temps qu'elle se soigne et qu'elle guérisse. Dès lors, pour elle, guérir cela voulait dire retourner immédiatement au village, auprès de sa mère.

D'ailleurs, ne dit-on pas qu'une femme malade ne peut trouver de meilleur endroit pour se soigner et pour guérir qu'auprès de sa mère" ? Une jeune femme n'est censée quitter le domicile parental ou familial que pour rejoindre le domicile conjugal ou celui de la famille de son mari. Et si un jour elle quittait celui-ci, pour cause de séparation ou de divorce, elle doit réintégrer la maison de ses parents, quand bien même elle aurait une indépendance financière donc de quoi assurer sa propre existence en dehors de la famille.

Les études de Bintou étaient à ses yeux, le seul rempart et le seul moyen, sinon d'éviter le mariage et le sort que cela lui réservait, tout au moins, de retarder une "union" suffisamment longtemps pour s'octroyer les moyens et prestige qui lui permettraient, non seulement d'avoir son mot à dire, le droit de choisir librement son conjoint, le droit à la parole, mais aussi de pouvoir échapper à "la vie étriquée, monotone et insipide" à laquelle sa naissance et son sexe la destinaient. Elle ne voulait pas être "mise en vente". Le statut social prestigieux et envié mais culturellement contesté, que lui conférait le niveau assez avancé de ses études, était un élément important de son identité; mais ce statut perdait de sa valeur et de son prestige dès l'instant où au sein de la famille et du village, la perspective de la marier ou de la voir se marier, reléguait "tout ça" au rang de "futilités dangereuses" et "menaçantes" pour tous.

Ce qu'appréhendait Bintou, c'était le passage sans transition - habituellement réservé aux filles de sa famille et de son ethnie - de la vie d'adolescente ou de pré-adolescente, à la vie de femme, d'épouse et de mère à quatorze ou quinze ans. Chez moi, les filles, on peut les marier à partir de douze ans..." nous a-t-elle dit. C'est ce destin terrifiant et inexorable auquel elle a jusqu'ici échappé qui l'inquiète et la révolte. La fatalité de ces filles /femmes et leur soumission m'exaspèrent". Comment s'opposer au projet de mariage de la mère et de la

communauté villageoise, poursuivre jusqu'au bout ses études tout en demeurant insérée dans son groupe et sans être honnie ?

La violence de l'acculturation liée à son niveau, à la scolarisation, les problèmes d'insertion liés au refus d'assumer les rôles et statuts conférés par le groupe, entraîneront une perte des repères qui dissoudra l'identité.

Deuxième série d'interprétations

Les questions de Bintou portant sur son identité sexuelle, ses désirs contradictoires, ses problèmes d'identification, son impossibilité d'effectuer le deuil du père et de son enfance, etc., restituent les sentiments infantiles qui constituent une répétition de quêtes, de déceptions et de sentiments d'attente.

Selon L. ISRAEL "le névrosé hystérique ou obsessionnel, est hanté par une représentation imaginaire, un fantasme, où il se voit exposé à un public qui, soit lui reproche une négligence coupable (...) soit le ridiculise en raison d'un défaut, d'une insuffisance. Une telle défaillance s'illustre dans certains rêves, où le sujet se trouve par ex. exposé nu au milieu d'un groupe, rêve typique et fréquent déjà repéré par Freud".(5)

Bintou a cessé de grandir depuis le décès de son père; décès qu'elle a d'autant moins accepté que ce père était "le seul ami qu'elle avait et sur qui elle pouvait compter", elle n'a jamais pleuré sa mort, "ni le jour même du décès, ni après", "elle lui est resté liée", elle continue de lui appartenir et elle ne cesse de l'évoquer, de le magnifier; "l'hystérique n'est pas à la recherche d'un substitut du père, d'une image paternelle (...), le père qu'elle recherche n'est pas une pure et simple repro

duction du père, mais un père complet, tel qu'il n'a justement pas existé"(6). Et Bintou ne veut pas grandir, devenir femme, car après tout, aux yeux de qui le serait-elle ? "Le seul être auquel elle était profondément attachée est irremplaçable". Elle vit mal sa féminité et tout ce qui la symbolise (menstrues, grossesse, maternité) ainsi que ses autres aspects extérieurs (seins, fesses, etc.) et enfin les contraintes qui lui sont liées dans son groupe (soumission, dépendance, "solitude conjugale", mariage précoce, etc.)

Bintou évoquait le décès de son père et la découverte de ses propres caractéristiques et attributs féminins comme deux événements concomitants malgré les années de décalage entre ce décès et sa puberté.

Nous n'avons pas eu le temps d'éclaircir ce point. Mais l'on peut dire que les éléments d'identification faisant défaut pour conférer à B. une plénitude à son identité psychosexuelle, la réussite scolaire et le militantisme politique de la jeune fille dans un groupuscule, ont pu faire le lit d'une sublimation salvatrice malgré les entraves socioculturelles de son entourage. Elle veut réussir à l'école pour "échapper à son milieu", à sa condition, mais selon elle, "réussir c'est irrémédiablement s'enbourgeoiser, couper avec son monde, et cela elle ne le veut pas..."

Comment faire, comment se réaliser sans se couper des siens ? Elle ne méprise pas son entourage familial, ni les femmes de son milieu, seulement elle n'en veut pas comme cadre et comme mode d'existence.

Difficultés de renoncement libidinal et difficultés d'identification. Pour Bintou c'est la course à la réussite scolaire et sociale au prix de son équilibre psychique ? Ou la soumission et la renonciation au prix

d'une insertion dans son milieu ? Option difficile. L'écart entre les codes et coutumes du milieu et l'expression de son désir singulier étant considérables, Bintou a opté pour la maladie; compromis provisoire pour trouver les moyens de jeter un "pont" entre ces deux déterminants, une voie pour accéder à la féminité.

Troisième série d'interprétations

Tout d'abord, les circonstances d'apparition des troubles chez la jeune fille évoquent incontestablement un contact fortuit avec un jinné, ce que confirmera d'ailleurs un guérisseur : "une attaque par les jinné". Les soins prodigués par le guérisseur parallèlement à la prise en charge hospitalière (O.R.L et neurologie) seront suivis d'une amélioration. Et Bintou, ayant recouvré la parole, retournera au village auprès de sa mère. Mais un mois après, à la suite d'une ingestion de produits médicinaux donnés par la mère (produits envoyés, selon la mère, par le guérisseur de Dakar), Bintou perd à nouveau la voix; trouble que la jeune fille met sur le compte d'un maraboutage dont la mère serait, soit l'unique auteur, soit la principale complice d'une machination pour vaincre son obstination dans les études, et son refus de se marier dans les meilleurs délais. Car après tout, sa mère n'a-t-elle pas déjà été directement ou indirectement incriminée à la suite du "décès subit et bizarre de son mari ? Son mari n'est-il pas mort d'un "maraboutage" effectué par la mère pour l'empêcher de "prendre" une seconde femme ?" Sinon pourquoi disait-on dans le village que sa mère "était une mauvaise femme" qui a dû être pour quelque chose dans la mort de son mari ?

Et aujourd'hui cette femme, sa mère n'est-elle pas prête à tout pour lui faire arrêter l'école et "la vendre" en la mariant à ce cousin, afin de mettre un terme aux médisances des gens du village sur elle ?

Ce sont les questions (ou convictions) de Bintou.

Elle reviendra à Dakar pour reprendre son traitement chez le guérisseur (toujours le même) tout en s'adressant parallèlement au circuit hospitalier.

"L'image de ma mère est ternie et on la suspecte au village et si elle tient tant à me soumettre à son autorité et à me donner en mariage, c'est pour se racheter aux yeux de l'entourage qui l'accuse d'être déjà "une mauvaise femme" mais aussi, une "mauvaise mère" qui permet et cautionne la "déperdition" de sa fille (c'est à dire le fait que Bintou, à son âge, fasse encore des études et demeure célibataire).

Pour Bintou, il y a un quiproquo, car si antérieurement le guérisseur la traitait contre l'action des jinné pour lui faire recouvrer la voix, la demande qu'elle lui adressait maintenant était tout autre : "laver", "détruire" le "travail", le maraboutage, effectué par sa mère contre elle. Or le guérisseur continue de parler de jinné.

Pour ce qui est de son aphonie, "l'hôpital" lui suffisait et elle a confiance, dit-elle.

Et à chaque fois qu'elle sortait de notre consultation, son frère (qui attendait toujours derrière la porte ou se postait derrière la fenêtre de notre bureau) l'amenait directement chez le guérisseur, comme pour "juguer" l'influence (néfaste ?) que nos tête-à-tête (Bintou et moi) ne pouvaient manquer d'avoir sur sa soeur et dont les timides velléités d'indépendance et d'affirmation de soi qu'elle manifestait, ne pouvaient aux yeux du frère qu'en être la conséquence. Soulignons que Bintou, dès le début de nos rencontres, s'est opposée à la présence de son frère lors de nos entretiens. Celui-ci ne parlant pas le français, il était facile pour B. de me dire d'une voix chuchotée, en français, "c'est déjà suffisant qu'il soit en permanence à mes côtés chez le

guérisseur", alors que nos entretiens se déroulaient essentiellement en wolof.

Et si nous avons pu établir une relation thérapeutique avec Bintou qui peu à peu avait recommencé à parler de façon audible pour verbaliser son angoisse, sa culpabilité et ses difficultés relationnelles et d'existence, cette prise en charge ne lui aura pas permis d'accéder à des élaborations et à des aménagements suffisamment significatifs, avant que son frère ne mette un terme à nos entretiens qu'il tolérait avec beaucoup de difficultés et de méfiance.

C'est sur les injonctions et le financement d'un prêtre catholique européen installé au village que Bintou s'est adressée à l'O.R.L. qui avec l'accord du prêtre, l'a orientée dans un second temps, à notre consultation.

Le frère qui détenait l'argent remis généreusement par le prêtre pour couvrir les frais de consultation, en a détourné une bonne partie. Aussi, ne pouvant plus assurer financièrement le rythme de nos séances bi-hebdomadaires, il y mettra fin pour cantonner sa soeur dans les circuits traditionnels de traitement.

Commentaires

Un point commun à ces cas cliniques, c'est que le foisonnement et la diversité des thèmes interprétatifs dans une totale incohérence, ne pouvaient laisser aucune chance de réussite ou d'efficacité à l'un ou l'autre des traitements traditionnels respectifs qu'ils requéraient.

La formulation de diagnostic étiologique traditionnel au sein de la famille - surtout lorsque l'hypothèse rab était avancée - nous paraissait plus traduire un "réflexe" de conformité qu'une réelle adhésion aux systèmes de représentation; quelques facteurs significatifs d'une unité incontestable dans ces cas cliniques sont, l'absence de personnages ou de représentants de la génération des grands-parents, génération pour laquelle l'interprétation par le rab est prévalente et pourtant, dans presque tous les cas, ce thème rab a été évoqué. En second lieu, lorsque l'interprétation traditionnelle était formulée, le recours au circuit traditionnel n'était jamais systématique, comme allant de soi. Incohérence dans l'interprétation traditionnelle, absence de cohésion au sein de la famille, absence de consensus bi-partite (individu - famille) et tripartite (individu-famille-guérisseur).

