

UNIVERSITÉ PARIS 13

« UFR DE LETTRES, DE SCIENCES DE L'HOMME ET DES SOCIÉTÉS »

N° attribué par la bibliothèque

□□□□□□□□□□

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS 13

Discipline : psychologie

Présentée et soutenue publiquement par

TALLARICO Serena

Le 28 mai 2019

Titre :

**QUAND LES ESPRITS TROUBLENT LES ESPRITS :
PATIENTS ET CLINICIENS À LA RENCONTRE
DU MONDE INVISIBLE**

Thèse dirigée par Monsieur le Professeur BAUBET Thierry,

Université Paris 13 École Doctorale : Erasme

Unité de Recherche : URTPP Paris 13

Soutenue le 28 mai 2019

JURY

Pr. MOUCHENIK Yoram, Université Paris 13 - **Président du jury**

Pr. CHAHRAOUI Khadija, Université de Bourgogne - **Rapporteur**

Pr. APOSTOLIDIS Thémis, Aix-Marseille Université - **Rapporteur**

Pr. MOLINIER Pascale, Université Paris 13 - **Examineur**

Pr. LEMOINE Patrick, Université Claude Bernard Lyon - **Examineur**

REMERCIEMENTS

Mes remerciements et ma gratitude vont tout d'abord à Monsieur le professeur Thierry BAUBET (Université Paris 13) pour ses précieux conseils, pour son soutien, sa sagesse, sa bienveillance et sa patience. Il a accepté de diriger ce travail et a cru en moi, même dans les moments où j'étais moi-même dans le doute,

Merci à Davide GIANNICA, psychanalyste lacanien, pour avoir su me conduire à travers, et au dehors, des méandres du psychisme et de la psychanalyse. Cette thèse n'aurait pas vu le jour sans ses supervisions, ses apports théoriques et méthodologiques.

Merci à mes collègues de doctorat Gabriel BINKOWSKY, Mayssa EL HUSSEINI, Sophie FIERDEPIED, Carla DE STEFANO, Diego DROZAK, Michèle SAWAYA, Zineb MANTRACH, Christa ATTIVON, pour leurs partages. Dans chaque page de cette thèse, il y a une petite partie d'eux, de leur intelligence, de leur esprit, de leur passion et de leurs expériences.

Merci à Daniel DELANOË, Charles DI, Jean-Claude MOULIN, Tahar ABBAL, Pierrette, CHÉRIF, Héloïse MARICHEZ, Claire GEKIERE, pour leur grande disponibilité, leur capacité à se remettre en question, à faire preuve de bonne foi et d'objectivité envers leurs points de force et leurs limites et m'avoir si généreusement mis à disposition leurs savants raisonnements, pensées et pratiques cliniques : quel cadeau précieux !

Je remercie également, pour sa relecture critique et ses conseils, Stéphane BERTOLA.

Toute ma gratitude va aux hommes et femmes, courageux et extraordinaires, que j'ai rencontrés tout au long du chemin de cette recherche. Je suis venue vers vous en vous demandant votre aide, votre expérience de la maladie, pour comprendre les mystérieuses et impénétrables manifestations du monde de l'invisible, et vous m'avez offert beaucoup plus.

Vous m'avez ouvert vos cœurs, vos maisons, vous m'avez offert vos histoires de vie, vos souvenirs les plus intimes et parfois douloureux. Vous avez mis à ma disposition vos innombrables connaissances, avec générosité, patience et bienveillance. Être digne de la confiance que vous m'avez accordée, et faire quelque chose d'utile de ce que vous m'avez livré, a été la motivation qui m'a soutenue et qui a permis de réaliser cette thèse.

Merci à Léah CHAPMAN et à Brigitte PALMA pour leur inestimable travail de relecture et

de correction du manuscrit et à Stéphanie BRUNEAU pour son aide précieuse à son organisation et mise en page.

Merci à mon mari Adrien ADAM, pour son amour inconditionné et pour sa patience à toute épreuve, pour m'avoir toujours soutenue et encouragée même dans les heures les plus sombres.

Enfin merci à ma mère Fiorella RIZZI pour m'avoir transmis le sens de la justice et du devoir d'accomplir les engagements pris, à mon père Vincenzo TALLARICO pour m'avoir donné le goût pour la liberté intellectuelle, le courage de regarder ses propres limites, et celles de sa propre discipline, et de s'ouvrir sans préjugés à une rencontre authentique avec l'Autre.

