

*András Zempléni\**

## La socialité des médecines africaines

### **Abstract**

Unlike the ethnographic tradition of the monograph, in the 1960s the author began his anthropological experience with an applied research at the hospital of Fann, Senegal. From the beginning his experience was marked by a spirit of multidisciplinary. The aim of the research was to understand the local therapeutic practices for patients presenting psychosomatic suffering, in order to integrate them into the development of the therapeutic process. The team, led by H. Collomb with Marie-Cécile and Edmond Ortigues, was formed by various professionals from the Western health world and sometimes it included traditional therapists; their close collaboration was articulated around the belief that, in Africa, the group had therapeutic potential in itself. In fact, it was found that the sick person's family environment proposed magical-religious interpretations of the disease which established a causal connection with the social illness, thus supporting a process of socialisation of the pathological experience. The processes of aetiological interpretation of the illness were mediated by invisible agents – deaths, genies, witchcraft, divinities, magic – constitutive of the social organisation that acted as a projective-persecutory support to locate the source of internal suffering outside, in a social instance or in another human subject. In the interactive treatment process, the patient, his or her family and social environment, and the therapist addressed the invisible agent supposed to be the source of the illness, giving shape to desires and conflicts that would otherwise have remained censored by the group members. The effect was twofold: the modification of the sick person's state and at the same time of the relational web/fabric/network of his/her group. Among the objections that can be made to this reading is the downplaying of the increasing individualisation in Africa. For this reason, the author travelled to Ivory Coast in 1965, in Bregbo, where he met the prophet-

\* Directeur de Recherche honoraire au Centre National de Recherche Scientifique (France) ; Laboratoire d'Ethnologie et de Sociologie Comparative de l'Université de Paris X – Nanterre ; andraszempleni@gmail.com 1 Texte remanié d'une conférence à l'Université de Bergamo en juin 2009. Je remercie l'ami Sergio Zorzetto de m'y avoir invité et d'avoir organisé à cette occasion un intéressant débat online avec des médecins praticiens de Côte d'Ivoire.

healer Albert-Atcho and his technique of ‘diabolic confession’. This practice involved the sick publicly confessing the acts they had committed under the influence of the ‘devil’, but also taking on the sufferings of their family and social environment. In this practice, the dissociation taking place between the speaking subject and his evil double, the result of a projection, mitigated the effects of the individualisation of Ivorian society. Intense socio-economic change (1960-1993) led to the decline of classical persecutory interpretations of the illness, causing the appearance of ‘desocialising persecutions’: the sick subject finds himself alone with his/her demons, deprived of ties with the social group to which he/she belongs. The Author wonders about the social use of disease in Africa at the present day of Covid19. To get an idea, he proposes to think of the way in which the Ivorian social system has been modified by the AIDS epidemic: AIDS patients live in isolation and are forced into secrecy, no longer enjoying the benefit of socialisation that was sustained by traditional projective-persecutory communication. From the socialisation of the disease in Senegal to the loneliness of the AIDS patient in Ivory Coas, African society is open to the creation of new articulations between the individual and society, the body and the mind, the cultural and the transcultural, which the anthropology of the disease aims to highlight.

### **Keywords**

Anthropology, medical anthropology social medicine, social policy, psychiatry.

\*

Que l’on me permette de commencer par une note autobiographique. La plupart des anthropologues de ma génération avaient été formés aux traditions de la monographie. Ils ont débuté par l’ethnographie générale d’une société particulière délimitée par un label ethnique. Qu’ils aient présenté par la suite cette société sous une forme monographique ou sous un angle particulier – par exemple, son organisation politique – elle constituait leur référence durable et leur réserve documentaire dont ils creusaient ensuite les filons : système de classes d’âge, religion, art, médecine etc. En somme, l’enquête mono-culturelle et la recherche ethnocentrée a été le point de départ et l’horizon intellectuel de la plupart des chercheurs qui se sont spécialisés par la suite en anthropologie de la maladie.

Mon parcours a été à peu près l’inverse. J’ai commencé par une recherche appliquée au Sénégal, en milieu multiethnique, aussi bien urbain que rural fortement affecté déjà par le changement social. Et ce n’est pas la médecine traditionnelle d’un groupe ethnique, mais la souffrance psychosomatique du malade échoué à l’hôpital qui constituait mon point de départ. Dans les années 1960, mon point d’attache n’était pas un village ou une région, mais un service psychiatrique novateur fondé par le Dr Henri Collomb : celui de Fann à Dakar. L’objectif de ma recherche n’était

pas la description d'une société particulière, mais quelque chose de bien plus chaotique : il s'agissait de décrire et d'analyser, de comprendre, les notions et les pratiques thérapeutiques locales évoquées par les consultants de toute origine de Fann que les cliniciens de notre équipe, médecins ou psychologues, ne comprenaient pas. D'où, entre autres, ma thèse de doctorat sur les interprétations et les cures dites «traditionnelles» des désordres mentaux chez les Wolof et les Lébou du Sénégal. Cet ouvrage inédit a connu – j'en suis fier – au moins quatre éditions pirates utilisées par les praticiens – pour le meilleur ou pour le pire – au Sénégal comme dans la banlieue parisienne.

À Dakar, nous étions d'emblée confrontés à la complexité des problèmes médicaux, psychologiques, sociaux et culturels mobilisés par la souffrance psychosomatique qu'il ne nous serait même pas venu à l'esprit d'aborder sous le seul angle ethnologique, médical ou sociologique. Voilà pourquoi il me semble utile de rappeler quelques méthodes inventées par cette équipe. Elles peuvent servir encore aujourd'hui.

La pluridisciplinarité en travail d'équipe – aussi normale pour les médecins que rare pour les sciences sociales – était déjà à cette époque une tarte à la crème souvent ratée. L'équipe de Fann composée de médecins, de psychologues, de sociologues, d'ethnologues, d'infirmiers, de travailleurs sociaux et parfois de thérapeutes traditionnels, aurait sans doute connu le même sort si elle n'avait pas été portée par une conviction peu scientifique d'Henri Collomb : qu'en Afrique l'omniprésence du groupe – à commencer par la famille étendue – avait à elle seule, et malgré toutes les dissensions de ce groupe, une puissante vertu thérapeutique. C'est sous l'influence de cette idée du groupe guérisseur que l'équipe de Fann est devenue une sorte de famille à l'africaine, ce qui suscitait la confiance des malades et facilitait les échanges intellectuels.

Cela dit, à la différence des autres grandes figures de l'ethnopsychiatrie, Collomb n'était pas le seul maître à bord de Fann. La grande équipe des années 1960-70 était bicéphale. D'un côté, Collomb et de l'autre Marie-Cécile et Edmond Ortigues, respectivement psychanalyste et philosophe. Face à l'imaginaire Collomb, le couple des Ortigues était plus porté à la théorie et à la méthode. Bien souvent ce sont les Ortigues qui ont aidé à élaborer les intuitions lancées par Collomb. Leur collaboration durable et parfois conflictuelle a été déterminante pour nos travaux. A ma connaissance, on ne trouve aucune structure groupale similaire dans l'histoire de l'ethnopsychiatrie.