Et pourtant, la donnée persécutive est partout présente ainsi que tous les supports thématiques, il s'agit toujours d'une agression venant de l'extérieur; mais ces thèmes ou modèles apparaissent comme des tentatives d'ajustement, de réaménagement et non comme des phénomènes de régulation des tensions. L'agresseur est multiple, inconstant, son identité factice, sa nomination ne peut entraîner d'adhésion commune, ni introduire à l'intervention du maître d'oeuvre habituel - le guérisseur - la prévalence habituelle de l'un ou de l'autre de ces modèles interprétatifs selon les générations successives qui composent la famille, est faussée; les dysharmonies dans

les statuts, les rôles et les modes de relations au sein de ces familles, font que les interprétations sont difficilement convaincantes, les rites et usages difficilement mobilisables, manipulables ou accessibles. L'insécurité règne, c'est la méfiance, la suspicion; les troubles sont multiformes, étranges, récalcitrants et faussent la logique culturelle qui permettait et facilitait les mises en forme des désordres mentaux.

Evoquer l'attaque d'un rab dans une famille traditionnellement et "ethniquement" titulaire de rab, ou de tuur et de xamb (autel) est compréhensible et acceptable, en général, mais l'individu malade, comment peut-il sereinement accepter une interprétation rab, quand une partie de sa famille en est morte ? Alors que l'on sait que "l'intervention du rab qui possède le sujet comporte une injonction à resserrer les liens avec les ancêtres du lignage et les ascendants immédiats" (7). Cet individu, pour peu qu'il croit à ces représentations, ne peut qu'incriminer sa famille fautive d'avoir mécontenté les rab ou tuur qui deviennent ainsi mortels. Ou bien alors il y verra l'action conjuguée de Seytané. Et à ce niveau, lorsque l'individu parlera de Seytané, alors que la famille elle, parle de rab, il ne s'agit pas chez cet individu d'un effet de langage, d'une simple "assimilation dans le vocabulaire" ou d'un simple dérapage dans ses formulations. Il s'agit plutôt d'une quête de cohérence, d'un souci de sauvegarde de soi.

Et la famille, renvoyée à elle-même, réalise du coup, par ce désaveu, à quel point sont dévitalisées et inopérantes, certaines des croyances et valeurs auxquelles jusqu'ici, elle se croyait encore profondément attachée.

Alors, le recours à l'institution hospitalière devient une solution, à la fois, pour la maladie et pour "ce qui ne va pas dans la famille".

Pour trois de ces "malades" (Fatim, Aminata et Yacine, toutes trois wolof-lébou), l'évocation non seulement des rab familiaux mais également du fiancé/amant rab, était l'essentiel, le noyau autour duquel gravitaient sans empreinte réelle les autres thèmes interprétatifs. Dans l'histoire de leurs familles respectives, il existe une longue tradition de rab, de tuur; mais des rab, difficilement acceptables comme alliés pour cette génération qui ne voulait pas d'un tel héritage.

Par contre, chez les trois autres femmes, le thème du rab qui agresse ou possède n'est pas central. S'il est évoqué par l'entourage ou par le marabout, les patientes elles, le récusent pour lui opposer le thème du maraboutage tout aussi effrayant mais plus cohérent, plus logique (il n'y a pas de rab et il n'y a en jamais eu dans leurs familles respectives). Mais l'idée du maraboutage, est aussi beaucoup plus commode puisqu'il est possible de "contrer" l'acte du maraboutage, d'en annuler l'effet en recourant à un marabout. Ce thème a une égale "prévalence" dans toutes les couches urbaines, quelles que soient leurs origines ethniques.

Mais la question reste posée, à savoir si le syncrétisme religieux et l'influence de l'urbanisation et des modes de vie et systèmes de pensées des wolof en milieu urbain, suffisent à expliquer le fait que des familles d'origine ethnique autre que wolof-lébou ou sérer puissent recourir au modèle persécutif rab.

Nous constatons en tout cas, que les quatre principaux modèles traditionnels d'interprétation de la maladie mentale, couramment rencontrés en milieu wolof, sont à quelques exceptions près, tous présents dans ces cas cliniques.

S'agit-il là d'une simple question de vocabulaire, d'une banale erreur de langage ?

Par ce langage, par ces fragments de discours, ces femmes auront pu "exprimer les problèmes fondamentaux de leur existence, leurs difficultés d'exister, étant en perpétuels conflits avec leur entourage; entourage au sein duquel, la prévalence des conflits avec certains personnages est manifeste; ces personnages sont essentiellement, la belle-mère, la mère, le mari et la co-épouse (effective ou potentielle).

La clinique nous les désigne comme les principaux persécuteurs avec lesquels l'affrontement devient direct, ne pouvant plus être "dédramatisé", "désamorcé", "médiatisé", "régulé", par les systèmes habituels de traduction des conflits.

Est-ce à dire que ces femmes sont condamnées à basculer dans la folie "opaque" ? Et leurs familles à perdre irrémédiablement un de leurs membres ? Le penser, ce serait sans compter sur la perspicacité de l'hystérique et sur la grande faculté d'adaptation des wolof.

" l'africain d'aujourd'hui ne peut plus se contenter de son ancienne position et ne peut pas encore s'en détacher. Il cherche à s'exprimer par des comportements et un langage nouveau syncrétique, qu'il s'agit de comprendre" (§)

1. H. COLLOMB, A. ZEMPLINI et D. STORPER : "Quelques considérations sur le rôle, le statut et les relations interpersonnelles en Afrique noire." 73rd Annual Convention of American Psychological Association - Chicago, 3-7 September 1985.

Notre expérience clinique, malgré ses lacunes, insuffisances, imperfections et tatonnements, nous aura permis de montrer que :

- une pratique psychothérapique de type analytique en Afrique noire est possible avec des africains et surtout avec des femmes généralement tenues comme "gardiennes de la tradition" analphabètes ou pas, et habituellement privées de parole, tenues à la réserve, au silence et à la soumission;

- ces consultations psychothérapiques permettent la constitution d'un espace intérieur et n'ont nullement comme objet/objectif l'incitation à la révolte, à l'insoumission, au divorce, à la débauche, à la destructuration familiale, etc. Elles ne sont pas non plus des séances de moralisation, de distribution de conseils de sagesse, de politesse, de soumission; mais elle ne prônent pas non plus le retour à la tradition. Ce ne sont ni plus ni moins que des espaces et des moments d'échanges pour de possibles réaménagements, à travers lesquels l'individu souffrant essaie toujours et parvient parfois - grâce à l'expression, à la verbalisation de ce qu'il ne pouvait pas dire autrement que par la maladie - à acquérir de nouvelles possibilités pour négocier les ressorts de son équilibre personnel et les leviers d'une existence harmonieuse au sein de son entourage familial, de sa société.

- ces consultations psychothérapiques de type analytique ne sont pas antinomiques aux systèmes de traitement traditionnel africains. Il s'agit simplement de deux types de systèmes qui se situent dans des registres différents et qui sont sous-tendus par des systèmes de pensée différents.

- le sujet africain a une pensée intérieure; et dans la clinique psychopathologique, lorsque chez certains patients, la chimiothérapie a atteint ses limites, que les esprits ancestraux sont récalcitrants, que les rituels thérapeutiques magico-religieux sont inopérants ou simplement refusés, il existe un troisième lieu thérapeutique avec ses règles ou ses aménagements, ses techniques ou ses méthodes, ses succès et ses échecs qui permettent d'accéder à cette pensée intérieure. Et pour le psychothérapeute qu'il soit occidental ou africain, la confrontation au "malade" africain ne doit pas poser un problème de communauté ou de différence de culture et de langue mais plutôt un problème de pensée théorique, de méthodologie ou de technique qui puisse favoriser la rencontre, l'échange et l'accès au monde intérieur du patient.

NOTES

1. M. Dorès, *op. cit.*
2. R. KAES, *op. cit.*
3. M. Dorès, *op. cit.*
4. L. ISRAEL, *op. cit.*
5. *Idem.*
6. *Idem.*
7. M. C. et Ed. ORTIGUES, *op. cit.*, 1973.
8. H. COLLOMB, A. ZEMPLENI et D. STORPER : "Quelques considérations sur le rôle, le statut et les relations interpersonnelles en Afrique Noire". 73rd Annual Convention of American Psychological Association- Chicago, 3-7 sept. 1965

V.

RESUME - CONCLUSIONS

1. L'hystérique, le groupe, les conflits relationnels, une pathologie nouvelle.
2. La demande de l'Hystérique en milieu psychiatrique.
3. La rencontre faussée avec l'institution.

1. L'hystérique, le groupe, les conflits relationnels, une pathologie nouvelle

Ces femmes sont malades parce que leur maladie était leur seul moyen de revendiquer intérieurement et socialement le droit à une existence.

Les entretiens psychothérapeutiques et accessoirement l'hospitalisation sont pour elles l'occasion d'adresser des critiques vives et amères contre leur milieu, leur entourage. Mais au delà de ces critiques, véritables réquisitoires, ce qui s'exprimait, ce sont les conflits de Moi en quête de limites certes, mais de Moi dont l'émergence et l'expression, telles quelles, ne peuvent que compromettre une insertion socio-familiale et une appartenance dont les critères et codes sont désormais à réinventer, à défaut de pouvoir négocier ceux en place déjà.

Nous assistons ainsi à des drames se jouant sur plusieurs niveaux : perte de l'objet d'amour, problématique de deuil difficile à réaliser, quête de limites, quêtes d'identité, etc.

"Les femmes d'aujourd'hui ont besoin d'accéder à une parole individuelle; les représentations traditionnelles de la maladie ne suffisent plus à endiguer le flot des mots qu'elles ont à dire. Elles veulent être entendues en tant que femmes et non plus seulement comme victimes d'esprits malfaisants parlant par leur bouche; leur séjour en hôpital psychiatrique leur permet à elles(...) d'accéder à cette parole."(1)

Après tout, le statut d'adulte (dans ce milieu wolof-africain), ne se déploie-t-il pas essentiellement dans le champ de la parole ?(2)

En Afrique Noire, généralement la facilité de "corporéisation" et l'importance des phénomènes de somatisations, trouvent leurs justifications dans la place et la fonction du corps comme support culturel de l'éducation, de toutes les relations mais également de toutes les pathologies; et à ce niveau, ce qui particularise l'hystérie, au delà de ses manifestations conversionnelles - mineures et à la limite banales - c'est la facilité de verbalisation qui supplée au langage corporel, "langage des organes". Une verbalisation, véritable soupape permettant l'expression, du "trop plein" que ni la famille,, ni l'entourage élargi, ne sont en mesure, aujourd'hui, de fournir, d'offrir les conditions et moyens d'évacuation.