TABLE DES MATIÈRES

1 - INTRODUCTION	10
1.1 Problématique.....	10
1.2 Expériences et observations préalables	11
1.3 La terminologie et ses limites.....	14
1.4 La Recherche-action de la possession	16
2 - METHODOLOGIE ET RECHERCHE	18
2.1 Préparation de la recherche	18
2.2 Objectifs	20
2.3 La collecte des données.....	21
2.3.1 Données	22
2.3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	23
2.4 L'outil : le McGill Illness Narrative Interview (MINI)	24
2.4.1 Le protocole d'entretien.....	27
2.4.2 Le lieu.....	29
2.4.3 Le temps de l'entretien.....	29
2.4.4 Les différentes sections du MINI	30
2.5 Notes d'utilisation.....	32
2.6 Analyse des données	32
2.6.1 Codage des interviews.....	33
3 - REVUE DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE	37
3.1 Méthode.....	37
3.2 La recherche en chiffres : nombre d'article/ cas cliniques	38
3.3 Sexe ratio.....	38
3.4 Lieux.....	39
3.5 La langue de l'étude.....	40

3.6	Les problématiques cliniques	40
3.7	Les différents courants de la recherche sur la possession	42
3.8	Les critères diagnostiques utilisés : selon une perspective <i>étique ou émique</i>	45
3.9	Les symptômes et observations cliniques	49
3.10	Les membres de la famille/entourage avec les mêmes troubles.....	58
3.11	Les facteurs déclenchant	60
3.12	L'expérience/formation du chercheur/clinicien.....	68
3.13	La méthodologie des recherches	68
3.14	La description de la prise en charge/traitement.....	69
3.15	Les résultats des études	69
3.16	Tableau récapitulatif de la section : recherche	116
3.17	Observations.....	163
4 - SITUATIONS CLINIQUES		164
4.1	Alphonsine	164
4.1.1	Note de recherche.....	165
4.1.2	Anamnèse	166
4.1.3	L'enchaînement des événements liés au problème de santé.....	167
4.1.4	Symptômes et manifestations de la maladie	168
4.1.5	La nomination de la maladie	169
4.1.6	Parcours de soins	171
4.1.7	Diagnostics reçus.....	172
4.1.8	Traitements reçus	173
4.1.9	Opinions sur les traitements	175
4.1.10	Les prototypes	177
4.1.11	Facteurs déclencheurs la maladie.....	180
4.1.12	Étiologies.....	181
4.1.13	Les agents responsables de la maladie	184
4.1.14	Evolution de la maladie.....	186
4.1.15	Impact de la maladie sur la vie et réactions des personnes	186
4.1.16	Thèmes émergents.....	187
4.1.17	Fonction de la maladie	188
4.1.18	Les paroles, les idées, les narrations des cliniciens.....	192

4.2	Boubakar	198
4.2.1	Notes de l'entretien de recherche.....	199
4.2.2	Anamnèse	199
4.2.3	Symptômes et manifestations de la maladie	200
4.2.4	Nomination de la maladie par le patient.....	201
4.2.5	Parcours de Soins	201
4.2.6	Problème de santé que le patient considère similaire dans son passé	201
4.2.7	Les facteurs déclenchant la maladie.....	201
4.2.8	Les agents de la possession	202
4.2.9	Les traitements	203
4.2.10	Analyse de la première séance de groupe	203
4.2.11	Le cadre thérapeutique comme Le Château des destins croisés.....	205
4.2.12	Analyse des notes du deuxième entretien : le contre-transfert historique et culturel.....	210
4.2.13	Le début de la maladie, ou de l'initiation ? La traversée de la mer.	212
4.2.14	Les cris - <i>crisis</i>	219
4.2.15	La singularité de Boubakar	220
4.2.16	La possession et le rituel inachevé	221
4.2.17	La fonction de la transe : protection – prévention - lien	222
4.2.18	Les paroles des thérapeutes	222
4.3	Chabib	225
4.3.1	Anamnèse	228
4.3.2	L'enchaînement des événements liés au problème de santé.....	230
4.3.3	Signes et manifestations de la maladie.....	232
4.3.4	Impact de la maladie sur la vie.....	234
4.3.5	Réactions des autres face à la maladie	235
4.3.6	Nomination de la maladie et étiologies traditionnelles : le jnoun	235
4.3.7	Parcours de soins et thérapeutes.....	246
4.3.8	Grille Diagnostics - traitements reçus - opinions sur les traitements.....	251
4.3.9	Problèmes de santé similaire dans l'entourage	253

4.3.10	Grille Étiologies nommées par le patient	256
4.3.11	Fonction du monde invisible	257
4.3.11.1	L'Œil-bleu comme signifiant du refoulement culturel	259
4.3.11.2	Les mains invisibles et le retour du refoulé.....	267
4.4	Danielle	268
4.4.1	Une fatigue ancestrale et spirituelle	268
4.4.2	Données socio-démographiques et contexte familial.....	270
4.4.3	Les signes de souffrance et les actions des esprits	271
4.4.4	Grille Membres de la famille/entourage avec des expériences similaires	276
4.4.5	Agents du monde de l'invisible	277
4.4.6	Du refus de l'initiation et de la possession sauvage	283
4.4.7	Les discours de thérapeute : «de l'angoisse à la méthode»	285
4.5	Estelle	289
4.5.1	Anamnèse	289
4.5.2	Symptômes et signes de la maladie.....	294
4.5.3	Nomination de la maladie par la patiente.....	295
4.5.4	Grille Parcours thérapeutiques	296
4.5.5	Membres de la famille/entourage avec des expériences similaires.....	299
4.5.6	Impact sur la vie et image de soi	300
4.5.7	Modèles explicatifs du patient : les esprits des morts	302
4.6	Fadi.....	308
4.6.1	Anamnèse	309
4.6.2	Nomination de la maladie	310
4.6.3	Prototype	311
4.6.4	Facteurs et agent de la maladie	312
4.6.5	Traitements reçus	313
4.6.6	Impact sur la vie et image de soi-même.....	314
4.6.7	Fonction de la maladie	314