Une troisième particularité de l'équipe a été la prise en compte constante des problèmes particuliers des médecins et des chercheurs africains. Collomb a vite compris que son équipe initiale de médecins blancs ne pouvait pas sortir la psychopathologie africaine de son ghetto colonial. Les premiers psychiatres africains qu'il a formés et intégrés dans l'équipe

avaient un autre problème en commun. Bien souvent, ils hésitaient à aborder les affaires magico-religieuses – sorcellerie, possession, attaques magiques – mises en jeu par les troubles de leurs patients. Ils savaient que leur milieu considérait bien souvent l'hôpital comme un repère de sorciers où la radio permet de voir les choses invisibles et les piqûres de tuer des ennemis. Pourtant, un des principes de base de Fann était d'intégrer les interprétations magico-religieuses du trouble dans la démarche thérapeutique du médecin. L'équipe a aidé les praticiens africains à surmonter leurs hésitations et à ne pas médicaliser trop les troubles de leurs patients. Certains, comme le regretté Dr M. Diop, ont superbement surmonté leurs craintes, la triste preuve en étant que le cancer de foie qui a mis fin à sa vie a été imputé à une attaque de sorcellerie liée à des cas dont il s'était occupé.

Mais, j'en viens aux innovations méthodologiques de Fann et aux raisons de fond de la création de son équipe pluridisciplinaire de recherche. Au fil de la diffusion de la bonne réputation de Fann, les demandes d'hospitalisation excédaient bientôt les possibilités d'accueil. Or, c'étaient les malades les plus graves qui étaient hospitalisés, de sorte que les formes mineures d'affection, disons les névroses, échappaient longtemps à l'observation. Il fallait les faire entrer dans le champ de la recherche psychopathologique. Par ailleurs, les cliniciens – surtout les européens – ignoraient presque tout du «normal» sénégalais, restaient perplexes devant les multiples notions magico-religieuses, rituels ou coutumes au moyen desquels leurs clients expliquaient leurs troubles. On a vite compris la nécessité d'une équipe de recherche dégagée des soucis immédiats de l'assistance. Cette équipe devait être pluridisciplinaire non pas par principe, mais parce qu'il fallait lancer simultanément des enquêtes sur des thèmes aussi variés que les étapes du développement de l'enfant sénégalais, les critères de la normalité adulte, les organisations familiales et sociales sénégalaises, les religions et, bien sûr, les interprétations et les traitements traditionnels des troubles mentaux, c'est-à-dire les modes de prise en charge courante des malades.

L'innovation méthodologique majeure de Fann a été l'articulation systématique de la démarche clinique et ethnographique à partir de cas de malades, c'est-à-dire dans un contexte de demande thérapeutique, ce qui conférait à ce mode d'approche une fiabilité incomparable avec celle de l'observation participante de l'ethnologue ou de l'enquête par entretiens que nous avons également pratiqués. Par clinique, j'entends ici aussi bien la pratique psychiatrique que les consultations de psychologie. Les recherches ethnographiques comprenaient aussi bien les travaux d'observation du développement de l'enfant dans les villages Wolof que mes enquêtes sur les cures traditionnelles. Je m'en tiendrai ici à quelques originalités méthodologiques de notre façon de faire.

Tous les mardis soir, tous les cliniciens et tous les chercheurs de terrain se réunissaient à l'hôpital. La séance commençait tantôt par une présentation de cas en cours tantôt par un exposé sur une découverte ou une hypothèse en gestation. Par exemple, sur le syndrome traditionnel que les Wolof appelé *enfant nit-ku-bon* (Andras, Rabain 1965, pp. 329-441) ou la représentation de l'attaque de sorcellerie par dévoration du principe vital localisé dans le foie de la victime, ou encore les incitations familiales aux échanges de nourriture entre les enfants de quatre-cinq ans. Premièrement, le thème était toujours frais et précis : il venait de sortir d'une consultation, de la bouche des guérisseurs, de l'observation d'un rituel ou d'une famille. Deuxièmement, le thème ou le cas était peu ou pas élaboré du tout et il était entendu qu'il devait être vérifié et approfondi à la prochaine consultation ou séjour sur le terrain. Cette possibilité de vérification et d'approfondissement quasi-immédiats des données et des hypothèses était un grand atout de l'équipe. Troisièmement, le cas où le thème présenté intéressait directement ou indirectement au moins deux ou trois autres membres de l'équipe, cliniciens ou chercheurs. Par *intéresser* j'entends le fait qu'ils ont déjà rencontré le thème ou le problème traité dans leur propre pratique, qu'ils pouvaient donc le compléter et qu'ils avaient eux-mêmes un intérêt professionnel à l'approfondir.

Mon rôle dans l'équipe n'était pas d'écrire des articles mais d'informer les cliniciens sur les multiples notions, catégories étiologiques et rites traditionnels sur lesquels ils butaient quotidiennement dans leur pratique et au moyen desquels les familles de leurs malades nommaient, interprétaient et soignaient les troubles mentaux à la maison. La grande différence entre ce travail et une monographie ethnopsychiatrique faite en solitaire (Devereux, 1961) était que je bénéficiais de la mine d'or des dossiers cliniques de l'hôpital et du contrôle continu de l'équipe de Fann. Je m'explique. Quand j'ai cherché à décrire la cure de possession rituelle appelée *ndëpp* à laquelle j'ai assisté tant de fois, je me serais probablement égaré dans des clichés ou des non-dits si je n'avais pas appris par la clinique la vaste gamme d'expériences cénesthésiques, locomotrices, pulmonaires, oniriques ou hallucinatoires associées par les malades à la possession par les esprits ancestraux dits *rab*. On peut en dire autant de l'attaque de sorcellerie dont le caractère aigu et dévitalisant ressortait bien sûr des récits ou des expressions des guérisseurs ou des rituels, mais que je n'ai pu établir pour de bon qu'en m'appuyant sur l'éventail de ses expressions symptomatiques rapportées par les cliniciens : la crise d'angoisse aiguë, les sensations de mort imminente ou d'étouffement de type asthmatique, les impressions d'allègement ou d'évidement brutal du corps... telles qu'elles ont été décrites par les Ortigues (1984, pp. 196-217). Et c'est encore la clinique qui nous a permis d'aborder des questions aussi délicates que celle des critères de distinction locaux entre

délire et représentation persécutive validée par l'entourage, ou encore entre hallucinations qui signent la folie et expériences psychosensorielles normales – voix ou visions – qui relèvent des expériences religieuses. Tout cela pour souligner que la conjonction répétée de l'ethnographie et de la clinique au ras des expériences pathologiques des malades me semble un des acquis méthodologiques durables de l'École de Dakar et sans doute une des conditions d'une anthropologie fiable de la maladie.