Ce langage verbal, d'aspect réactionnel, instruit sur les contradictions actuelles qui sévissent dans les métropoles africaines et pose, d'une certaine manière, la nécessité de redéfinir les modalités d'appartenance et d'insertion de l'individu au groupe.

Dès lors, ne pourrait-on pas voir en ces manifestations d'hystérie en milieu urbain, une sorte de dynamique régulatrice et génératrice d'équilibres nouveaux ?

Naguère le souci essentiel de l'individu consistait à assurer et à préserver son insertion au sein de son groupe, "d'être un maillon de la solidarité"; aujourd'hui, selon A.B. Diop, "...l'éclatement de la structure parentale lignagère, la désorganisation de la famille étendue, s'accompagnent de déséquilibres et d'inégalités économiques(...) qui offrent des choix aux personnes en même temps qu'ils développent le sens de leur liberté. Ces déséquilibres et inégalités favorisent, aussi bien, une modalité résidentielle (migration) qu'une instabilité conjugale (divorce) " (3).

Les manifestations d'hystérie en milieu urbain "acculturé" témoignent d'une "indexation", d'une dénonciation des contradictions flagrantes contenues entre les statuts et rôles anciennement dévolus aux femmes et ceux parallèles qui leur sont aujourd'hui attribués. Et ces manifestations échappent, mettent en échec les circuits "traditionnels" qui avaient essentiellement, des perspectives de resocialisation, de réintégration de l'individu. Car, "... il est dans la nature du névrosé de ne trouver de soulagement que dans les symptômes qui s'écartent obligatoirement des normes sociales (...) la névrose (étant), par définition, caractérisée par un fort "négativisme social".(4)

C'est ainsi que les manifestations hystériques apparaissent dans leur pleine dimension quand l'alternative que représente l'hôpital est possible.

L'un des trois critères par lesquels G. Devereux a défini "une situation de crise", c'est lorsque "les modes d'adaptation habituels aux situations existantes se révèlent défailants, car inapplicables aux nouveaux problèmes suscités par le défi bilatéral du contact entre groupes..."(5)

Ces problèmes engendrent des difficultés et perspectives individuelles incompatibles avec les normes et obligations sociales, et nous donnent une idée de l'ambivalence affichée par ces "malades" vis-à-vis des systèmes de représentations auxquels elles adhèrent d'une certaine manière, mais dont elles n'ont pas la possibilité d'en faire une expérience personnelle, d'y avoir donc recours efficacement.

De quoi témoigne donc cette attitude contradictoire chez ces femmes généralement décrites comme garantes des traditions et valeurs collectives ? Ces femmes tenues au respect, au bon maintien et à la

pérennité de ces traditions.

A quoi attribuer ces distanciations vis-à-vis des circuits traditionnels au bénéfice des institutions "modernes", malgré les nombreux obstacles socio-culturels qui consignaient ces femmes, de façon générale, dans des structures qui "filtraient", contrôlaient, leurs rapports avec l'extérieur ?

Comme premiers éléments de réponse, il y a l'accessibilité et l'acceptabilité des structures hospitalières, la gratuité de l'assistance hospitalière publique, une plus grande information de la population en matière d'assistance, hospitalière les coûts plus ou moins élevés des consultations et surtout des traitements traditionnels, etc.

Mais il y a également le fait essentiel que les changements intervenus dans la notion du temps et de l'espace, dans les systèmes économiques et sociaux, ont engendré un nouveau type d'homme aux aspirations et perspectives autres, et dont la pathologie mentale ne pouvait que paraître étrange par rapport aux systèmes habituellement habilités à donner forme et sens au désordre mental.

Une nouvelle pathologie apparaît en milieu urbain; et chez l'hystérique, les manifestations semblent révéler des ratés dans l'articulation entre les codes psychique et social, traduisant ainsi, des "exigences contradictoires" de conformité/soumission et d'individualité/autonomie.

T. Nathan écrit,

"...lorsque le dehors vacille et se révèle instable, le sujet, pour maintenir son identité, est contraint de rendre palpable - d'extérioriser - la structure habituellement inconsciente du

"dedans" afin de tenter d'interrompre la labilité kaléidoscopique du "dehors"(...) Il lui arrive alors d'exploser dans un véritable feu d'artifices d'expressions singulières" (6) avec comme toile de fond illustrant, le douloureux écartèlement entre le respect de la loi des ancêtres et l'expression de ses propres désirs.

Ces patientes dont on a exposé des fragments de discours, verbalisent tant bien que mal, des thèmes portant sur leur vécu quotidien, mais qu'on tait habituellement, ou alors, s'ils sont exprimés, ce n'est jamais de cette façon crûe, mais de manière ténue, discrète; car après tout il y a des manières de dire les choses, des manières sociales, culturelles recommandées, imposées; des modes d'expression que l'individu ne peut pas ignorer, dont il ne peut pas faire fi, au risque de se marginaliser, de se singulariser, de s'aliéner son entourage; il y va de son insertion, de son statut, de son identité.

Ne dit-on pas que "la langue est la civière de son maître" ? (7)

I. Sow écrit que :

"la conception africaine de la folie est une conception molaire (et non pas analytique et/ou moléculaire) de relations qui structurent(...) l'existence totale actuelle du patient(...), cette existence s'articulant autour de trois ordres de réalités hiérarchisées(...) qui constituent les repères socio-culturels de l'expérience du soi en milieu traditionnel"(8)

Mais nous pensons que ce serait une grossière erreur de considérer les valeurs socio-culturelles africaines, "traditionnelles" comme des données immuables qui ont su résister, dans leur globalité, aux multiples bouleversements et à l'évolution rapide qu'a connus l'Afrique

Noire. S'il est un jour, nécessaire d'élaborer, de constituer une nosologie psychiatrique typiquement africaine, ce ne sera pas à la seule lumière des structures anthropologiques africaines "mais en s'inspirant aussi et surtout des réalités cliniques rencontrées et observées sur le terrain de la pratique clinique incontournable. En matière de psychopathologie, des élaborations théoriques quelles qu'elles soient, ne sont pertinentes que si elles s'appuient ou s'illustrent sur/dans la clinique quotidienne.

De nos jours, la clinique psychopathologique, nous confronte de plus en plus à des données qui - pour peu qu'on veuille bien leur accorder de l'intérêt - s'inscrivent en faux, nous révélant des "ratés" dans la force des mythes et des croyances, qui perdent de leur dimension sacrée, de leur habituel impact exagéré sur les structures mentales et sociales. Les éléments qui soutenaient la structure des mythes ont été sapés, contribuant ainsi à les dévitaliser.

Les exigences sociales et culturelles des sociétés de type traditionnel, les interdits, prescriptions et contraintes auxquels étaient soumis les membres de ces sociétés, trouvaient leurs modulateurs dans des systèmes régulateurs ou compensatoires ou gratifiants, mais toujours des systèmes d'intégration.

Ces systèmes perdent de leur dynamisme alors que les valeurs, normes et contraintes qu'ils modulaient et "géraient", continuent d'être prônées avec vigueur et prêchées sans réserve comme si le simple fait de les évoquer, d'y recourir, pouvait encore suffire à les rendre opérantes et structurantes.

"...le modèle idéal d'une société africaine villageoise, à l'abri des bouleversements historiques, n'existe plus depuis des siècles."(9)

D. Storper- Perez citant Malinowski note que les institutions conservées dans le contexte nouveau fonctionnent d'une manière différente qu'elles ne fonctionnaient autrefois(...), les systèmes de représentations traditionnelles, s'ils demeurent, commencent à occuper une autre position dans le cadre d'une société en mutation et c'est dans les transformations et dans la pluristructuration de la société contemporaine qu'il faudrait chercher les causes de la modification ou de la faillite de la prise en charge traditionnelle de la maladie mentale (10). Et dans ce contexte, la fluctuation de la sémiologie psychiatrique fait que la symptomatologie échappe progressivement aux circuits socio-culturels et leur efficacité ne peut que s'en ressentir.

En milieu urbain, la famille et le groupe subsistent mais avec de nouvelles modalités de structuration comme une tentative d'ajustement à de nouveaux impératifs : " la gérontocratie ancienne s'est trouvée ébranlée par de nouvelles stratifications fondées sur l'instruction et la richesse" (11) qui permettent à l'individu l'accession à un statut qui n'était pas inscrit dans sa naissance. Le primat du groupe rencontre de plus en plus d'opposition, son autorité s'affaiblit parce que contestée.

L'aîné dans la famille ou dans le groupe, a désormais besoin, pour conserver certains de ses prérogatives et droits, d'assortir son statut d'un pouvoir économique afin de pouvoir peser de façon déterminante dans les choix et décisions au sein de la famille. De la femme aussi, on attend ce surcroît de pouvoir économique tout en continuant à vouloir la confiner dans ses anciens rôles et statuts. Chez l'individu, le souci d'assurer sa propre prospérité, sa propre sécurité ou tout simplement sa propre survie avant celle des autres, l'emporte même si une atmosphère communautaire et un esprit d'entraide semblent demeurer.

Mais que le groupe subsiste, que l'atmosphère communautaire et l'esprit d'entraide demeurent, cela n'empêche pas que l'individu, où qu'il soit, soit livré à une réalité de compétition, de stress quotidiens, la solidarité dans les classes d'âge et dans le lignage n'est plus opérante. Quand la pathologie mentale se déclare, à la référence à la loi collective, la loi des ancêtres et aux thèmes culturels font suite des thèmes ayant trait, par exemple au personnage du père qui nous apparaît là non plus comme représentant de la chaîne qui mène aux ancêtres, comme garant de la loi collective transcendante, mais comme détenteur et gestionnaire d'un pouvoir et d'une autorité, contestables, critiquables; un père qui nous paraît dès lors, "attaquable" comme s'il ne représentait plus rien d'autre que sa propre loi, que lui-même. Ou bien bien alors, il nous apparaît, dans le discours de ces femmes, comme le père qui a manqué au rendez-vous, celui qui a déçu l'attente, celui qui a failli à son devoir. Mais un père dont on ne peut pas faire le deuil, comme objet libidinal qui peut combler (ou décevoir) le désir oedipien, le désir incestueux; le père, de qui on attend la compensation, au manque.

Nous rencontrons toujours la donnée persécutive, mais ce qui a changé, c'est le contenu de la thématique : le persécuteur c'est de moins en moins le Rab, mais le père absent ou trop soumis à sa femme, "le père insuffisant", "abandonneur", le chef de service, le collègue de travail, la belle-mère rejetante méprisante ou difficile, la co-épouse plus jeune et préférée du mari, ou bien la menace permanente que représente la grande probabilité d'en avoir et qui reste suspendue comme une épée de Damoclès; mais il y a aussi le mari trop âgé ou absent ou défaillant ou rejetant et généralement trop assujéti à sa mère; il y'a enfin, et pas la moins importante, la mère rejetante ou despotique, dévorante et possessive, la mère phallique, la mère "abandonneur", la mauvaise mère.