4.7	Geldon	317
4.7.1	L'enchaînement des épisodes par rapport à la maladie	317
4.7.2	Symptômes et manifestations de la maladie	320
4.7.3	Parcours de soins et nomination de la maladie	320
4.7.4	Prototypes.....	323
4.7.5	Impact sur la vie et Image de Soi	324
4.7.6	Les mots et les choses	324
4.7.7	L'entraînement à la transe.....	326
4.8	Isaac.....	330
4.8.1	Note de recherche.....	330
4.8.2	L'enchaînement des évènements liés au problème de santé.....	330
4.8.3	Symptômes et manifestations de la maladie	332
4.8.4	Parcours de soins	332
4.8.5	Les facteurs et les agents déclenchant la maladie	333
4.8.6	Thèmes émergents.....	335
4.8.7	Le recours à la «transe profane»	337
5	- DISCUSSION	340
5.1	Description de la population étudiée.....	340
5.2	Symptômes et signes de la présence du monde de l'invisible	341
5.3	Itinéraires thérapeutiques	344
5.4	La question de la nomination de la maladie.....	348
5.5	Discussion des thèmes récurrents.....	350
6	- LES DISCOURS DES THÉRAPEUTES	356
6.1	Description du groupe de thérapeutes	356

6.2	De l'importance des prototypes personnels	357
6.3	Définitions de la possession	358
6.4	Symptômes et signes du monde de l'invisible.....	365
6.5	Le risque de misdiagnosis: transe psychotique vs transe de possession	366
6.6	La possession et le cadre clinique	368
6.7	Les esprits et le groupe.....	372
6.8	Des stratégies cliniques face aux défis du monde de l'invisible.....	373
7 - CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES		381
BIBLIOGRAPHIE		387

1 - INTRODUCTION

1.1 Problématique

Les travaux en Anthropologie de la Santé, en ethnopsychiatrie, en psychologie interculturelle et en psychiatrie transculturelle (parmi lesquels nous rappelons ceux de KLEINMAN, 1980; KIRMAYER, 2000;) ont démontré l'importance de biais culturels dans la réalisation de diagnostics concernant les populations d'origine étrangère, ce qui a été repris également dans le DSM V.

Selon Renato D. ALARCON, membre du sous-groupe de travail sur les questions culturelles pour la publication de la cinquième version du *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux* (DSM-5) :

(...) il existe des différences marquées entre la perspective purement nosologique et la perspective culturelle quant au diagnostic psychiatrique; celle-ci prend en compte des thèmes comme l'identité personnelle, le sens culturel des symptômes, leur impact sur la qualité de vie et le niveau de réceptivité du patient tant aux conclusions diagnostiques qu'aux recommandations thérapeutiques (...) Cette situation se retrouve dans la publication récente de la cinquième édition du *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux* (DSM-5) de l'association américaine de psychiatrie (APA), comme dans les délibérations en cours à l'organisation mondiale de la santé (OMS) à propos de la 11^e édition de la *Classification internationale des maladies* (CIM-11) et de sa section des maladies mentales. (ALARCON, 2014)

Noé JEDWAB et Céline NGUYEN-LAMOUREI (JEDWAB & NGUYEN-LAMOUREI, 2015) dans leur article sur la prise en charge des états psychotiques aigus chez les migrants, qui fait suite à une enquête sur des mineurs isolés aux urgences psychiatriques d'un hôpital marseillais de 2013, utilisent l'expression de *pièges diagnostiques* comme une des hypothèses pour expliquer la grande incidence des troubles psychiatriques aigus, principalement psychotiques, parmi les migrants.

Une littérature assez fournie répertorie d'ailleurs les erreurs diagnostiques que l'on peut faire dans des contextes transculturels, principalement lorsque la symptomatologie psychiatrique s'exprime de manière bruyante et aiguë chez des patients migrants (...) Dans une étude menée au Royaume-Uni auprès d'individus de différentes origines ethniques, des expériences hallucinatoires étaient rapportées par 4 % des sujets caucasiens, 9,8 % des sujets originaires des Caraïbes et 2,3 % des sujets asiatiques. Après avoir passé un entretien standardisé (Present State Examination), il apparaissait que seuls 25 % des patients ayant expérimenté des hallucinations présentaient un authentique trouble psychotique, avec une grande variabilité interethnique puisque 50 % des patients caucasiens étaient diagnostiqués psychotiques, contre seulement 20 % des patients originaires des Caraïbes ou d'Asie. (JEDWAB & NGUYEN-LAMOUREI, 2015).

L'expérience clinique des auteurs, les amène à rejoindre les nombreux chercheurs qui se sont interrogés sur la nature même du symptôme hallucinatoire en fonction du cadre culturel dans

lequel il surgissait.