\*

L'École de Dakar, c'est notoire, a été pour beaucoup dans la confirmation et l'affinement du paradigme étiologique des représentations africaines de la maladie, repéré dès l'origine de l'anthropologie médicale. Pour ma part, j'ai vite constaté l'absence d'une véritable nosographie des troubles mentaux au Sénégal et montré que l'étiologie magico-religieuse est le principe de la compréhension, du classement et du traitement de ces troubles dans un monde qui fait peu de cas de la distinction occidentale du somatique et du psychique. Ce n'est par hasard que c'est la psychopathologie qui a conforté le paradigme étiologique et que l'École de Dakar l'a systématisé sous la forme du modèle persécutif.

Rappelons sommairement ce modèle repérable dans la majorité des interprétations africaines courantes de la maladie. Le point de départ est hippocratique. Quand le médecin diagnostique une maladie, il ne la déchiffre jamais comme l'effet réel d'un désir ou d'une demande située en dehors du malade qu'il a en face de lui. Pareille lecture des troubles de son patient signerait, pour nous, sa folie. C'est pourtant le mode de représentation le plus courant auquel nous avons affaire à Fann. Et il n'était pas question de le psychologiser sous la forme de je ne sais quelle propension de l'Africain au délire de persécution ni de le culturaliser au sens d'une donnée exotique à accepter sans discussion. Il s'agissait plutôt de comprendre les processus et les mécanismes psychosociaux que ce mode de représentation impliquait. Nous savions, bien sûr, qu'en dehors des interprétations dites magico-religieuses et les rites afférents, nos interlocuteurs avaient bien des conceptions empiriques de leurs maladies et des savoir-faire 'prosaïques' (Jaffré et de Sardan 1999). Ce qui amenait inévitablement la question des conditions et des raisons psychosociales de l'émergence des interprétations étiologiques.

Une des hypothèses retenues était celle-ci : un simple trouble à soigner devient le signe d'une affection sociale à guérir quand sa durée inaccoutumée, sa brusque apparition ou aggravation, son évolution atypique et surtout sa répétition mobilise l'angoisse des autres – de l'entourage du malade – et fait surgir la question : mais d'où vient-il et pourquoi en ce moment et ici ? La question n'avait rien d'original : c'était déjà celle d'E.

Evans-Pritchard (Evans-Pritchard 1976). Elle sous-entend que l'étiologie n'est pas une propriété inhérente aux représentations africaines de la maladie. Le passage du paradigme empirique au paradigme étiologique demande explication.

Dans mon hypothèse, le seuil de l'angoisse de l'entourage du malade était aussi celui de l'investissement et de l'usage social de sa maladie (Zempléni 1982, pp. 5-19) car seuls des psychotiques élaborent à eux-seuls des interprétations magico-religieuses de leur état. Le processus qui nous intéressait était à l'évidence un processus intersubjectif et donc social entre les proches du malade. D'où vient donc cette maladie ? Des *rab*, des esprits ancestraux de la famille maternelle du malade que l'on a négligés ? Des génies du terroir offensés par la transgression des limites de leur domaine ? Des sorciers du lignage utérin contraints à rembourser leur dette nocturne de chair humaine ? Des camarades du malade jaloux de ses succès scolaires ou professionnels qui recouraient aux services d'un magicien ? etc.

Selon les observations ethno-cliniques de l'équipe, la réponse fluctuante et évolutive à cette question dépendait d'un ensemble complexe de conditions. Ces conditions étaient liées aussi bien à l'expérience pathologique présente et à la pathohistoire du malade qu'aux tensions et aux conflits passés ou présents de son entourage et bien sûr aux divers recours divinatoires et thérapeutiques entrepris par ses proches. Notons que les interprétations sénégalaises citées obéissent malgré tout à des codages symptomatologiques : par exemple, il est peu probable qu'une crise d'angoisse aiguë soit imputée à l'investissement du corps par un esprit ancestral. Ce symptôme abrupt et aigu est préférentiellement associé à une attaque de sorcellerie. Inversement, une paralysie fonctionnelle dite croisée – bras droit, jambe gauche – est souvent attribuée aux *rab* et rarement à une attaque de sorcellerie. Par ailleurs, le trouble présent peut être considéré comme la suite ou l'avatar d'une vieille affaire de magie ou de *rab* inscrite dans la pathohistoire du malade et de ses ascendants selon une logique de conservation que nous avons approfondie par la suite chez les Sénoufo de Côte d'Ivoire (Sindzingre et Zempléni 1981, pp. 279-293).

Mais ce qui nous retenait surtout à Fann c'était la manière subtile par laquelle les membres de l'entourage du malade cherchaient à placer leurs propres souhaits, problèmes ou stratégies sociales dans l'interprétation du mal du malade. Par exemple, sa mère qui cherchait à évincer sa jeune coépouse en supposant que c'est la magie de sa rivale qui travaillait son fils malade. Ou son père musulman orthodoxe qui cherchait à renvoyer, dos à dos, ses deux femmes en bagarre en soutenant que c'étaient les sorciers cachés de leurs familles infidèles qui attaquaient son fils. Ou encore sa grand-mère maternelle bigote qui cherchait à propitier les morts de

sa famille en présumant que le mal de son petit-fils était le signe d'une possession par les *rab* de la lignée utérine, etc.

C'est là que les spécialistes consultés par chacun, souvent en secret et en série, avaient leurs mots à dire. Et ces mots étaient généralement elliptiques, comme ceux de ce devin de Yoff qui a dit : "C'est une femme au teint clair qui habite près de sa maison qui lui fait du mal". Il y a de quoi loger dans ce genre d'énoncé générique – si caractéristique des divinations africaines – la sorcière à laquelle pense le père, la magie de la coépouse de la mère et même le *rab* de la grand-mère. Le flou délibéré de ces messages divinatoires est un moyen du lancement de la communication projective des souhaits des interprétants. L'interprétation momentanément retenue est généralement le produit d'une chaîne d'interactions qui ramassent les conflits et les tensions de l'entourage, et transforment de ce fait, et à elles seules, la maladie en un enjeu social ou plutôt des enjeux sociaux divergents et parfois éloignés des préoccupations du malade lui-même. Je pense à Libass (Zempleni 1983, pp. 305-323), un lycéen de Dakar dont le père, la mère et la grand-mère maternelle ont avancé, à tour de rôle, les trois interprétations que je viens de citer mais qui pensait, lui-même, que son mal provenait de la magie de ses camarades de classe. Il n'empêche que le processus d'interprétation étiologique dans lequel Libass était pris conférait *ipso facto* un sens social, ou plutôt des sens sociaux concurrents, à ses troubles. En somme, ce processus interprétatif m'apparaissait alors, à lui seul, comme un mode de socialisation, subtil et indirect, de la maladie. J'y reviendrai à l'instant.

On dira avec raison que j'idéalise et que je passe sous silence les effets désocialisants de certaines interprétations et surtout de ces véritables guerres herméneutiques que se livrent parfois des factions ou des individus opposés via l'interprétation causale de la maladie de leurs proches. Et puisque le propre de ce type d'interprétation est que son référent magico-religieux – le *rab*, la sorcellerie, la magie, le génie – occulte les véritables enjeux micropolitiques de l'interprétation, ses effets peuvent être d'autant plus ravageurs.