Nous avons ainsi été confrontés à un langage nouveau qui interroge, accuse, questionne et interpelle, exprimant des désirs personnels et intimes qu'habituellement la famille et l'entourage ne permettent pas d'exprimer d'une certaine façon.

Mais également des sentiments de frustration, de révolte, de culpabilité et d'angoisse extrême non déguisées, des accusations permanentes, des quêtes d'identité et des difficultés d'identification, etc. Tout cela ne traduisant que l'insatisfaction permanente de l'hystérique et ses déceptions qui ne sont que la répétition d'émois anciens, de l'enfance. Une existence d'inhibitions et de sentiments d'inaptitude, une impossibilité de se réaliser, de s'épanouir, d'être satisfaites, convaincues qu'elles sont, qu'elles ne peuvent pas, devenir mère, être une bonne mère, une bonne épouse, une bonne brue, etc, parce qu'il leur manque quelque chose. Un sentiment d'imperfection et "la quête interminable d'une perfection toujours incomplète" (12)

Ces verbalisations aux thèmes et structures nouveaux témoignent d'une rupture entre la "culture reçue" et la "culture vécue", signant ainsi la disparition des capacités de négociations de son "être avec", la perte des repères et la crise d'identité.

Lorsque l'harmonie entre le "dedans" et le "dehors" est rompue, l'individu se retrouve livré à lui-même, la communication avec l'entourage devient problématique.

"Toute culture encode par des rites et des procédures à finalité normative les significations et les relations liées à l'amour et à la haine. "L'éducation, le dressage et l'acculturation régissent l'usage, le but et l'objet "normal" des pulsions tels que chacun puisse vivre selon la norme ses relations avec autrui et avec soi-même"... "Dans cette perspecti-

ve, la faillite dans la sécurité de l'environnement est aussi une faillite dans l'aptitude du code à organiser les conduites, à régler les élaborations pulsionnelles, c'est à dire à assigner un objet et un but à la pulsion" (13).

Ces verbalisations sont également révélatrices ou annonciatrices d'une dynamique d'"internalisation" laquelle, se posant en alternative aux thématisations projectives habituelles, semble signer une distanciation ou tout au moins des velléités - par rapport au carcan social et culturel et à ses stéréotypes. Ce qui nous apparaît là et nous interpelle c'est l'émergence d'un moi "hors la loi", un moi aux contours encore flous, un moi certes fragile et solitaire, mais suffisamment aux abois pour se sentir désormais contraint de ne pouvoir et ne devoir compter que sur lui-même pour affronter ses conflits car ne pouvant plus accéder facilement aux modes de défenses culturels devenus inconsistants et incertains.

Ce moi n'est pas nouveau; ce qui l'est par contre, ce sont ses formes de manifestations, mais aussi la nature et le contenu de celles-ci et également son expression, les formes et la liberté de cette expression.

Winnicott cité par R. Kaës écrit que "c'est par la culture que s'articulent le code psychique personnel (structure des identifications, des fantasmes personnels et des relations d'objets, des systèmes défensifs) et le code social (système de pensées, valeurs, rapports de sociabilité, mentalités)".(14)

Or ces manifestations psychopathologiques, tout en empruntant les "relais" et tout le "background" culturels semblent s'en affranchir en utilisant- et c'est là la nouveauté- toute une symbolique personnelle,

individuelle avec des signifiants autres qui paraissent échapper aux systèmes traditionnels de "balisage", de décodage et d'encodage. Quand l'imaginaire individuel se passe de "l'idéologie communautaire" de par la structure et le contenu des élaborations mentales, la verbalisation de signifiants nouveaux surprend de par l'étrangeté des thèmes. Et pour l'entourage, cela ne peut avoir valeur de message, de langage; ce qui consacre une profonde rupture.

Ces manifestations psychopathologiques sont vécues par le groupe comme étranges, inquiétantes et arrogantes, elles dérangent parce qu'exprimant fondamentalement des désirs singuliers souvent en profonde contradiction avec ceux du groupe. "On peut faire l'hypothèse que le sentiment subjectif de la rupture dans la continuité de l'environnement et du soi s'enracine sur le sentiment éprouvé lors des premières expériences de rupture qu'à dû vivre l'enfant" (15)

Un fait courant, coutumier, pour ne pas dire culturel, en Afrique et plus particulièrement au Sénégal, est le fait de confier son enfant très tôt- souvent dès le sevrage - à un parent pour son éducation. Chez la plupart de nos patientes, ce fait généralement vécu comme une rupture est également, ultérieurement vécu ou en tout cas présenté comme un abandon. Lors du divorce des parents (souvent avec disparition de l'un d'eux), lors du décès d'un des parents ou lorsque l'enfant au sevrage est confié (parfois de façon définitive) à un parent (proche ou éloigné) pour son éducation, la disparition précoce de l'un ou des parents de la sphère psycho-affective de l'enfant est souvent (pour ne pas dire inéluctablement) source d'angoisse et de culpabilité, lesquelles, sans vraiment disparaître, ne se manifestent généralement que beaucoup plus tard. Les valeurs et institutions sociales et culturelles du groupe d'appartenance permettant de contenir, de canaliser et de gérer ces problèmes par des modes spécifiques d'expression qui atténuent leur caractère désorganisateur, perturbateur, pathogène

ne. Mais plus tard, dans la pré-adolescence, l'adolescence ou dans la vie adulte, que ce cadre, ces repères et ces contenants viennent à faire défaut, et la moindre expérience stressante provoquera - selon la personnalité de l'individu - la rupture qui réactualisera les affects traumatisants de la petite enfance. Et R. Kaës de s'interroger "sur ce qui se passe lorsque, sous l'effet de certains événements, cette expérience de la rupture vient mettre en cause douloureusement la continuité du soi, l'organisation de ses identifications et des idéaux, l'usage de ses mécanismes de défense, la cohérence de son mode personnel de sentir, d'agir et de penser, la fiabilité de ses liens d'appartenance à des groupes, l'efficacité du code commun à tous ceux qui, avec lui, participent d'une même culture" (16)

L'erreur consisterait aujourd'hui à nous laisser enfermer par notre propre regard dans le "miroir déformant du passé", à traquer, nostalgiques, les dernières survivances de certaines valeurs et croyances et de nous en glorifier, comme pour magnifier de façon magique le présent difficilement maîtrisable et contrôlable; présent fait de multiples contradictions et de déchirements angoissants. Un recul impératif et méthodique, par rapport à ce passé "édénique" qui désormais nous échappe, est à prendre. Ce recul s'avère nécessaire, pour engendrer la réflexion, l'analyse et bien sûr la critique.

Continuer à "parler de la tradition, c'est donner une dimension figée à nos valeurs de société" (17)

Si l'individu, quel qu'il soit, ne fait que tendre vers - et reproduire - les idéaux tracés par sa société, ces idéaux ne peuvent avoir de sens et d'impact pour/sur lui qu'en fonction de sa personnalité, de la perception, du vécu qu'il en a. Il ne s'agit pas d'opposer l'individu au groupe, à la collectivité, comme de les poser en termes d'alternatives; ce

sont des éléments inséparables, en rapport de complémentarité.

Entre l'expérience psychologique individuelle et l'expérience collective, il n'y a qu'interaction étroite, et toute idée ou hypothèse de transcendance est à réfuter.

Et aujourd'hui, quand bien même subsisterait le primat du groupe sur l'individu, quand bien même l'existence de l'individu ne saurait se concevoir hors des normes et valeurs du groupe, devant l'évidence que les relations entre personnalité et monde environnant sont médiatisées par les éléments culturels, l'individu sans être un simple "bonhomme", ne saurait être réduit en une sphère polie, en un réceptacle vide dans et sur laquelle, la société, la culture, impriment de façon mécanique leur empreinte.

2. La demande de l'Hystérique en milieu Psychiatrique

Au Sénégal, le silence habituel de l'institution psychiatrique à l'égard des névroses et précisément de l'hystérie n'est ni nouveau, ni particulier et découlerait d'une logique historique générale qui concerne la maladie en général et l'ensemble des maladies mentales en particulier. "Les maladies psychiatriques sont des concepts directement hérités de la médecine traditionnelle des organes(...). En présence d'un nouveau patient, le psychiatre traditionnel ne se met point à l'écoute de la singularité de ses signifiants propres(...): il décrypte. "La réification, l'infantilisation, et l'ignorance du discours des malades ne sont ni moins répandues ni de moindre conséquence en médecine générale qu'en psychiatrie" (18)

Et pourtant, depuis Freud, ses découvertes concernant l'inconscient, l'hystérie, et l'avènement de la psychanalyse, de nombreux auteurs n'ont cessé d'attirer l'attention sur le rôle prépondérant de l'inconscient dans l'activité humaine, comme un véritable médiateur entre le somatique et le psychique.

Selon L. Israël, l'écoute des hystériques, on la doit à Freud en premier. "En écoutant les hystériques, Freud a découvert que le discours conscient n'était qu'une émanation d'un autre discours, inconscient celui-là ; les processus qui lient les deux discours sont la condensation et le déplacement" (19). Pour l'auteur, dès lors, l'hystérie ne peut plus être cantonnée dans les termes simplifiés d'une maladie, car c'est une modalité d'expression de l'inconscient; et non "pas simplement un diagnostic d'élimination; pour en parler, il faut tout un ensemble de données psychologiques que les entretiens vont s'efforcer peu à peu, non sans difficultés de toutes sortes, de mettre en évidence" (20)

L'écoute et l'instauration d'une relation thérapeutique adéquate, feront, sinon disparaître, tout au moins atténuer ou reléguer les symptômes au second plan. "Comme si, d'avoir permis l'entrée dans une relation, ils avaient joué leur rôle" (21) et pouvaient se faire discrets à défaut de disparaître.

Mais les symptômes persisteront et même s'accroîtront tant que l'attitude du thérapeute se confinera, soit dans une médicalisation absolue, soit dans un intégrisme lénifiant, infantilisant, de rejet. "Le but de l'analyse freudienne n'est pas l'adaptation de l'individu mais la découverte de l'inconscient. Le sujet sera libre alors d'utiliser cette découverte selon ses propres souhaits : il n'appartient pas à l'analyste de lui servir de guide(...) l'analyste permet à l'hystérique la possibi.

lité d'abord de parler de ses symptômes. Et en parlant de découvrir qu'ils recèlent les questions fondamentales du sujet. Question de son identité sexuelle, de son désir, question de ce qu'est une femme, en dernier ressort." (22)

Il ne s'agira pas pour le thérapeute, de prendre parti pour l'hystérique et de tomber dans une complicité, une connivence et une empathie stériles, ni de prendre parti pour la famille et/ou l'entourage, ce qui consisterait à rejeter le sujet souffrant. Il s'agira plutôt de comprendre que les conflits apparents ou supposés, qui existent entre l'hystérique et son milieu familial, ne sont que la traduction, le reflet de ses propres conflits intrapsychiques, qui eux sont inconscients.