Comme l'affirme Tobie NATHAN, dans son ouvrage *Nous ne sommes pas seuls au monde*, selon la formule utilisée en Afrique de l'Ouest pour décrire l'action des esprits qui viennent perturber la vie des humains « Tous les patients doivent être pris en compte, écoutés et aidés comme des témoins et non comme des victimes, à partir de leurs forces et non de leurs faiblesses. Ils peuvent ainsi parler de leur expertise propre : (...) des êtres de leurs mondes pour les migrants, des procédures d'emprise pour les sortants de sectes...» (NATHAN & STENGERS, 2015)

Nous nous situons dans le sillage de ces réflexions et nous faisons nôtre cette posture, aussi bien clinique que théorique, grâce à notre double formation en anthropologie et en ethnopsychiatrie.

Nous avons donc, estimé pouvoir offrir notre contribution dans le champ des études en psychologie transculturelle et dans la prise en charge clinique. Ceci, à travers une étude approfondie des expériences et des histoires de patients immigrés qui se disent (ou qui sont dits) possédés, habités, ou visités par le monde invisible, et qui s'adressent aux structures sanitaires françaises.

1.2 Expériences et observations préalables

Le choix du sujet de la thèse découle des réflexions faites lors de notre travail comme anthropologue de la santé dans l'accompagnement de patients immigrés pendant leur demande d'asile dans le Service pour les demandeurs de protection humanitaire, réfugiés et victimes de torture, au INMP (Institut National pour la Promotion de la Santé) de Rome. La phase exploratoire de notre recherche se fonde pour l'essentiel sur nos expériences d'apprentissage et de travail dans deux dispositifs cliniques transculturels de l'hôpital Avicenne (Bobigny), la consultation *Trauma* et la consultation d'Ethnosystémie, ainsi que la consultation d'Ethnopsychiatrie du CMP Ordener du 18^{ème} arrondissement de Paris.

Ces différentes expériences nous ont effectivement permis de remarquer une complexité d'actions, de théories, de pratiques et de représentations inhérentes à la *possession*, que nous avons classés en deux catégories : la surabondance de l'étiologie de la possession et l'annihilation du terme possession.

- 1) La surabondance de l'étiologie de la possession.

Nous avons pu noter, à plusieurs reprises, que le terme et les concepts de *possession* constituent une étiologie extrêmement récurrente dans les interprétations des thérapeutes, notamment dans les consultations d'ethnopsychiatrie. Les thérapeutes formés à la psychiatrie transculturelle ont tous reçu certains rudiments en anthropologie. Ils connaissent tous la définition des principales étiologies traditionnelles, et dans le meilleur des cas les logiques sous-jacentes, parmi lesquelles la possession semble avoir une place très importante.

Dans la clinique transculturelle, les patients sont souvent invités à exprimer et partager opinions, idées, représentations, hypothèses autour des causes et des origines de leurs souffrances. Les malades étrangers, dans la plupart des cas, se saisissent très rapidement de cet espace *pour parler de choses du Pays* selon la formule utilisée de façon récurrente pour présenter la consultation transculturelle. Nous retrouvons de manière récurrente dans leurs discours les *djinns*, le *raab*, les *maris* et les *femmes de la nuit*, les *serpents*, les *chats*, et toutes les autres *entités du monde invisible* qui habitent les corps, les réflexions et les discours de nos patients qui, normalement, ne sont pas reconnus dans les lieux de soins occidentaux. Les personnes expriment souvent le soulagement de pouvoir les partager, dans un groupe, sans la crainte d'être considéré comme fou.

Toutefois, selon Felicia HEIDENREICH, il y aurait aussi des éléments transférentiels qui pourraient expliquer cette surabondance de termes liés à la possession : « Les patients qui rapportent des étiologies à la consultation et se servent volontiers de celles proposées par les co-thérapeutes rassurent ces derniers et donnent le sentiment qu'on peut déployer le dispositif à son mieux. Comme dans tout dispositif de soins, ce sont ces « bons » patients qui valident les hypothèses théoriques et les manières de faire. » (HEIDENREICH, 2010).

Nous retrouvons, également, une large utilisation de la possession, des termes qui se réfèrent au monde invisible, dans les lettres des confrères et consœurs soignants, qui adressent leurs patients aux consultations transculturelles. « Souvent les étiologies traditionnelles du patient sont mises en avant par les intervenants médicaux ou sociaux pour solliciter une consultation ethno-psychiatrique et servent parfois comme ticket d'entrée » (HEIDENREICH, 2010). Effectivement, le travail analytique avec les patients étrangers est souvent considéré comme l'apanage exclusif de l'ethnopsychiatrie, car elle se sert des différentes représentations et étiologies traditionnelles, tantôt des patients, tantôt des thérapeutes.

2) L'annihilation du terme possession.

Tous les termes, et les expressions qui renvoient au monde surnaturel (dans l'expression et la configuration des signes de la maladie) sont éliminés et remplacés dans leur existence, dans leur usage, peut-être même dans l'esprit des soignants, par des termes médicaux. Nous observons une sorte de bannissement des différences culturelles avec comme conséquence, l'annihilation du terme de *possession*.