Je me suis fait à moi-même ces objections. Elles sont d'autant plus sérieuses qu'elles suffisent, à elles seules, à mettre en question une politique de renvoi psychique des émigrés ou des citoyens africains dans leurs ghettos culturels. Je veux dire par là que si un Libass de Paris, d'Abidjan ou de Rome adhère encore tant soit peu aux étiologies magico-religieuses évoquées, il n'a souvent aucune envie ni intérêt à devenir ou à redevenir le jouet des stratégies interprétatives de son milieu culturel d'origine. Rappelons un truisme. Beaucoup d'émigrés ont une attitude divisée voire foncièrement ambivalente face aux représentations, aux valeurs et au mode de vie de leur milieu d'origine. Ce n'est pas pour rien qu'ils ont émigré en ville ou dans un autre pays. De plus, ce n'est qu'une fiction ethnologique

fortement datée que de supposer que les gens d'où que ce soit adhèrent sans problème à leur culture d'origine, si ce mot au singulier a un sens. La division de l'individu face aux normes et aux valeurs de sa culture – ou plutôt de ses cultures – est universelle. Y renvoyer le migrant c'est bien souvent le renvoyer à de dissolvantes conjonctures psychosociales qu'il a justement fuies. Les psychologues savent bien de quels enfers 'culturels' leurs patients migrants se disent parfois être les rescapés.

Il reste que l'effet socialisant des processus d'interprétation étiologique de la maladie mérite d'être souligné. À examiner de près les agents invisibles évoqués – morts, génies, sorcellerie, divinités, magie – ils ont quatre propriétés communes. Comme le regretté Robin Horton l'a noté à propos des faits nigériens (Horton 1967, pp. 155-187), ces agents sont des référents cognitifs qui relient un fait empirique, le symptôme, à d'autres faits empiriques, par exemple un conflit d'héritage, au moyen d'une entité ou d'un schème cognitif – l'esprit ancestral ou la sorcellerie – qui, eux, ne relèvent pas de l'empirie. En ce sens, ils permettent d'expliquer l'expérience pathologique. En outre, ils ont la propriété commune d'être crédités d'intentionnalité, de désir, d'actions motivées, c'est-à-dire de subjectivité. C'est ce qui les rend aptes à servir de support à l'interprétation des troubles. Troisièmement, ces instances étiologiques se caractérisent par la multifonctionnalité causale : elles ont la faculté de connecter l'expérience pathologique à toutes sortes d'infortunes – accidents, échecs, désastres agricoles – imputables au même schème explicatif. La connexité causale de la maladie avec les autres formes du malheur social est le ressort le plus puissant de la sociabilisation de l'expérience pathologique au fil du processus d'interprétation.

Enfin, ces instances sont à proprement parler constitutives de l'organisation sociale. Pas de lignée africaine sans esprits ancestraux censés contrôler sa bonne marche. Pas ou peu de communauté locale sans quelque fétiche ou génie tutélaire crédité du pouvoir d'assurer sa paix civile. La sorcellerie n'est pas, on le sait, un jeu de hasard entre joueurs occasionnels. Elle se pratique entre partenaires sociaux bien définis – par exemple, les membres de sa matri-lignée – et elle a d'évidentes fonctions sociales comme la promotion de la fission lignagère ou, au contraire, le maintien de la distance sociale. C'est cet ancrage des instances étiologiques dans l'organisation sociale qui rend possibles, obligatoires et souvent pesants les usages socio-politiques africains de la maladie.

Ces constats anthropologiques bien connus ont fait partie des prémisses du paradigme persécutif issu des travaux de Fann. En quoi consiste-t-il ? Qu'est-ce qu'une interprétation magico-religieuse de la maladie ? En sa forme élémentaire, c'est l'attribution du trouble, et par le malade et par son entourage, à une intention ou à une force externe et socialement située. Que j'impute ou que le devin, ma mère, mon père ou ma grand-

mère imputent mes symptômes à la magie de mes camarades, à l'appel ambigu des aïeux de mon lignage maternel, à l'attaque d'un sorcier caché parmi nos alliés, voire à mon propre double ou gardien localisé dans cet autel... je perçois, nous percevons désormais mes troubles comme l'effet de l'action intentionnelle d'un autre, comme l'effet du désir d'un autre. Qui est cet autre, qu'est-ce qui motive son intervention et comment faire face à son action, voici les interrogations qui étaient au coeur des préoccupations communes des malades, de leur entourage et des spécialistes qu'ils consultaient.

L'idée du modèle projectif-persécutif s'est imposée à l'équipe sous la pression de la clinique. Comme Collomb l'a plus d'une fois souligné (Collomb H. et Zwingelstein 1962, pp. 515-528), la rareté des dépressions de type mélancolique axées sur les idées d'indignité, celle des auto-accusations et de la culpabilité intériorisée, la grande fréquence des bouffées délirantes réversibles imputées à l'action d'un agent invisible et, bien sûr, l'omniprésence des interprétations étiologiques des troubles de toutes sortes confortaient largement ce modèle. L'idée s'est imposée peu à peu que ces interprétations étaient régies par les mécanismes psychiques de la projection et de la persécution. La théorie freudienne nous fournissait un point de départ solide. La projection est, on le sait, l'opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs qu'il méconnaît en lui-même. La persécution, quant à elle, consiste en la projection et l'inversion des souhaits censurés qui réapparaissent alors sous forme d'idées persécutives. Depuis Freud on sait aussi que ces mécanismes ne sont pas seulement des modes de défense propres aux psychoses, notamment à la paranoïa, mais aussi des phénomènes normaux et courants de la vie psychique. Dans n'importe quelle culture, ils s'actualisent dans les conditions régressives des états de maladie caractérisés par le retrait du monde extérieur et par le réinvestissement massif du corps propre. Pour me résumer par une formule, tout malade est en quête d'un autre, personne ou chose, à qui ou à quoi imputer l'expérience de déplaisir qu'il éprouve.

L'expérience clinique et ethnologique de Fann permettait d'aller plus loin. En effet, les milieux africains auxquels nous avons affaire semblaient prendre acte et tirer parti de cette disposition universelle du sujet troublé à situer au-dehors et à localiser dans un autre la source de déplaisir qu'il éprouve au-dedans. Quand les annonces des proches du malade suggèrent et que les énoncés elliptiques du devin évoquent l'agent invisible de sa maladie, ils induisent un support projectif-persécutif qui lui renvoie le sens social de son expérience pathologique. Ce mode d'interprétation inscrit d'emblée dans son préconscient l'ouverture sur autrui, soit la sociabilité de sa 'maladie'. Pour me résumer par une formule, son

mal est d'emblée le mal de l'autre, il est pour ainsi dire en mal de l'autre, au dire commun de son groupe.

C'est là que réside la différence essentielle entre les pratiques médicales africaines et la démarche biomédicale, psychiatrique, voire psychanalytique. Tandis que la médecine cosmopolite ignore et que la cure psychanalytique interprète, c'est-à-dire psychologise et désamorce, les conduites projectives-persécutives du malade, les pratiques africaines activent et légitiment sa tendance à situer la source de ses maux dans une instance sociale ou dans un autre sujet humain.