"Si d'une part, nous admettons la vérité de certaines opinions(...) qui veulent que l'état hystérique soit l'effet long-temps persistant d'une émotion ressentie dans le passé, nous avons d'autre part introduit dans l'étiologie de l'hystérie(...) la prédisposition héréditaire venant de ses géniteurs(...). "Notre conception est que les expériences sexuelles infantiles constituent la condition fondamentale, la disposition à l'hystérie. Elles n'engendrent cependant pas les symptômes hystériques directement mais demeurent d'abord inactives et n'ont un effet pathogène, que plus tard, lorsqu'elles ont été réveillées, sous la forme de souvenirs inconscients, après la puberté." (23)

Mais si le symptôme est une création originale, il est un fait aussi que l'hystérique puisse recourir au réservoir culturel et à ses signes de folie, pour donner corps et forme à ses symptômes, tout en leur donnant un contenu personnel, un "cachet idiosyncrasique", certes inconscient, mais à valeur de message.

Et à ce propos, T. Nathan note que " l'intérêt de l'éclairage ethnopsychiatrique est(...) d'attirer l'attention du praticien sur le fait que les symptômes des névroses peuvent être empruntés au domaine social ou culturel(...) et ceci afin d'en voiler le noyau subjectif aussi bien au patient lui-même qu'à son entourage, sans pour cela rien changer à sa nature" (24)

La nature du symptôme hystérique c'est d'être le produit d'un compromis entre des désirs inconscients inconciliables, face à des exigences internes défensives (les dépenses du moi) qui provoquent le refoulement et produisent ainsi le symptôme.

Selon Freud, "la défense atteint son but qui est de repousser hors de la conscience, la représentation inconciliable, lorsque se trouve chez le sujet en question, jusqu'ici en bonne santé, des scènes sexuelles infantiles à l'état de souvenirs inconscients, et lorsque la représentation à refouler peut être mise en relation par un lien logique ou associatif, avec une expérience infantile de cet ordre(...). Aucun symptôme hystérique ne peut être issu uniquement d'une expérience réelle, mais qu'à chaque fois le souvenir d'expériences antérieures, réveillé par association, concourt à la causation du symptôme" (25). La détermination donc des symptômes chez l'hystérique n'est pas forcément liée à des expériences infantiles; et chez chaque hystérique, on rencontre des symptômes plutôt liés à des "expériences tardives" et même récentes. Le symptôme hystérique n'en est pas moins - comme toujours - l'expression d'un conflit psychique inconscient. "...l'unité psychique de l'humanité est une pierre angulaire de la théorie psychanalytique. Car, sans cet axiome, toute tentative d'extrapolation des données cliniques aux matériaux culturels n'est que spéculation oiseuse : un tour de force vide de sens et dépourvu de toute portée(...)" "...l'esprit humain fonctionne de façon à peu près identique partout, et cela jamais de manière si probante, que dans les

situations de stress(...), "un névrosé ou, a fortiori, un psychotique cheyenne ou maori, ressemble plus à un névrosé ou à un psychotique américain qu'un cheyenne ou un maori normal ne ressemble à un américain normal(...)."L'expérience personnelle vécue de chaque enfant suffit à susciter le conflit oedipien en lui..." (26)

Pourquoi dès lors, vouloir cantonner les africains - en particulier tous ceux qui vivent l'expérience de l'acculturation - à la magie, à la sorcellerie et à la possession, en leur fermant les portes d'accès à l'aventure individuelle et singularisante d'une prise en charge psychothérapique, analytique, lorsque leurs problèmes conflictuels, leurs troubles mentaux et leur demande de "soins" sont assez éloquents et ne peuvent plus se satisfaire convenablement des circuits habituels de soins de leurs milieux culturels ?

"En définitive, l'essentiel pour le psychiatre est de rester authentique dans le cadre de sa pratique" (ce qui ne veut pas dire fermé)". Il doit pour cela éviter l'amalgame des concepts ainsi que le folklore passéiste et paternaliste (27)

"La condition nécessaire à la psychothérapie, condition minimale, est de renoncer à la conviction, pour le psychothérapeute, qu'il connaît les chemins de la vie, du bonheur et du plaisir, et que sa tâche consiste à y ramener le patient" (28)

La demande de l'hystérique en milieu institutionnel clinique, n'est pas une demande médicale ni de conseils pour retrouver sa culture. Elle n'attend donc ni ne réclame une réponse sous formes d'actes médicaux, ou de prescriptions culturelles. Ce qu'elle vient chercher c'est une reconnaissance d'elle même, une image que petit à petit, à travers écoute et verbalisation, interrogations d'elle même et de l'autre, réponses antagonistes et questionnements, identifications et dialogues avec elle-même, elle va pouvoir s'approprier pour asseoir son

identité et advenir. Sa demande, c'est "qui, quoi être" afin d'être, et être avec les autres ? Comment s'autoriser les choix indispensables pour advenir, sans se couper du milieu social et familial; ce qu'elle vient chercher, c'est les éléments d'étalement de son identité, de son équilibre, de l'harmonie, perdue, entre le dedans et le dehors.

Et avec le thérapeute, lorsque la relation s'instaure ainsi qu'un "implicite commun" émerge progressivement un discours nouveau, surprenant, de ces "malades" sur leur "maladie". Un discours qui parvient à reléguer les plaintes somatiques au second plan, mettant en avant l'expression de toute une problématique existentielle portant sur les inter-relations au sein de la famille et du groupe, sur le statut, l'identité, la filiation, les coutumes et valeurs sociales, collectives. Elles posent les difficultés d'articulation entre les désirs et perspectives personnelles et les contraintes, les usages et normes culturels.

Une des particularités de ces manifestations, est la rapidité, la souplesse, avec laquelle le "corps malade et souffrant" cède la primauté - mais sans pour autant s'estomper aussitôt - à "l'être malade et souffrant", nous donnant ainsi la nette impression que "tout cela" n'était qu'un "mot de passe", un corps qui, à défaut d'être un "corps - support d'identité" et de sa culture, un "corps-carte d'identité", était investi - dans sa souffrance et sa mortification - comme un corps malade, "carte d'accès" à l'hôpital - Hôpital - lieu de diagnostic - reconnaissance (de la maladie), et, qui sait, lieu d'écoute, lieu de parole, lieu/scène où l'on venait "jouer" la dramatique trame de son existence, pour retrouver ou acquérir de nouvelles possibilités, de nouveaux codes, de négociation et de redéfinition d'un statut et d'une identité, perdus dans la nuit des temps.

C'est comme si l'institution et le mode de relation qu'elle peut créer, induisent la structure et la cohérence qui font défaut à ces femmes dans leurs milieux familiaux qui semblaient dès lors avoir failli à leur fonction de contenant.

"...la névrose est souvent la moins mauvaise solution pour l'hystérique, livrée à son entourage qui ne pourrait peut être pas évoluer en même temps qu'elle(...) "ce qui naît de la psychothérapie est une parole, parole neuve qui s'oppose à la parole usée, galvaudée, par la soumission aux modes de pensée imposés" (29)

Ce que traduisent ces femmes, c'est le difficile passage d'un monde à un nouvel univers, le difficile accès à une vie adulte, la perte de leur culture, de leur double; leur quête est une quête de recouvrement de la globalité de leur réalité psychique et d'une adéquation entre le dedans et le dehors, entre psychisme et culture; et pour cela, elles ont besoin dans leur tête, dans leur esprit, du rétablissement des frontières, des limites, des délimitations, nécessaires au psychisme pour fonctionner.

"Sa propre culture forme à chacun une sorte d'ombre, un double(...), le rapport de l'homme avec ce double - la culture -, constitue une fonction psychique fondamentale(...). "L'une des fonctions de la culture(...) est de fournir à l'individu, une conceptualisation de la délimitation entre dedans et dehors..." (30)

Selon l'auteur, la nature humaine est dotée d'une double structuration, psychique et culturelle; ces structures(psychisme et culture) sont des "doubles" l'une de l'autre, et "ont pour fonction (...) de rendre le réel signifiant et prévisible"; aussi, explique -t-il, "l'individu exis-

te si - et seulement si - ces deux structures coexistent en lui dans un rapport homologique" (31)

Le problème fondamental que recèlent ces verbalisations hystériques c'est le drame de la perte de l'identité du personnage, un drame de l'imaginaire traduisant la perte du "double culturel". Dans ces fragments de discours, le thème du "double" apparaît de façon manifeste dans la formulation du thème du fiancé/amant rab (viril, bon, protecteur et bon amant); mais il est également présent dans la narration que fait l'hystérique de sa vie et des "conditions inhumaines" de l'existence que lui fait mener son entourage (principalement la mère ou la mère adoptive ou la belle-mère et les belles-soeurs); et cette forme de narration et son contenu, nous semblent évoquer tout en s'y référant, un conte-légende africain dont la traduction sénégalaise est intitulée "Coumba l'orpheline"*

La problématique exprimée là par l'hystérique est une problématique de perte indéfiniment réparable et dont les manifestations sont une tentative d'élaboration à laquelle l'institution -la relation psychothérapeutique - devait être en mesure de donner forme et contenant.

Car nous pensons qu'une personne peut croire en l'existence et en la manifestation des esprits, tout en étant névrosée, hystérique ou autre.

Et ceci n'enlève rien au fait que dans les premiers entretiens avec ces femmes, l'évocation de ces thèmes culturels paraissent être un appel de diagnostic traditionnel; même si par ailleurs l'on se demande si le "fiancé/amant rab - esprit incube - n'est pas une représentation de l'inceste, tant son personnage évoque celui du père.

* Voir annexe I

Toujours est-il que ce thème nous semble traduire une tentative d'ajustement, une dynamique de compensation, une sorte de nostalgie de ce "double" dont elles ne peuvent faire le deuil, de même que celui du père.

"La force des représentations tient par le consensus qui s'y attache. Les croyances sont agissantes quand elles sont partagées (...) la possession ne peut avoir de vertus adaptatives que dans un contexte socio-culturel particulier. Si le contexte change, elle n'a plus sa raison d'être. Et la résistance à sa disparition est une ouverture à la pathologie." (32)

Les voies naguère proposées par la culture aux désordres psychiques s'effacent ou deviennent difficilement accessibles ou ne sont plus tout simplement offertes, proposées; et quand bien même elles le seraient, l'absence de cohésion dans les préalables et dans ce qui est préconisé par l'entourage (avec ses différents membres aux intérêts différents, divergents), enlève toute crédibilité et toute fiabilité à ce type de recours; surtout lorsque le doute sur la filiation s'est insinué, mettant en cause l'identité du moi et provoquant un bouleversement transitoire de la personnalité. Le drame de ces femmes ne serait-ce pas un mal de possession, et la quête d'une parole restauratrice des étayages nécessaires pour leur existence ? Parole qui renverrait à la loi fondatrice du père ?