Nous même, pendant notre recherche, nous avons fait l'expérience de ce véritable ostracisme envers le terme de *possession*. Nous avons, en effet, perdu plus d'un an dans le recrutement des patients pour la recherche, avant de découvrir que les réponses négatives, ou bien plus souvent les silences, des cliniciens, auxquels nous étions régulièrement confrontés, étaient causés par la gêne, voire l'agacement vis à vis du terme *possession* contenu dans le titre provisoire de notre recherche « La Possession comme machine à penser de l'immigration dans le contexte public sanitaire. ». Comme il nous a bien été expliqué par le directeur d'un CMP, après avoir enfin accepté de nous rencontrer pour discuter de notre recherche : « je dois vous dire la vérité, il y a quelque chose qui me gêne profondément dans votre thèse, c'est le titre : la possession ! De quoi on parle ? C'est de la psychose, quand-même ! ».

L'analyse des résultats de notre revue de la littérature scientifique (un état des lieux des recherches en psychologie, médecine, psychiatrie, psychanalyse, ethnopsychiatrie sur le sujet de la possession par les esprits, et les problématiques cliniques liées à ce phénomène) mènent à des résultats similaires de négation de l'existence de la possession en tant qu'étiologie.

Concernant le rôle attribué à la culture par les professionnels français de la santé mentale dans les prises en charge de leurs patients étrangers, la conclusion de l'enquête de SICOT et TOUHAMI montre des soignants peu formés aux questions de la rencontre interculturelle :

(Ils) se méfient de la notion même de culture et, face aux incertitudes ou aux difficultés rencontrées, adoptent des pratiques diverses en fonction de leur expérience au détriment de la spécificité et de la singularité du sujet. (SICOT & TOUHAMI, 2015).

A savoir que : la relation effectivement complexe, et parfois douloureuse, entre le patient et le monde invisible est souvent réduite par les soignantes à la dimension du pathologique. Et, les signes de ces rencontres avec le monde surnaturel, sont toujours traduites, ou comparées, avec des diagnostics biomédicaux. Les visions, les perceptions, les sensations des *présences*, invisibles aux autres, mais bien réelles pour les patients, sont en effet dans la majorité des cas lues comme des symptômes psychotiques, sans tenir compte, ou interprétant mal, le contenu culturel du discours des patients.

1.3 La terminologie et ses limites

Au début de notre travail, nous nous sommes confrontés à l'exigence de trouver, et d'adopter, un terme, pour nommer l'intrusion douloureuse du monde invisible, dans le corps et dans le vécu du patient, au-delà des différentes disciplines et des différents contextes ethnographiques,

Nous avons décidé d'adopter le terme de *possession* - hélas très malheureux pour le recrutement des patients, et souvent objet de fascination ou de rejet - au sens plus large, tel qu'il a été défini par FABIETTI et REMOTTI dans le *Dictionnaire d'Anthropologie*, dont nous reportons ici notre traduction de l'italien dans le texte original¹.

La possession est un état de souffrance déterminé par la descente ou l'intrusion des entités qui habitent l'univers religieux d'une culture déterminée à l'intérieur du corps humain. Une telle «action dérangeante» est transformable en une relation privilégiée, favorable donc à la personne, avec le monde surhumain à travers des rituels spécifiques (...) il est très difficile de construire une typologie de la possession, précisément à cause de la variété incroyable avec laquelle ces phénomènes se produisent dans différents contextes ethnographiques.

Sur le plan analytique, les différentes perspectives théoriques permettent de mettre en évidence la nature complexe et multiforme du phénomène. Les rites de possession ont souvent des répercussions sociales importantes, notamment en ce qui concerne les relations de genre; ils se produisent dans des contextes ethnographiques différents, étroitement liés aux changements socio-économiques; ils peuvent être considérés comme une forme de communication privilégiée, à la fois au sein du même groupe social, entre le monde humain et le domaine des esprits, ou encore être inclus dans le discours plus général sur la sorcellerie (dans de nombreuses sociétés en Afrique, il est reconnu un lien de causalité entre les deux types d'agression). Plusieurs auteurs intègrent l'interprétation de la possession au discours plus articulé sur le malheur et la maladie. Ainsi, la fonction thérapeutique des cultes de possession (ZEMPLINI 1966), et la nature socialement construite de tels événements, sont mises en évidence en essayant d'identifier la logique culturelle qui transforme un événement personnel obscur, douloureux et privé de signifié, en un phénomène culturellement accepté » (REMOTTI & FABIETTI, 1997).

Nous avons fait nôtre l'impossibilité de donner une définition univoque du terme *possession*. En effet, un choix par rapport à la définition pouvait correspondre à un choix épistémologique, ce qui nous aurait confiné à l'intérieur d'un modèle théorique et aurait exclu