Avant d'en venir à l'avalanche d'objections que l'on peut adresser à cette théorie, voici son dernier volet. Comment explique-t-elle l'articulation de l'individuel et du social dans les expériences pathologiques et comment conçoit-t-elle les usages sociaux de la maladie ? Le nœud de la question est bien là, dans ce lieu où la limite toute théorique de l'individuel et du social s'efface au profit d'un processus intersubjectif dont l'efficacité réside dans "l'occultation magico-religieuse" des enjeux sociaux "réels" de l'interprétation.

Aujourd'hui, ces propos peuvent paraître datés. Mais, à cette époque pré-sidéenne holistique et collectiviste, passablement fonctionnaliste et idéaliste, nous n'étions pas loin de penser que les cures africaines sont rarement des thérapies individuelles et bien souvent des processus sociaux complexes dont l'enjeu latent et primordial est la régulation des rapports sociaux – économiques, juridiques ou politiques – à l'intérieur du groupe. En somme, nous étions aux antipodes de l'axiome occidental selon lequel l'unique objet de la médecine est la maladie de l'individu. Et nous étions sensibles à ces cas où la maladie d'un individu déclenche une réaction en chaîne qui permet de traiter les troubles bien plus amples qui affectent la vie de son groupe. C'était notre lieu imaginaire de la santé publique.

Comment comprendre donc le passage de l'expérience individuelle au processus social ? Bien qu'elle soit notoirement inapte à rendre compte du lien social, la théorie psychanalytique a été sollicitée une fois de plus. Freud dit au sujet du Président Schreber que son délire de persécution est le moment où "son monde englouti sort du néant", "la libido se réinvestit dans le monde extérieur" et, comme il note, "ses liens avec autrui se restituent, quoique négativement", c'est-à-dire sur le mode persécutif. La persécution est *ipso facto* une restitution du lien social. Pourtant, le moins qu'on puisse dire est que son délire magico-religieux ne permet pas au Pt Schreber de renouer avec son milieu social habituel. Au contraire, il l'isole. Qu'est-ce qui distingue alors les interprétations magico-religieuses du délire de persécution du paranoïaque ? Deux choses au moins. Le dispositif étiologique de leur milieu offre, voire impose à leurs partenaires sociaux des supports collectifs et organisés, collectivement investis et légitimes, de l'interprétation persécutive de leurs maux. Et puisque parmi

ces maux la maladie n'est pas autonomisée par rapport aux autres infortunes, la magie qui me rend asthénique, le *rab* qui "monte dans ma tête", le sorcier qui me consume, cela implique mon groupe et ça dit quelque chose à chacun vu que le même agent est peut-être à l'origine de la destruction de nos récoltes ou des échecs scolaires de mon cousin. Connexe et conjugable avec les malheurs des autres, mon trouble les mobilise pour autant qu'ils projettent leurs propres affects et problèmes sur ces agents qui me renvoient le sens social de mon expérience. Pour autant qu'ils renvoient, à eux aussi, le sens social de leurs expériences passées ou présentes. Bref, nous disposons de foyers communs de persécution.

D'où la communication projective-persécutive qui nous a semblé un des ressorts les plus subtils de certains arts de guérison africains. Le principe du processus est simple : lorsque l'événement-maladie mobilise les affects des membres de son entourage, le malade, ses partenaires sociaux et les thérapeutes s'engagent dans un procès d'échanges de paroles et de signes rituels au sujet de l'agent supposé de la maladie. L'enjeu manifeste de ces interactions est la guérison des maux du patient. Son enjeu latent est la mise en forme et en commun des souhaits et des conflits autrement censurés des membres du groupe. Idéalement, chacun peut faire entendre les siens au moyen des messages indirects que le dispositif symbolique commun lui permet de formuler. Quelle que soit la forme de ces messages, leur circulation nous semblait une condition essentielle du processus thérapeutique. Sinon, on comprenait mal pourquoi tant de guérisseurs africains ne s'avouent impuissants que si la demande de leur patient n'est plus soutenue par les interprétations étiologiques de son entourage ou si, inversement, ce patient n'est plus à même d'accuser réception des messages étiologiques de ses proches. Enfin, l'effet du processus interactif en question nous semblait autant la modification de l'état du malade que la modification de la texture relationnelle du groupe ou des groupes affectés, au sens fort, par sa maladie. De là à dire que dans ces conditions le traitement des états des individus passe par le traitement approprié des états sociaux conflictuels dans lesquels ils sont pris, il n'y avait qu'un pas, passablement idéaliste, à franchir. Pas qui était franchi plus d'une fois au vu de la manière habile dont certains guérisseurs et devins élaboraient la matière des cures : comment ils faisaient face à la mobilisation des affects, comment ils reconstituaient le jeu des conflits les plus aigus, comment ils en repéraient les lignes de force et de faille, comment ils induisaient le support magico-religieux qui maximalisait les bénéfices d'une faction, comment ils pesaient le poids de la réaction de ceux qui devaient faire les frais de l'opération et ainsi de suite. La belle monographie de Victor Turner (Turner 1981) a parfaitement illustré ces points.

Cette vision des interprétations de la maladie en Afrique suscite plusieurs objections. La plus simple est qu'elle éclipse l'océan des représentations et des traitements empiriques qui se passent de toute référence à des entités magico-religieuses. La plus grave est qu'elle privilégie une conception corporatiste du groupe social, parental ou local, et qu'elle minimise l'importance massive de l'individualisation en Afrique. Je m'arrête sur ce point qui m'a conduit en 1965 dans le Sud de la Côte d'Ivoire. Il m'a amené chez le prophète-guérisseur Albert Atcho installé à Bregbo à vingt-six kms d'Abidjan. Comme d'autres prophètes harristes de la Basse Côte, Atcho pratiquait la technique de la "confession diabolique". Des malades de toute origine, atteints de toutes sortes de maux, affluaient dans son village thérapeutique dans l'espoir de guérir en se livrant à un aveu de sorcellerie-anthropophagie. Les confessions étaient simples et standardisées. Le malade devait énoncer publiquement son état de sorcellerie ("j'avoue que je suis diable", "en diable, j'ai mangé untel et untel") puis il devait prononcer les noms des personnes qu'il avait mangées. Ensuite, il devait nommer ses "associés" ainsi que leurs victimes et enfin, il était tenu à débiter ses "dégâts et méfaits" : "en diable, j'ai avorté la grossesse de ma cousine", "en diable, j'ai gâté la plantation de mon oncle", "en diable, j'ai fermé l'intelligence de mon neveu écolier" ... Bref, il devait se charger des multiples malheurs survenus dans son entourage. En contrepartie, il avait droit à l'eau purifiante du prophète qui ne lui cachait pas qu'il ne guérirait qu'au moment où sa confession sera "complète". Le lecteur peut s'imaginer aisément ce que cela signifiait pour les malades atteints de troubles chroniques comme par exemple la cardiaque Joséphine que j'ai longtemps suivie (Augé, Rouch, Zempléni, Piault 1975, pp. 153-218, 239-55, 277-322). Cette jeune femme anxieuse n'avait d'autre choix que de rester là, à Bregbo, dans une dépendance indéfinie du prophète en attendant la fin de son interminable confession régulièrement relancée par ses crises.