"les cultures africaines communautaires et fusionnantes préparent et facilitent la possession. Les cultures occidentales techniques, qui séparent et isolent, préparent au refus d'être possédé. Il serait aussi intéressant de se demander par quoi a été remplacé ce désir de possession (d'être possédé) chez ceux qui l'ont perdu" (33). Peut être par le désir de posséder, le désir de possession phallique ?

"L'amant/fiancé rab représente la personne avec qui on est

le plus gêné dans la vie courante : le père" (34). Problématique de perte du "double" et à la fois thématique incestueuse ?

3. La rencontre faussée avec l'institution

Conflits psycho-affectifs et sexuels, contraintes sociales et culturelles insupportables, situations d'abandon douloureusement vécues, qui altèrent les relations avec l'entourage, provoquent des ruptures d'équilibre, mettant en cause les fondements mêmes de l'identité chez ces femmes à la réalité psychique clivée, et qui expriment leur souffrance dans ce clivage.

Or les thérapeutes de l'institution auxquels elles s'adressent, ne sont pas comme elles, clivés; et c'est dans la cohérence théorique de l'institution psychiatrique dont la force et le prestige résident dans le savoir médical. Sa logique classiquement, réside dans l'observation et le "décryptage" qui ne laissent généralement guère de temps à l'écoute; le discours du malade est usurpé; on s'intéresse au corps et à ses dysfonctionnements comme signes de maladie. Or les symptômes des désordres hystériques sont "une création personnelle, originale du patient par laquelle il exprime, il communique à un autre (réel ou fantasmatique) un discours certes hermétique mais allusif."(35)

Le symptôme donc est un "mode d'expression de l'inconscient", il a valeur de langage, il doit être perçu comme message. Mais cela suppose que le thérapeute "se départisse, le temps du transfert, de ce dont il habille communément son être, autrement dit : c'est avec son desêtre qu'il devra affronter l'autre, celui/celle qu'on dit malade ou fou (folle)" (36).

L'hôpital comme le cabinet privé sont donc investis comme lieu de parole mais encore faudrait-il que cette parole rencontre une écoute, qu'elle soit entendue. Il ne s'agira pas de l'écoute récupératrice, restauratrice de l'ordre communautaire, d'une écoute normative, mais d'une écoute la moins chargée de préjugés; une écoute ouverte, la plus neutre, libérée de tout conformisme, capable d'entendre ce dont le groupe, la famille, ne peuvent tolérer la verbalisation.

Un lieu provisoire de réaménagement pulsionnel et narcissique pour l'acquisition, à plus ou moins longue échéance, d'une maturité psycho-affective qui jusqu'ici faisait défaut et de meilleures capacités d'insertion.

Mais nous pensons que l'institution psychiatrique, n'a pas pu "penser" l'hystérique, sa démarche thérapeutique étant jusqu'ici diagnostique, symptomatique et médicalisante si besoin est; ou alors, une attitude compréhensive et empathique souvent axée essentiellement sur l'"écheveau" des interrelations de l'individu et de l'entourage. Or, les conflits relationnels que l'hystérique a avec son entourage - nous l'avons dit -, ne sont que le reflet de ses conflits intrapsychiques inconscients.

Le tradithérapeute lui, se servait de ces interrelations, des statuts, rôles et codes qui les organisaient; son action et son efficacité thérapeutiques, résidaient dans la manipulation symbolique des signifiants culturels, l'enjeu de sa relation thérapeutique avec le malade ne concernant guère celui-ci mais ses rapports aux autres, la réorganisation de ces relations.

Le psychothérapeute lui, n'est pas formé pour manipuler les signifiants culturels; ce qui ne veut pas dire qu'il doive en faire fi. Son registre d'intervention est tout autre; c'est l'individu, son langage inconscient, le contenu de son discours, l'imaginaire et les fantasmes, ses désirs, ses déceptions, sa souffrance. Ce que l'hystérique, inconsciemment attend de la relation, c'est une médiation susceptible de lui assurer à nouveau, une communication entre deux mondes, "deux systèmes de pensées", entre le dedans et le dehors, entre le manifeste et le latent, entre elle et son/ses double (s).

Dans notre attitude thérapeutique avec ces femmes, nous avons estimé nécessaire dès le début d'envisager les faits et productions à la fois du dedans et du dehors; conscient que pour ce qui est de la dimension socio-culturelle de ces faits et productions, nous devons dépasser le stade élémentaire auquel, en tant qu'africain, nous percevions "naturellement" et "naïvement" ces phénomènes, notre démarche devait s'élever de la connaissance empirique à la compréhension du "signifié". " C'est, sans doute la vocation principale de l'ethnopsychiatrie que de fournir une théorie homogène de la limite entre soi et l'autre, entre dedans et dehors, entre psychisme et culture (...)" elle place le chercheur dans une position de double."(37)

Si les thérapeutes de l'institution psychiatrique de "Fann" n'ont pas pu "penser" l'hystérique, c'est qu'ils n'ont pas su répondre à la question de savoir comment faire cohabiter les deux systèmes de pensées auxquelles étaient en butte l'hystérique, écartelée dans sa tête et dans son corps, entre ces deux univers.

Cette limite impliquait de la part des thérapeutes, une pensée théorique et des aménagements techniques qui nécessitaient de se défaire, le temps de la relation, du savoir et des certitudes rigides médicales,

pour une fois qu'il ne s'agissait pas/plus (uniquement) de décrypter mais surtout d'écouter. Mais il n'est pas possible de faire les deux à la fois. Or le médecin, le psychiatre ne peut pas ne pas décrypter. La rencontre ne pouvait qu'être compromise. A moins que quelqu'un d'autre soit là pour écouter, car cette écoute ne pouvait se faire que dans un cadre thérapeutique spécifique à instaurer, à négocier de manière à permettre chez ces "malades" "doubles", d'une part l'expression de leur problématique aux articulations culturelles et d'autre part l'expression de leur problématique oedipienne. Cela suppose chez le thérapeute, la conscience et la conviction que, pour ces types de "malades", ni la démarche psychiatrique classique à elle seule, ni le discours psychologique à lui seul, ni le discours ethnologique à lui seul, ne sont suffisants pour entendre et comprendre leurs manifestations et productions inconscientes. Car pour servir d'intermédiaire, de "passeur" entre ces sujets et leurs " doubles" perdus, la maîtrise d'un double discours complémentaire (et non simultané) s'avère indispensable pour ne pas les amputer d'une partie des déterminants constitutifs de leur personnalité, de leur moi.

NOTES

1. F. A. MANDERSCHIED, *op. cit.*, 1983.
2. J. RABAIN, *op. cit.*, 1979.
3. A.B. DIOP, *op. cit.*
4. G. DEVEREUX, *op. cit.*, 1985.
5. *Idem.*
6. T. NATHAN, *op. cit.*, 1986.
7. B. LY cité par A. ZEMPLINI, *op. cit.*, 1968.
8. I. SOW : *Les structures anthropologiques de la folie en Afrique noire*. Payot, Paris, 1978, 194 p.
9. M. DORES, *op. cit.*
10. D. S. PEREZ : *La folie colonisée*. Maspéro, Paris, 1974, 156 p.
11. *Idem.*
12. L. ISRAEL, *op. cit.*, 1980.
13. R. KAES et COLL : *Crise, Rupture et Dépassement* - Dunod, Paris, 1979, pp 1-81.
14. *Idem.*
15. *Idem.*
16. *Idem.*
17. FATOU SOW, sociologue (IFAN) lors d'un débat télévisé à l'occasion de la "Quinzaine de la femme" - Mars 1989.
18. J. - CL. MALEVAL, *op. cit.*, 1976.
19. L. ISRAEL, *op. cit.*, 1980
20. PH. MAZET : "Hystérie et pathologie Psychosomatique" *Persp. Psychiatr.* - n° 44 - V, 1973, PP. 47-53.

21. L. ISRAEL, *op. cit.* 1980.
22. *Idem.*
23. S. FREUD : *Névroses, Psychoses et Perversions.*
24. T. NATHAN : "L'homme contraire, Ethnopsychiatrie appliquée à la clinique quotidienne. *Persp. Psychiatr.*, 1975, IV, N° 53. *ETHNOPSYCHIATRIE*", pp. 283-286.
25. S. FREUD, *op. cit.*
26. G. DEVEREUX, *op. cit.*, 1985.
27. M. DORES, *op. cit.*, 1981.
28. L. ISRAEL, *op. cit.*, 1980.
29. *Idem.*
30. T. NATHAN, *op. cit.*
31. *Idem.*
32. M. DORES, *op. cit.*
33. H. COLLOMB et P. MARTINO : "Possession et Psychopathologie". Colloque sur les cultes de Possession. CNRS, Paris, 21-26 oct. 1968.
34. M. DORES, *op. cit.*
35. Ph. MAZET : "Hystérie et Pathologie Psychosomatique", *op.cit.*
36. S. STOIANOFF NENOFF : "Inconscient et/ou culture". *Psychop. afric.*, 1981, vol XVII, N° 1/2/3, pp. 394-401.
37. T. NATHAN, *op. cit.*

ANNEXES

ANNEXE I

Coumba l'orpheline

Il s'agit de l'histoire d'une jeune fille, Coumba Siré, orpheline de mère dès l'âge de 4 ans et vivant avec son père, la femme de celui-ci et sa demi-soeur consanguine Coumba Fary qui a à peu près le même âge qu'elle.

Coumba Siré n'est aimée ni de son père, ni de sa "tante" ni de sa demi-soeur qui est une enfant gâtée, capricieuse et immature.

Coumba Siré est maltraitée, battue et avilie à longueur de journée par la femme de son père ; une véritable marâtre qui règne avec autorité, méchanceté et mépris sur Coumba Siré mais également sur son mari, personnage fantoche, faible de caractère, assujetti à sa femme et compatissant aux mauvais traitements que celle-ci inflige à Coumba Siré.

Les tâches ménagères, les corvées d'eau, etc., sont son lot quotidien, elle ne mange jamais à sa faim et quelquefois même, on ne lui donne pas à manger ; pour un oui ou pour un non, elle est battue,

piétinée... C'est la bonne à tout faire de sa "tante" et plus particulièrement de sa demi-soeur. C'est ainsi que cette dernière fut subitement intéressée par le beau bracelet que portait l'orpheline, cadeau que lui avait fait sa mère avant de mourir. Mais étant donné que l'on ne pouvait plus enlever ce bracelet à la jeune fille, à moins de lui couper la main, la marâtre chargea son mari de s'en occuper. Celui-ci s'exécuta. Coumba Siré, le bras droit ensanglanté amputé de la main, s'enfuya dans la forêt où les esprits et les arbres, sensibles à son malheur, lui témoignèrent beaucoup de gentillesse. C'est alors que l'esprit de la forêt, par respect d'un pacte de protection signé naguère avec la mère de l'orpheline, fit don à cette dernière d'une main en or et lui confia également un secret. La jeune fille, de retour chez elle, sa nouvelle main en or enveloppée dans un chiffon, redoubla d'ardeur dans les travaux domestiques allant même jusqu'à manifester une certaine euphorie dans les tâches les plus dures comme la corvée d'eau. Sa "tante" étonnée par une telle bonhomie, un tel enthousiasme et une telle rapidité et efficacité dans l'exécution de tâches aussi difficiles, surtout chez un manchot, - c'est ainsi qu'on l'appelait - finit par la prendre pour une malade mentale, une folle ; personne dans son entourage n'était au courant de la nouvelle main.