¹ «La possessione è uno stato di malessere, legato ad una discesa o a un'invasione delle entità che popolano l'universo religioso di una data cultura (spiriti, geni, antenati), nel corpo umano, trasformabile attraverso riti appropriati, in un rapporto privilegiato di comunicazione con il mondo sovrannaturale. (...) è tuttavia difficile, proprio per l'incredibile varietà con cui tali fenomeni si presentano nei diversi contesti etnografici, costruirne una tipologia. Sul piano analitico, le diverse prospettive teoriche permettono di evidenziare la natura complessa e sfaccettata del fenomeno. I riti di possessione hanno sovente importanti ripercussioni sociali, soprattutto per quanto riguarda le relazioni di genere; si presentano in diversi contesti etnografici come strettamente connessi al mutamento socio-economico; possono essere considerati come una forma di comunicazione privilegiata, sia all'interno di uno stesso gruppo sociale, sia fra il mondo umano e il dominio degli spiriti (Gilles 1987), o ancora essere ricompresi nel più generale discorso sulla stregoneria (in molte società africane viene riconosciuto un legame causale fra i due tipi di aggressione). Diversi autori ne riconducono l'interpretazione al più articolato discorso sulla sventura e sulla malattia. Si evidenzia così la funzione terapeutica di culti (Zempleni 1966) e la natura socialmente costruita di tali avvenimenti, cercando di individuare la logica culturale che trasforma un evento personale oscuro, doloroso, e privo di significato in un fenomeno culturalmente accettato» Fabietti, U., & Remotti, F. (1997). Dizionario di antropologia.

la possibilité de voir les phénomènes à travers un double regard non simultané de co-thérapeute en ethnopsychiatrie et d'anthropologue. C'est pour cette raison que nous avons tout d'abord décidé de choisir le terme de *possession*, non pas comme un terme descriptif mais plutôt comme un « concept producteur du sens » comme une « machine à penser », un outil pour orienter notre observation et notre analyse. À travers la *possession*, comme le suggère l'ethnopsychiatre Roberto BENEDEUCE, on accède à un vaste tableau de phénomènes, surtout quand nous mettons en relation la possession avec les histoires de migration, « avec la modernité, avec le changement culturel, avec les processus mimétiques et les conflits qui scandent ces dynamiques » (BENEDEUCE & TALIANI, 2001). La *possession* est définie par les auteurs comme une *pratica transizionale*², une « machine à penser », donc, des dynamiques avec lesquelles, dans le processus migratoire, l'identité individuelle et collective se structure, se contracte, se transforme et se négocie.

La notion de *possession*, de laquelle cette recherche entend partir, est volontairement l'idée instrumentale et non codifiée de la « possession comme machine à penser », que l'on entend ici, au moins dans un premier temps, comme instrument épistémologique, apte à la compréhension de dynamiques déterminées et de phénomènes liés à une partie de cette population migrante qui s'adresse aux structures sanitaires en demandant une prise en charge particulièrement complexe.

Comme M.R. MORO et T. BAUBET le soutiennent dans *Cultures et soins du trauma psychique en situation humanitaire*, « chacun s'approprie ses représentations d'une manière qui lui est propre, qui dépend de son histoire, du contexte politique, etc. On appelle affiliation, ce processus actif et dynamique d'inscription dans un monde culturel, souvent pluriel ». (MORO & BAUBET 2003)

Nous partons de l'hypothèse que l'observation de la possession, au sens large du terme « présence de l'invisible », dans la construction de la souffrance chez les patients immigrés qui sont pris en charge dans les services sanitaires français, est un « objet d'étude privilégié » pour mieux comprendre, entre autres, ce processus d'affiliation.

La réflexion consacrée à la construction de notre premier temps d'hypothèse de travail a donc débuté à partir d'une conception de *possession* comme *phénomène* que l'on retrouve chez des personnalités fragiles ou à des moments critiques de la vie du patient qui demande à être soigné. On retrouve cette idée chez DE MARTINO (DE MARTINO & PONCET, 1999) dont

2 « Une pratique transitionnelle »

le travail s'inscrit dans le sillage des contributions freudiennes et à partir de l'influence de Pierre JANET, qui met en rapport la *possession* avec la condition psychologique des possédés. Selon ce dernier, la *possession* serait vérifiable chez des individus qui présentent une « mise en psychologique » (JANET, 1889) ; des gens marqués par une personnalité dissociée et/ou qui vivent des moments particulièrement critiques, qui concourent à déterminer une « crise de la présence », auraient recours à la possession comme stratégie pour opérer, ou tenter, une sorte de restructuration cognitive.

1.4 La Recherche-action de la *possession*

Nous nous situons en anthropologie dans une démarche de *recherche-action* selon la définition de l'anthropologue André BOUVETTE :

Il s'agit d'une sorte de dialectique de la connaissance et de l'action dont la finalité est la création de connaissances nouvelles qui deviendront provocatrices de changement. En ce sens, la recherche-action a pour objet *le réel concret* qu'elle cherche à influencer et à modifier (BOUVETTE, 1984).

Nous sommes conscients que ce choix implique pour l'anthropologue une redéfinition des instruments épistémologiques, une réflexion concernant le rôle du chercheur et du terrain de recherche ; choix qui implique à son tour un échange et une confrontation constante avec les autres disciplines telles que la psychanalyse, la psychologie et la psychiatrie transculturelle, si l'on veut analyser, comprendre et restituer la multiplicité de la réalité observée.

Les connaissances que nous entendons acquérir, par le biais de cette recherche, ont, en effet, pour finalité de produire des savoirs qui pourront enrichir les pratiques cliniques des différents soignants.

Nous sommes sensibles aux critiques soulevées par A. KLEINMAN en 1980, et que nous ne pouvons pas négliger même de nos jours :

(...) comme un clinicien je me suis trouvé fréquemment déçu par les études anthropologiques et transculturelles qui ont été amenées dans des services médicaux, parce que ces études sont souvent si éloignées, ou sans rapport aux intérêts d'un clinicien : la réalité exigeante et difficile de la maladie comme une expérience humaine et les relations principales et les tâches de la prise en charge clinique. (KLEINMAN, 1980).