Que dire de ce type de "cure" ? A première vue, elle renverse le schéma persécutif traditionnel. Atcho invite son malade à rechercher la cause de son mal non plus dans l'Autre, le sorcier qui le persécute, mais en lui-même, le "diable" qui se cache ou qui s'ignore. Le malade n'est plus victime mais auteur de son mal. Et cela quelle que soit sa maladie. Pour Marc Augé, avec qui j'ai eu une bonne discussion écrite à ce sujet, il s'agissait d'une vaste entreprise de "culpabilisation" et d'individualisation étrangement adaptées aux fins politico-économiques du capitalisme ivoirien. Je n'étais pas d'accord. Outre le fait que je voyais mal pourquoi les gens seraient venus se faire culpabiliser à Bregbo, mes recherches cliniques menées conjointement chez Atcho et à l'hôpital psychiatrique de Bingerville permettaient de montrer qu'il s'agissait de quelque chose de bien plus fin et complexe. En fait, quand le malade de ce type de prophète

se dit publiquement “diable”, il ne se sent pas et ne se dit pas coupable. Ce qu’il appelle “diable” est encore davantage son double nocturne et maléfique – l’Autre qui le persécute – que sa mauvaise part interne qui le culpabilise. Il est un autre de soi, le “double” de la représentation traditionnelle de la personne, qui n’est pas intériorisé. A mes heures nocturnes, je suis peut-être “diable”, mais là où je parle, je ne suis pas coupable ! En somme, la confession diabolique implique la dissociation de la personne en un sujet qui parle et son double maléfique – projeté – dont il parle, l’énonciation publique de cette division servant précisément de rempart contre la culpabilité. Notre notion de culpabilité suppose un clivage interne de l’individu en une bonne part et une mauvaise part qui le culpabilise, ce qui n’était pas le cas ici. Faute d’illustration clinique, c’est peut-être difficile à saisir. Disons que la cure prophétique ménage le passage de la conscience persécutive du mal à la conscience de la culpabilité. Elle est une réponse au changement social, une cure transitionnelle qui atténue les effets dissolvants de l’individualisation de l’homme ivoirien. Notons qu’à la fin du Moyen-Âge l’Europe a connu des “thérapies” tout à fait similaires récemment étudiées par l’historien-psychanalyste Pierre-Henri Castel (Castel 2011).

Un dernier point mérite d’être souligné à propos de ces cures prophétiques qui continuent à être pratiquées en Côte d’Ivoire. Elles semblent donc substituer l’idéologie de la faute diabolique à l’ancien schéma persécutif de la sorcellerie. Mais, pas pour tout le monde, puisque le malade s’y accuse des malheurs de son entourage social qui est, du coup, invité à continuer à interpréter ses maux sur le mode persécutif. Côté confessant et côté entourage, il y a des effets de santé et de maladie, de réconfort et de souffrance. Ainsi, le soulagement du confessant peut vite tourner à une anxiété inconnue dans les milieux villageois – où les figures de persécuteurs de rechange ne manquent pas – si, comme je l’ai déjà noté, des troubles cardiaques chroniques contraignent ce confessant à se livrer à une quête sans fin d’indices de sa propre sorcellerie. Quant aux membres de son entourage, ils sont peut-être momentanément soulagés en tenant le bouc émissaire de leurs malheurs, mais ils sont tiraillés par la peur d’être les suivants sur le banc des auto-accusés, comme il est dans la logique des systèmes prophétiques expansifs de la Basse Côte d’Ivoire.

C’est dans une Côte d’Ivoire soumise à l’intense changement socio-économique des années *Houphouët-Boigny* (1960-1993) que j’ai eu la chance d’observer les effets du déclin rapide des interprétations persécutives classiques de la maladie. Parmi ces effets, le plus délétère était l’apparition massive de la persécution désocialisée, c’est-à-dire déconnectée des anciens usages sociaux de la maladie. Je me souviens de Barthélémy, chauffeur de poids lourd qui suivait comme son ombre Atcho, et de bien d’autres malades déracinés que je voyais régulièrement à Bregbo (Augé,

Rouch, Zempléni, Piault, 1975, pp. 153-218, 239-55, 277-322) qui ne bénéficiaient plus du tout des effets socialisants d'une quelconque interprétation lignagère ou locale, c'est-à-dire groupale, de leurs maux. Dans leurs discours, rêves ou délires, ils se battaient contre les fantômes de leur famille, village ou quartier qui ne leur répondaient plus. L'ancien système de socialisation projective des malheurs du groupe s'est violemment retourné contre eux. Il leur restait la protection douteuse du prophète et le nouvel usage politique qu'il faisait de leurs maux.

\*

Pour finir, venons-en à une question actuelle. En ces temps de pandémie du Covid 19, le lecteur se demandera à juste titre ce que devient l'ancien système d'interprétation et de traitement de la maladie sous les effets massifs des épidémies contemporaines. Il est encore tôt pour conjecturer sur les conséquences de fond du Covid 19. En revanche, celles de la pandémie du Sida qui a si gravement affecté la Côte d'Ivoire avant, pendant et après sa tragique guerre civile (2002-2007) sont déjà établies et peuvent servir de repères pour les recherches coronariennes à venir. Limitons-nous à la problématique abordée jusqu'ici : en quoi l'ancien système de socialisation de la maladie a été modifié sous l'effet de l'épidémie d'AIDS qui affecte encore aujourd'hui près de 15% des adultes de certains pays d'Afrique ?

À première vue du moins, le Sida a tout changé. Le processus d'interprétation psychosocial que j'ai décrit semble avoir été englouti par cette pandémie. Non pas que le VIH échappe à la règle de la localisation du mal à l'extérieur du sujet. Bien au contraire, il est couramment imputé à la sorcellerie ou à la magie d'un tiers. Mais ce qu'on peut appeler calvaire psychosomatique des sidéens placés dans des conditions de grande solitude, de méfiance et de suspicion n'est plus socialisé par la communication projective traditionnelle. À lire Laurent Vidal (Vidal 2004) et à suivre des malades sénoufo errant au nord de la Côte d'Ivoire, comme je l'ai fait, l'autonomisation dramatique du sidéen relègue le processus de socialisation de la maladie esquissé plus haut au rang des antiquités. Selon mes observations, la vie du sidéen africain est dominée par le secret (Vidal 1996 ; Zempléni 2000, pp. 6-11) qui est le contraire de la communication projective-persécutive fondée sur l'échange des idées et des affects.