C'est ainsi qu'un jour le roi organisa une fête publique à laquelle furent conviées toutes les jeunes filles célibataires du village et de ses environs.

Il voulait une femme et celle qu'il allait choisir devait remplir quatre conditions :

1. Etre belle,
2. Savoir bien danser,
3. Etre en possession de tous ses membres,
4. Connaître le nom de l'arbre qui était devant chez le roi.

Alors les jeunes filles, dans leurs plus beaux boubous défilèrent devant le roi et une à une dansèrent mais nulle ne sut dire le nom de l'arbre. Au grand étonnement de tous, Coumba l'orpheline - qui aux yeux des gens ne pouvait et ne devait pas participer vu qu'il lui

manquait une main - se leva, dansa et dit, avec une aisance stupéfiante, le nom de l'arbre. Elle fut alors choisie par le roi et se maria avec lui, au grand dam de sa demi-soeur (Coumba Fary) qui ne cessait de pleurer et de ruminer son échec. Sa mère alors lui suggéra d'empoisonner Coumba Siré pour ensuite se faire épouser par le roi ; mais finalement la fille préféra faire basculer Coumba dans un puits ; elle fût sauvée de justesse.

Le roi apprenant cela, fit décapiter Coumba Fary et envoya sa tête à sa mère. Et il vécut heureux avec sa femme et ils eurent beaucoup d'enfants.

ANNEXE II

Légende de Kocc Barma

L'adage wolof selon lequel "un fils adoptif n'est pas un vrai fils" proviendrait certainement des fameuses maximes ou "quatre vérités" du philosophe sénégalais du siècle : Kocc Barma qui portait - selon la légende - sur son crâne quatre touffes de cheveux et qui mettait au défi son entourage pour trouver le sens de ces quatre touffes. Son défi et les échecs successifs de ses concitoyens parvinrent aux oreilles du roi qui le fit convoquer et apprit ainsi que celui qui parviendrait à déchiffrer le sens de ces quatre touffes de cheveux pourrait disposer de la vie de Kocc.

Le roi, qui avait grandi avec Kocc comme un frère, releva alors le défi, demanda un délai de réflexion, fit convoquer en douce la femme de Kocc et lui proposa un marché : une malle de bijoux contre la révélation du secret de Kocc. Celle-ci accepta. Le lendemain, le roi, offusqué mais fier devant tout le village rassemblé, livra à Kocc le secret de ses touffes. Kocc, bien que surpris, se montra bon joueur et se livra au roi qui décida de lui couper la tête. Mais dès que la nouvelle de l'exécution imminente se répandit, l'adolescent que Kocc avait adopté et élevé depuis son jeune âge et qu'il considérait comme un

véritable fils, se précipita sur Kocc pour retirer son pagne avec lequel ce dernier s'était ceint les reins, afin qu'il ne soit pas tâché par le sang de son père.

Et au moment où l'on allait procéder à l'exécution, voilà que surgit de la foule un des vieux sages du village qui s'adressa au roi, lui demandant de grâcier Kocc, évoquant leur enfance passée ensemble, leur initiation commune, leurs jeux d'enfants et leurs communes activités d'adolescents.

Kocc, grâcié, expliqua alors qu'il a failli perdre la vie pour n'avoir dit que la stricte vérité que les derniers événements ne faisaient qu'illustrer parfaitement.

- Le sens de la première touffe était :

"Aime ta femme mais n'aie jamais confiance en elle" (ne te fie jamais à elle). En effet, sa femme ne venait-elle pas de le trahir, mettant sa vie en danger, pour une malle de bijoux ?

- Le sens de la seconde touffe était :

"Un fils adoptif n'est pas un véritable fils". Alors qu'il allait mourir, son fils adoptif n'avait pensé qu'à sauver son pagne, manifestant une cruelle indifférence au sort tragique qui allait être celui de son père.

- Le sens de la troisième touffe :

"Un roi n'a ni parent ni ami". Malgré les liens fraternels et la complicité qu'il avait avec le roi, de leur tendre enfance à l'âge adolescent, ce dernier était prêt à lui ôter la vie.

- Le sens de la quatrième touffe :

"Il est toujours bon d'avoir des sages autour de soi", car si ce vieux monsieur du village n'était pas intervenu auprès du roi, ce dernier l'aurait décapité.

Nous aimerions rajouter que quels que soient le contenu idéologique et la pertinence ou l'impertinence de ces adages et assertions, il ne nous appartient pas ici d'en discuter.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

(des ouvrages cités)

1. ALIBERT-MANDERSCHIED, F.: "Le Meret ou "La folie des Parturientes" au Sénégal". Mémoire de C.E.S. de Psychiatrie- Université Paris VII-1983, 138 p.
2. AYATS, H. : "Dix ans de psychiatrie Africaine à Dakar". in "Psychiatrie au Sénégal". *Etud. Méd.*, 1968, pp. 57-64.
3. BASTIDE, R. : *Sociologie des maladies mentales*. Flammarion, Paris, 1965, 314 p.
4. BRABANT. G.P. : *La psychanalyse* - Seghers, Paris, 1970-1971, 191 p.
5. COLLIGNON, R. : "Essai de bibliographie commentée", *Psychop. Afric.*, Vol XIV, N° 2-3, 1978.
6. COLLOMB, H. : "Maladies psycho-somatiques au Sénégal". *Acta medica Psychosomatica*, 1967, 3-13- Résumé dans "Essai de bibliographie commentée, R. COLLIGNON- P.A., 1978, vol. XIV, N° 2-3.
7. COLLOMB, H. : "La Position du conflit et les structures en voie de transformation". *Canad. Psychiatr. Ass. J.*, 1967, XII, 451-464. Résumé in "Bibliogr. commentée"- P.A., 1978, vol XIV, n° 2-3.
8. COLLOMB, H. "Ethno-psychiatrie et évolution de la schizophrénie". *Confront. Psychiatr.* N° 2 -Déc 68-pp 87-106.
9. COLLOMB, H.: "L'urbanisation désintégratrice de la société traditionnelle". Journée Bordeaux-Afrique. Bordeaux, 7-11 oct. 1977.
10. COLLOMB, H. : "L'avenir de la psychiatrie en Afrique". *Psychop. Afric.*, vol IX, N° 3, 1973, pp. 343-370.
11. COLLOMB. H. : "Réflexion sur l'ethnopsychiatrie (à propos d'une expérience sénégalaise-". symposium "Biologie du cerveau et malad. Ment.", Paris, oct. 1976. - résumé in "psychol. Méd." 1979, 11,6.
12. COLLOMB, H; AYATS, H. et ZWINGELSTEIN, J. : "Tétanos hystérique (propos de 2 cas)". *Bull. Soc. Méd. Afr.*, N. L. fr., 1963, VIII, 3, pp. 282-286.
13. COLLOMB, H. , DIOP, M. MARTINO, P. et ZEMPLIENI, A. : "Hystérie et crise de Possession. Etude ethnopsychiatrique chez les wolof du Sénégal". C.R. Congrès de Psychiatr. et Neurol. L. fr. LXVIIIè session, Lausan-

ne, 13-18 sept. 1965, pp. 389-399.

14. COLLOMB, H.; ZEMPLENI, A et STORPER, D.: "Quelques considérations sur le rôle, le statut, et les relations interpersonnelles en Afrique noire". 73, rd Annual Convention of American Psychological Assoc.- Chicago, 3-7 sept. 1965.
15. COLLOMB, H. et MARTINO, P.: "Possession et Psychopathologie". Colloque sur les cultes de Possession- CNRS, Paris, 21-26 oct. 1968.
16. COLLOMB, H. et VALANTIN, S.: "Famille Africaine" (Afrique Noire)- Extrait de *L'enfant dans la ville*- Masson, Paris, 1970, pp. 325-349.
17. CORRAZE, J.: "La question de l'Hystérie"- in *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie*, Privat, Toulouse, 1983, pp. 401-412.
18. D'ALMEIDA, L.; SYLLA, O; BA, M. et SENGHOR, F.R.: "Quelques considérations statistiques sur la symptomatologie névrotique au Sénégal". Ières journées Franco-Ivoiriennes de Psychiatrie et de Pédo-Psychiatr.- Abidjan, 7-8 fév. 1983, 11p.
19. DENIKER, P. et LOO, H. : "Les formes modernes de l'Hystérie"- *La Revue du Praticien*, Tome XXVIII- N° 32.
20. DEVEREUX, G.: *Ethnopsychanalyse complémentariste*- Flammarion, Paris, 1985, 375 p.
21. DIDI-HUBERMAN, G.: *Invention de l'hystérie - Charcot et l'iconographie photographique de la salpêtrière*- Ed. Macula, Paris, 1982, 303 p.
22. DIOP, A.B.: *La famille Wolof*- Khartala, Paris, 1985.
23. DORES, M.: *La femme village*- l'Harmattan, Paris, 1981, 215 p.
24. DUGUAY, R.; ELLENBERGER, H.F. et COLL. : *Précis pratique de Psychiatrie*.Maloine Editeur, Paris, 1981, 693 p.
25. EY, H. : *Manuel de Psychiatrie*, 5ème édition, Masson, Paris, 1978, 1252 p.
26. FREUD, S.: *Cinq Psychanalyses*, PUF, Paris, 1977, 422 p.
27. FREUD, S. : *Totem et Tabou*, P.B.P., Paris, 1979, 186 P.
28. FREUD. S.: *Névrose, Psychose et Perversion*, PUF, Paris, 1973.
29. GORI, R.: "L'Epistémophilie hystérique", *Act. Psychiatr.*, N° 2, 1983, pp. 50-60.
30. ISRAEL, L.: *L'hystérique, le sexe et le Médecin*- Masson, Paris, 1976;, 1979.