Nous sommes, en effet, engagés dans une réflexion continue sur les enjeux de la restitution de la recherche ainsi que des effets de l'enquête pour les patients et les thérapeutes.

À l'intérieur même de la clinique transculturelle, l'anthropologue est en effet conscient que son engagement va bien au-delà de « l'observation participante ».

Dans le cadre de la clinique transculturelle, selon le modèle complémentariste fondé par G. DEVEREUX, l'exploration anthropologique a tout à fait une place de co-thérapeute. Le savoir anthropologique a pour but d'accompagner et de soutenir la psychanalyse (« une pluridisciplinarité non fusionnante, et non simultanée : celle du double discours obligatoire » (DEVEREUX, 1985)) dans la production des associations et dans le recueil, la construction du matériel clinique, pour l'investigation, la compréhension et la décodification des représentations autour de la maladie, la souffrance, la santé, le corps, apportées par le sujet à partir de sa propre culture.

Ces représentations culturelles ne sont pas des fins en soi, au contraire, elles sont considérées comme des *leviers* très efficaces à des fins thérapeutiques, notamment comme *facilitateurs* des *insights*, comme activateurs de transfert, et autres processus psychiques.

C'est donc animés par l'objectif de donner des éléments à intégrer aux réflexions et à la pratique clinique, que nous avons choisi le sujet de la présence *dérangante* des entités invisibles.

En effet, la possession que l'on retrouve le plus souvent dans notre pratique de clinique transculturelle peut être définie comme inopportune, *sauvage* (FABIETTI, 2001), puisqu'elle n'est ni encadrée, ni gérée par le groupe, à travers des rituels, mais qu'elle est subie par le patient et étroitement liée aux aspects pathologiques.

On propose, donc, une étude d'un fragment narratif de *la possession latente* qui est, selon la définition de Michel LAMBECK (LAMBECK 1993), l'histoire de la vie du possédé qui entretient des relations avec des entités invisibles tout au long de son existence au-delà de l'état de transe.

C'est pourquoi nous proposons l'analyse du discours de différents protagonistes d'une partie de l'histoire à laquelle nous avons pu avoir accès pendant la recherche : un photogramme du suivi psycho-médical reconstruit à travers les paroles du patient, les notes des consultations, des certificats et des entretiens avec différents cliniciens.

Nous avons fait l'hypothèse que « la maladie des esprits » serait pour le patient à la fois l'expression d'une souffrance, ainsi que le pivot du processus de guérison qui passe à travers une quête de sens, une négociation qui interroge l'ici et l'ailleurs, le temps présent et le temps passé, l'individu et le groupe, la famille, le lieu de provenance et celui d'accueil, l'ordinaire et l'extraordinaire, et tous les êtres, et les personnes qui en font partie.

2 - METHODOLOGIE ET RECHERCHE

2.1 Préparation de la recherche

Les observations que nous avons pu noter après les consultations dans le cadre de la psychiatrie transculturelle, la lecture des dossiers des patients, les séances de *debriefing* avec les groupes de thérapeutes après les séances, les conversations informelles avec les collègues et les médiateurs linguistiques nous ont permis de prendre nos marques par rapport à notre enquête, de dégager des thèmes, de trouver de points d'accroche pour les entretiens et par rapport à l'objet de la recherche.

Beaucoup de questions préalables, qui ont par la suite orienté notre travail de recherche, ont émergé pendant le travail clinique :

1. Quel est le rôle des entités qui viennent de l'invisible dans le vécu, dans la souffrance et dans le psychisme du patient ? De quoi parle-t-on ? De la *possession* ?
2. Qu'est-ce que c'est que la *possession* pour les patients, pour les thérapeutes, dans les structures publiques sanitaires françaises ?
3. Quelle est la fonction de la *possession*, en tant que maladie et représentation, pour le patient ?
4. Quelle est la fonction de la *possession*, en tant que notion, concept, étiquette, représentation, pour le thérapeute ?
5. Quels choix thérapeutiques la *possession* entraîne ?
6. Quelle est la construction/action de ce phénomène sur le sujet maintenant, dans le contexte de la prise en charge clinique ? Peut-on parler de *possession* comme « théorie en acte » ?
7. Est-ce que les éléments religieux sont absents dans les pratiques des soignants, si non, quelles sont leurs conséquences dans la prise en charge ?

Dans cette phase préliminaire de la recherche nous avons aussi pris des contacts pour la poursuite de l'enquête. Nous avons fait une première liste de patients, que nous avons déjà rencontrés pendant des consultations ethno-psychiatriques, et pour lesquels, dans le groupe, s'est posé la question de la *possession*, et, nous leur avons proposé de participer à la recherche. Nous avons également pris les contacts de certains médiateurs et vérifié leurs disponibilités pour traduire lors des entretiens de recherche. Nous avons également contacté

des collègues, des psychologues et des psychiatres, que nous avons sollicités tant pour participer à notre recherche que pour nous aider dans le recrutement de nouveaux patients.