Voyons cela de plus près. En Occident, la diffusion des traitements antirétroviraux a allégé le poids du silence sur la séropositivité. En Afrique, l'accès à ces médicaments voire au préservatif est récent et loin d'être assuré partout, à commencer par les milieux ruraux. Dans ces conditions, le secret de la séropositivité est un facteur déterminant

des pratiques privées et publiques liées à l'AIDS. Le silence pesant où s'isolent les séropositifs stigmatisés par une "maladie sexuelle" mortelle dont la divulgation les exclut pratiquement de la transmission de la vie est à lui seul une source de souffrance majeure qui conditionne lourdement l'évolution de leur état de santé. L'obstacle majeur des campagnes de dépistage et des conseils de test est déjà la crainte du stigmaté, c'est-à-dire de la révélation du secret. Depuis le refus du test jusqu'à l'évitement de ses résultats, en passant par le blocage des médecins et la pression de l'entourage du malade, on observe toutes les formes de résistance. Il est courant que le médecin garde pour lui le secret sérologique et qu'il substitue à son annonce des indications diagnostiques floues qui amplifient l'anxiété du malade.

L'impératif du secret est un obstacle fréquent à la prise en charge du malade par les associations de séropositifs que le sidéen évite par crainte des rumeurs concernant sa contagiosité. Le secret est encore un facteur de biais pour le suivi des protocoles préventifs et thérapeutiques. Là encore, c'est par crainte des rumeurs que les malades arrêtent plus d'une fois la prise de l'ARV transitionnel ou que les mères séropositives interrompent le passage de leur bébé du sein au biberon. Enfin, c'est encore le souci du séropositif de ne pas trahir son secret par l'usage du préservatif qui est l'obstacle majeur à l'efficacité des conseils de prévention. Bref, le secret n'est pas qu'un épiphénomène psychologique ou éthique de la pandémie de l'AIDS, mais un facteur primordial de santé publique qui mérite tout autant l'attention que les conditions biomédicales de la transmission du virus.

Entrons un peu dans les détails. Le Sida est caractérisé par la combinaison de plusieurs traits dramatiquement contradictoires tant pour le médecin que pour le malade. Premièrement, il comporte une longue phase asymptomatique durant laquelle le médecin peut parfaitement conserver le secret du statut sérologique du malade tant que ce dernier n'est pas alerté par ses troubles. Et en Afrique comme ailleurs, ce médecin est fortement tenté de se taire. D'une part, ne pouvant pas toujours assurer un traitement antirétroviral, il anticipe les conséquences psychologiques désastreuses de son annonce qui équivaut à un arrêt de mort pour son malade. D'autre part, il sait bien que son annonce d'une "maladie sans symptômes" est pour le mieux incompréhensible pour son patient et pour le pire elle l'expose aux effets mortifères des représentations sociales du Sida. Au nord de la Côte d'Ivoire, on appelle "crâne" cette maladie par référence à la calvitie des malades décharnés en phase terminale qui reviennent mourir au village. Comment blâmer celui qui hésite à annoncer un tel avenir à son malade ?

Toutefois, le médecin ivoirien est placé sous une double contrainte. Il ne peut non plus se taire puisqu'il connaît aussi les conséquences mor-

telles de son silence pour le malade, ses partenaires sexuels ou ses enfants à naître. Sa déontologie l'oblige à signifier au malade la nature de son mal pour qu'il puisse recourir au moins aux moyens de prévention de la transmission du virus. Et il y a plus. On aura noté que jusqu'à présent, les conditions de la confidentialité semblent assurées : le secret reste entre le médecin et le malade. Mais, ce n'est qu'une vue théorique. En effet, le séropositif se retrouve dans une situation similaire à celle du médecin dès que ce dernier lui a confié le secret de sa contagiosité. Il peut bien cacher son infection devant ses partenaires sexuels ou sa famille tant qu'aucun symptôme ne le leur signale. Mais, l'angoisse et la souffrance en plus, il se retrouve dans la même situation que le médecin puisqu'il se sent, lui aussi, obligé de communiquer son secret à ses proches, à commencer par ses partenaires sexuels, s'il tient à préserver leur vie et celle de ses enfants à naître. Et même s'il ne le leur dit pas clairement, il sera tôt ou tard obligé de s'expliquer sur les raisons de son abstinence sexuelle ou sur son recours au préservatif qui trahit involontairement son secret.

Voilà déjà pourquoi la séropositivité développe une véritable "culture du secret" sans équivalent actuel dans le domaine médical. Rien que ces faits suggèrent que le respect du secret médical se heurte à des obstacles de taille aussi incontournables que la prescription du préservatif qui ne se cache pas. Et l'on peut aller plus loin. En fait, les médecins ivoiriens dévoilent rarement la vérité sérologique directement et dans un langage clair au malade. Ils se contentent souvent d'indications médicales floues du genre "vous avez le sang faible" ou "sale" ou "ce sont les poumons, la toux, les maux de côtes". Ces annonces floues s'expliquent, entre autres, par une tactique de confidentialité adaptée aux conditions locales. En Côte d'Ivoire du moins, ce sont les anciens centres antituberculeux qui ont été convertis en centres de dépistage. Et ce n'est pas par hasard qu'ils ont conservé leur nom. En substituant à l'annonce directe du Sida des indications concernant l'état des poumons, la toux ou les "maux de côte" de leur malade, les médecins de ces centres évoquent la tuberculose qui n'est pas seulement la maladie opportuniste la plus fréquente en Afrique mais aussi une maladie historique réputée guérissable et plus ou moins connue de tous. Bref, comme L. Vidal l'a montré, la tuberculose est ici une maladie écran qui remplit une triple fonction : elle permet au médecin d'éviter l'annonce de l'infection mortelle ; elle permet d'anticiper les symptômes à venir dans la phase asymptomatique de l'infection qu'elle transforme en maladie intelligible pour tous ; enfin, la référence à la tuberculose permet au malade d'obtenir l'aide de son entourage sans nommer sa véritable maladie. En somme, de conserver son secret qui est son principal souci. Autant dire que la confidentialité n'est pas seulement une règle mais aussi une tactique possible au bénéfice du malade africain.

On pourrait multiplier ces remarques et souligner par exemple que l'usage du préservatif n'a pas la même histoire ni le même sens social

en Afrique et en Europe. En Afrique où son usage contraceptif était naguère pratiquement inconnu, il a été associé à la pandémie du Sida. En Europe, où son usage contraceptif était largement répandu déjà à l'arrivée de l'AIDS, il n'est pas forcément un signe de la contamination du partenaire sexuel. Mais, pour revenir à mon propos, venons-en aux conséquences sociales du dévoilement du secret de la contagion. En Côte d'Ivoire, elles ont été particulièrement graves : licenciement, renvoi de l'école, refus de mariage et de rapports sexuels même protégés, exclusion du malade de la famille ou du voisinage, refus de le nourrir ou de partager son repas, réclusion et ainsi de suite. Sans parler des vifs sentiments de souillure et de culpabilité du malade. Au Nord, les "crânes" – par allusion à l'aspect décharné des malades en phase terminale – rentraient mourir en cachette dans leur pays natal. Et même dans ce pays natal ils étaient ostracisés. Au temps de mes enquêtes à Sinématiali, un secret de plomb entourait la présence du séropositif dans la famille. Ses dossiers médicaux étaient souvent brûlés ou enterrés avec le corps du malade. L'idée de la propagation du virus par la salive voire par simple contact corporel était courante. Les jeunes ne trouvaient plus de partenaire sexuel dès que le soupçon de la contamination d'un des membres de leur famille se répandait. Nos idées reçues sur la solidarité de la famille africaine ont volé en éclats avec l'irruption du VIH. En fait, dans le Nord de la Côte d'Ivoire, la sinistre pratique courante consistait à expédier le malade contaminé chez un guérisseur de brousse et de l'y oublier avec deux sacs de riz pour le nourrir jusqu'à sa mort. J'ai connu plusieurs guérisseurs spécialisés dans cette forme de ségrégation.