31. ISRAEL, L.: "Le défil hystérique" *act. Psychiatr.* N° 2- 1983.
32. KAES, R.: "Introduction à l'analyse transactionnelle". *in, Crise, Rupture et Dépassement*, Dunod, Paris, 1979, pp. 81.
33. LEBIGOT, F. et MONGEAU, A.: "L'Afrique a ses secrets. Questions sur la place de l'ethnographie dans la pratique psychiatrique en Afrique.
 1. observations commentées de 2 malades Sénoufo.
 2. La relation interculturelle et l'ethnographie". *Psychop. Afric.*, 1982, vol. XVIII, N° 1, pp. 5-58.
34. *Le Grand Médical*, "Psychiatrie"- Edito-Service S.A, Genève, 1974. pp. 237-381.
35. LE GUERINEL, N.: "Troubles névrotiques et troubles Psychosomatiques en milieu africain". *in, Psychiatrie au Sénégal-* Et; Méd., 1968. pp. 33-42.
36. LEMPERIERE, T. et HARDY, P. : "La personnalité hystérique". *Hystérie - La Revue du Praticien*, 1982, 32, N° 13, pp. 879-893.
37. LEUCKX, R.: *Perspectives d'avenir de la psychiatrie en Afri. Noire : à partir d'une réflexion sur l'évolution de l'assistance psychiatrique au Sénégal.* Thèse Doct. Méd.. Dakar, 1975. N° 6 - 129 p.
38. MALEVAL, J. - CL. : "Peut-on parler de maladie mentale ?". *Les temps Modernes* N° 356, Mars 1976.
39. MALEVAL, J. - CL.: *Folies hystériques et Psychoses dissociatives*, Payot. Paris, 1981, 315 p
40. MASSE, G.; JACQUART, A. et CIARDI, M.: *Histoire illustrée de la psychiatrie en 41 leçons et résumés.* Dunod, Paris, 1987.
41. MAZET, PH.: "Hystérie et pathologie Psychosomatique", *Persp. Psychiatr.* N° 44-V, 1973, pp. 47-53
42. MOREIGNE, J. - P.: "La relation intersubjective transculturelle". *Etud. Méd.*, 1968- *Psychiatrie au Sénégal.* pp. 26-32.
43. NATHAN, T.: "Actualité clinique de l'ethnopsychiatrie: culture et symptôme"- *in, Cultures et Symptômes - N° 5 - 1ère journée de travail -Département d'ethnopsychiatr. de l'Institut Univ. de Bobigny-* pp 2-25.
44. NATHAN, T.: "L'homme contraire, Ethnopsychiatrie appliquée à la clinique quotidienne". *Persp. Psychiatr.*, 1975. IV N° 53-
45. NATHAN, T. "Hystérie, aujourd'hui"- *Persp. Psvchiatr.* 1984-IV-N° 98 pp 291-292

- 45.bis NATHAN, T. : Interview dans *Le Nouvel Observateur*, 29 août-4sept.1986
46. NATHAN, T.: "Hystérie ou Possession" - in *Corps malade et magie*- Revue de Méd. Psychosom. N° 5, 1986, pp. 11-21.
47. NATHAN, T.: *La Folie des autres*- Dunod, Paris, 1986, 241 p.
48. ORTIGUES, M.C.; MARTINO, P. et COLLOMB, H.: "Intégration des données culturelles africaines à la psychiatrie de l'enfant dans la pratique clinique au Sénégal". *Psychop. Afric.*, 1966, II, 3, pp. 441-450.
49. ORTIGUES, M.C. et Ed. *Oedipe africain*. Plon, Paris, 1973, 436 p.
50. *Petit Larousse illustré*, 1983.
51. PICARD, P. : " Evaluation des activités de Consultation externe du service de Psychiatrie du CHU-Dakar". Mémoire CES de Psychiatrie, Dakar, 198 p.
52. RABAIN, J.: *L'enfant du lignage*. Payot, Paris, 1979, 237 p.
53. SCHURMANS, D.: "Significations Psychodynamiques et fonctions culturelles des interprétations traditionnelles wolof des maladies mentales". *Psychop. Afric.*, 1971, vol VII, N° 1, pp 57-100.
54. SOW, I.: *Les structures anthropologiques de la folie en Afrique Noire*. Payot, Paris, 1978, 194 p.
55. STOIANOFF NENOFF, S.: "Inconscient et/ou culture"- *Psychop. Afric.*, 1981, vol XVII, 1/2/3, pp. 394-401.
56. STORPER-PEREZ, D.: *La folie colonisée*, Maspéro, Paris, 1974, 156 p.
57. ZEMPLIENI, A. : "La dimension thérapeutique du culte des rab. Ndöp, tuuru et samp. Rites de Possession chez les Wolof et les Lébou". *Psychop. Afric.*, 1966, vol II, N° 3, pp. 295-439.
58. ZEMPLIENI, A.: *L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lébou (Sénégal)*.
Thèse de IIIe cycle, Fac. Lettr. et Sc. Hum. Paris, 1968, 543 p.

E R R A T A

- Page du sommaire : chapitre III n° 2 : les limites de la démarche
psychiatrique au Sénégal
- P. 3 : 3ème paragr. - 1ère ligne : coïncidé
- P. 4 : note en bas de page : SAINTS-Pères
- P. 25 : 2ème ligne : raté
- P. 28 : 2ème ligne : systèmes
- P. 34 : dernier paragr. - 2ème ligne : hippocrate
- P. 36 : 4ème ligne : théâtralités
- P. 39 : 3ème paragr. 3ème ligne : rétrécissement
- P. 40 : 2ème ligne : le mot irritativité est à mettre entre guillemets
12ème ligne : révèle
18ème ligne : rets
- P. 42 : 10ème ligne : phénomènes
- P. 43 : 1er paragr. - avant-dern. ligne : combinatoire
dernier paragr. 3ème ligne : règles
- P. 45 : le n° 4 qui précède le titre est à supprimer
- P. 46 : 6ème ligne aïeuls
- P. 47 : mettre n° 4 au lieu de 5 devant : "la notion du corps
- P. 48 : dernier paragr. 1ère ligne : rets
- P. 50 : 8ème ligne : coïncidence
second paragr. 2ème ligne : au-delà
- P. 51 : mettre n° 5 au lieu de 6 au titre
- P. 54 : mettre n° 6 au lieu de 7 au titre
- P. 55 : premier paragr. - 4ème ligne : théâtrales
- P. 57 : 1ère ligne : toute entière
- P. 60 : mettre n° 7 au lieu de 8 au titre
- P. 61 : 1ère ligne : syndrome
- P. 62 : dernier paragr. 2ème ligne : une virgule après la famille
- P. 63 : 7ème ligne : papier taché
- P. 66 : 2ème paragr. - 2ème ligne : malgré
- P. 68 : 12ème ligne : ouï-dire
- P. 69 : dernier paragraph. - 2ème ligne : seraient
- P. 80 : dernier paragraphe - 5ème ligne : comme
- P. 81 : 14ème ligne : pratiqué
- P. 82 : 3ème paragr. - 2ème ligne : des guillemets à sine qua non
- P. 86 : 5ème paragr. - 1ère ligne : l'agression
- P. 87 : 1ère ligne : à
- P. 88 : un point d'interrogation à la fin de la toute dernière phrase

- P. 90 : avant dernier paragr. 4^e ligne : problème
- P. 92 : 9^e ligne : regrettablement
- P. 94 : 11^e ligne : leurs procédures
- P. 96 : 14^e ligne : coïncider
- P. 98 : 13^e ligne : aiguë
- P. 100 : 5^e ligne : conjuguées
- P. 103 : 2^e paragr. - 2^e ligne : une virgule après anciennes
- P. 105 : 3^e paragr. - 4^e ligne : s'avérait
- P. 110 : -2^e ligne : NATHAN
-14^e ligne : inconscientes
- P. 113 : 17^e ligne : a conduit à
- P. 125 : 18^e ligne : fin de ligne : de les lui
- P. 127 : 13^e ligne : syncrétisme
- P. 131 : avant-dernière ligne, il n'y a pas de virgule à "je ne suis pas guérisseur"
- P. 133 : 2^e paragr. 6^e ligne : représentations
- P. 134 : 2^e paragr. 3^e ligne : il manque une parenthèse
- P. 141 : 2^e paragr. 1^{ère} ligne : la retranscription
- P. 152 : 3^e ligne : assujettissement
- P. 155 : dernier paragr., 4^e ligne : conformité
- P. 169 : 2^e paragr. 5^e ligne : par l'acceptation du statut
- P. 170 : -16^e ligne mettre un point à F.
-21/22^e ligne : pacte d'alliance
- P. 180 : -supprimer à le 1^{er} mot de la 1^{ère} ligne
-la 3^e ligne en partant de la fin : ça
- P. 183 : 6^e ligne : "l'hôpital Fann" à mettre entre guillemets
- P. 187 : dernière ligne en bas de page - fin de ligne - après en-
- P. 191 : - 1^{er} paragr. 4^e ligne : aggravation
- dernier paragr. dern. ligne : hôpital
- P. 195 : - 2^e paragr. 3^e ligne : la plaçait
- 4^e paragr. 1^{ère} ligne : compensatoires
- P. 201 : - 1^{er} paragr. 3^e ligne : ces et non ses
- 2^e paragr. 5^e ligne : wolof sans s
- P. 202 : 16^e ligne : ça (en début et en fin de ligne)
- P. 203 : 3^e ligne : évoquent
- P. 204 : un trait d'union à belle-famille (3^e ligne)
- P. 206 : 2^e ligne : ça (sans accent grave)
- P. 207 : la parenthèse dans la citation de M. Dorès (...)
- P. 210 : dernière ligne : insurmontables

- P. 214 : dern. paragr. - 2^e ligne : ça (sans accent)
- P. 218 : dernier paragr., dern. ligne une coquille
- P. 222 : - 3^e paragr. 1^{ère} ligne : apparaîtront
- même paragr. dern. ligne : insurmontable
- P. 224 : -2^e paragr. 2^e ligne : théâtralisme
- dernier paragr. 4^e ligne : épileptoïde
- P. 226 : 3^e paragr. 2^e ligne : théâtralisme
- P. 227 : 3^e ligne, mettre une virgule après faire,
- P. 230 : 3^e paragr. 4^e ligne, mettre une virgule après Yacine
- P. 237 : 3^e paragr. 1^{ère} ligne concomitants
- P. 238 : - 14^e ligne : causes
- 15^e ligne : immédiates
- P. 241 : 8^e ligne et 21^e ligne aîné
- P. 242 : 5^e paragr. 5^e ligne : m'exaspèrent
- P. 244 : 15^e et 28^e ligne : ça (sans accent)
- P. 247 : 2^e paragr. avant dern. ligne : reléguait
- P. 253 : 2^e paragr. 9^e ligne : traditionnelle
- P. 254 : - 2^e paragr. 6^e ligne : à resserrer"
- 2^e paragr. 8^e ligne (7)
- P. 256 : dernière ligne (8)
- P. 257 : 2^e ligne : tâtonnements
- P. 263 : 4^e paragr. 2^e ligne : révéler et ratés
- P. 264 : 2^e paragr. 4^e ligne : crue
- P. 265 : 2^e paragr. 3^e ligne : des "ratés"
- P. 267 : - 4^e ligne : classes d'âge
- 2^e ligne : cela n'empêche
- 2^e paragr. 9^e ligne : assujetti
- P. 268 : bas de page : perspecti-
- P. 270 : 1^{er} paragr. 6^e ligne : cela
- P. 274 : dernier paragr. 4^e ligne : donnant
- P. 275 : 2^e paragr. 3^e ligne : (les défenses du moi).