Dans ces conditions, personne ne parlait de Sida, bien que le mot fût connu. Voici un cas, parmi d'autres. Un jour, une femme gravement malade m'est présentée pour des soins chez un ami marié avec sa sœur. Elle est accompagnée de son très jeune fils qui se met à jouer avec les enfants de la maison. La sœur de la malade le sépare alors, discrètement, de ses propres enfants. La malade me dit avoir "mal aux poumons" et je lui donne un traitement aux sulfamides en précisant que je tiens à la revoir. Elle est d'accord. Le lendemain, je reviens dans la maison et je vois que son jeune fils mange son riz dans un plat à part qu'ensuite sa tante récurer énergiquement à l'eau de Javel. Connaissant les coutumes de table sénéoufo et les idées locales de transmission du Sida par la salive, je n'ai pas besoin de commentaires pour comprendre cette première allusion. La seconde est massive. Le surlendemain, ma patiente disparaît. J'apprends qu'elle a été évacuée chez un lointain guérisseur dans la nuit. Tout cela sans aucun préavis ni allusion à la nature de sa maladie. Ce n'est que plusieurs années plus tard que mon ami finit par me dire qu'ils savaient

bien qu'elle avait le Sida et qu'elle en est morte coupée de son mari et de ses deux autres enfants.

\*

Comment conclure au terme de ce parcours qui nous a conduit des processus de socialisation des troubles mentaux au Sénégal à la solitude du sidéen dans le Nord de la Côte d'Ivoire ? Heureusement, tout le monde n'est pas atteint de Sida ni de Covid 19 en Afrique. Les processus psychosociaux que j'ai évoqués au sujet des interprétations traditionnelles de la maladie continuent à y agir, à y cimenter ou à y diviser de nouveaux groupes sociaux à la recherche de nouveaux sens sociaux de leurs maux. L'extraordinaire diversité des itinéraires thérapeutiques des malades africains tiraillés entre l'hôpital et le devin, le dispensaire et le magicien, les pilules des tabliers et la case des morts du village, la coûteuse pharmacie et le nouveau fétiche venu du Mali, le guérisseur ambulancier et les sectes... offre autant de chances pour découvrir des nouveaux modes d'articulation entre l'individuel et le social, le corporel et le mental et, plus largement, entre le culturel et le transculturel. Aussi n'y-a-t-il aucune raison de jeter à la poubelle de l'histoire les approches ethno-cliniques comme la nôtre à Fann, pourvu qu'elles récusent, comme nous l'avons fait, l'immatriculation du malade dans un quelconque ghetto psychologique ou culturel. Une anthropologie de la maladie qui articule étroitement l'individuel et le social mettra à jour encore maints ressorts cachés des médecines de l'Afrique et, partant, maints secrets de ses inimitables arts de vivre en société.

Cette contribution est extraite d'une conférence à l'Université de Bergamo.

## Références citées

Castel, P.-H.

2011 *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés. Obsessions et contrainte intérieure de l'Antiquité à Freud*, Ithaque, Paris.

Collomb, H.

1965 *Assistance psychiatrique en Afrique (expérience sénégalaise)*, in "Psychopathologie Africaine", I, 1, pp. 11-84.

1965 *Les Bouffées délirantes en psychiatrie africaine*, in "Psychopathologie Africaine", I, 2, pp. 167-239.

Collomb, H., Zwingelstein, J.

1962 *Les états dépressifs en milieu africain*, in "L'Information psychiatrique", 6, pp. 515-528.

Devereux, G.

- 1961 *Mohave Ethnopsychiatry and Suicide: The Psychiatric Knowledge and the Psychic Disturbances of an Indian Tribe*, Bureau of American Ethnology, Bulletin 175, Washington.
- Evans-Pritchard, E. E.  
1937 *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande*, Oxford University Press, Oxford, 1976.
- Horton, R.  
1967 *African Traditional Thought and Western Science*, in "Africa", 37, n. 2, pp. 155-87.
- Jaffré, Y., Olivier de Sardan, J.-P. (éds.)  
1999 *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, PUF, Paris.
- Martino P., Zempléni A., Collomb H.  
1965 *Délire et représentations culturelles : à propos du meurtre d'un sorcier*, in "Psychopathologie Africaine", vol. I, n. 1, pp. 151-157.
- Ortignes, M.-C., Ortignes E.,  
1966 *Oedipe Africain*, Plon, Paris. 3ème éd : L'Harmattan, Paris, 1984.
- Piault, C. (éd.), Augé, M., Rouch, J., Zempléni, A. et coll.  
1975 *Prophétisme et thérapeutique : Albert Atcho et la communauté de Bregbo*, Hermann, Savoie, Paris.
- Rabain, J.  
1979 *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge chez les Wolof du Sénégal*, Préface par Ortignes E., Payot, Paris.
- Sindzingre, N., Zempléni, A.  
1981 *Modèles et pragmatique, activation et répétition : Réflexions sur la causalité de la maladie chez les Sénoufo de Côte D'ivoire*, in "Special Issue: Causality and Classification in African Medicine and Health", 15, n. 3, pp. 279-93.
- Turner, V. W.  
1981 *The Drums of Affliction: A Study of Religious Processes among the Ndembu of Zambia*, Clarendon Press, Oxford.
- Vidal, L.  
1996 *Le silence et le sens : essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Anthropos, Paris.  
2004 *Ritualités, santé et sida en Afrique. Pour une anthropologie du singulier*, Karthala Paris.  
Zempléni A.

- 1966 *La dimension thérapeutique du culte des rab : Ndöp, Tuuru et Samp. Rites de possession chez les Lébou et les Wolof*, in “Psychopathologie Africaine”, vol. II, n. 3, pp. 295-439.
- 1982 *Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique*, in “Archives de Sciences Sociales des Religions”, 54, 1, pp. 5-19.
- 1983 *Le sens de l'insensé : de l'interprétation magico-religieuse des troubles psychiques*, in “Psychiatrie Française”, 14, n. 4, pp. 305-323.
- 2000 *Silences et Addictions*, Cahier de l'Institut de recherche et d'enseignement des maladies addictives, Paris.

Zempléni A., Rabain J.

- 1965 *L'enfant nit ku bon. Un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolof et les Lebou du Sénégal*, in “Psychopathologie Africaine”, I, n. 3, pp. 329-441.
- 1968 *L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lébou du Sénégal*, Université de Paris, Paris.
- 1975 *De la persécution à la culpabilité*, in *Prophétisme et Thérapeutique. Albert Atcho et la communauté de Bregbo*, Pialut, C. (éd.), Hermann, Paris.