Le fait de travailler dans un terrain connu est rassurant pour le chercheur car cela permet de gagner du temps grâce à un accès privilégié aux informations mais, en même temps, faire des entretiens avec des personnes avec lesquelles nous avons déjà instauré des relations sur différents niveaux (soit il s'agit des patients, soit il s'agit des collègues) n'est pas toujours évident.

Les relations de hiérarchie, de proximité avec les collègues, les formules de politesse de l'un envers l'autre, les éléments implicites, les non-dits, les exigences cliniques (notamment la préoccupation pour l'intérêt du patient) peuvent être des variables risquées si elles ne sont pas convenablement explicitées et analysées.

Nous avons noté dans le cahier de recherche ces difficultés, ainsi que les réflexions et les processus de négociation que nous avons rencontrés avec les différents sujets interviewés. Nous avons ainsi tâché d'en faire un outil d'investigation rigoureux dont nous nous sommes servis pour analyser les attitudes contre-transférentielles du chercheur, la façon dont nous étions en train de construire notre terrain (comment éviter qu'il soit le fruit uniquement du hasard ou de l'effet boule-de-neige ?) et notre positionnement vis-à-vis des différents *informateurs*, tout au long de la recherche.

Cette pratique nous a permis de *monitorer* notre propre technique d'entretien, afin de maintenir la position d'observateur participant, qui est propre de l'ethnologue.

Nous avons été particulièrement scrupuleux à ne pas *glisser* dans une relation thérapeutique avec le patient, tout en restant extrêmement attentifs à détecter des signes de gêne et de souffrance chez les patients, et pendant l'interview et dans une phase successive. Ce fut une difficulté réelle : la souffrance du patient, le lieu de l'entretien, qui est aussi le lieu des soins pour la plupart des patients, l'envoi de la part d'un clinicien, pour certains patients le fait de les avoir déjà rencontrés comme co-thérapeute dans le cadre de la clinique transculturelle, tout cela pourrait entraîner une ambiguïté entre la recherche et la clinique.

Sur la base de ces réflexions préliminaires nous avons affiné nos critères d'inclusion et d'exclusion des patients, nous nous sommes interrogés avec les soignants sur le lieu et les moments les plus adaptés à proposer à leurs patients afin de minimiser les risques de biais.

En ce qui concerne les entretiens avec les soignants, nous avons envoyé aux cliniciens interviewés la retranscription de leurs entretiens pour demander leur approbation à l'utilisation

des transcriptions, tout en sollicitant des commentaires, d'éventuelles critiques ou des clarifications.

2.2 Objectifs

Nous avons mené une recherche ethnographique du phénomène de *possession* et de sa prise en charge clinique. Nous avons également souhaité déterminer et analyser les rapports de force et le système de relations entre les parties prenantes de la prise en charge clinique.

Pour se faire, et du fait de notre formation d'anthropologue, le patient, pour nous, est un sujet et non pas un objet d'expérience. Il était, tout au long de la recherche, en position d'informateurs, autrement dit, nous les avons interviewés en qualité d'experts de la *possession* par rapport à leur vécu.

De plus, comme chercheurs en psychologie, nous nous sommes constamment interrogés sur la fonction de la présence des *esprits* dans le psychisme et le vécu du patient.

Nous avons fait l'hypothèse que la présence du monde invisible renvoie symboliquement au conflit intrapsychique, car il indique l'existence de dysfonctionnements interrelationnels et communicationnels dans le système du patient. Toutefois, cela ne doit pas faire penser que l'intromission du monde invisible est ici traitée dans le sens d'une psychopathologie.

Bien au contraire, certainement inspirés par les travaux de BATESON Gregory et du groupe de l'université de Palo Alto, nous avons analysé la communication autour et avec le monde de l'invisible du patient, comme une façon *normale*, cohérente, de répondre à un contexte de communication *insensé*, voir paradoxal.

C'est pourquoi, nous avons choisi pour notre recherche une approche narrative afin :

- d'analyser les multiples enjeux, les processus, les logiques, les *actions en acte* dans la dynamique psychique, sociale et interactionnelle qui se construit entre les différents *protagonistes* et *co-protagonistes* de la prise en charge de ces patients
- de comprendre la fonction de la *possession* pour les patients et pour les thérapeutes, et le rôle que la *possession* occupe dans la relation thérapeutique.

Nous sommes, en effet, convaincus qu'une prise en charge plus efficace passe par une meilleure compréhension du discours du patient et du signifiant qu'il attribue à son expérience, et aussi, de la nécessité de considérer les enjeux communicatifs et la thérapie comme un cadre narratif complexe.

Dans la clinique, comme dans toute rencontre humaine, les théories et les actions des uns se construisent, se modèlent et se remodelent dans la rencontre avec celles des autres, de façon interactive et dynamique. C'est pour cela, qui nous avons jugé incontournable pour la compréhension des vécus des personnes habitées par le monde invisible, de croiser les discours des patients avec ceux des cliniciens, ce qui arrive *de facto* dans les différents espaces cliniques.

Le but était de mettre en lumière l'importance de la prise en compte des représentations des patients aussi bien que des représentations et des éléments contre-transférentiels des thérapeutes dans la construction de l'espace thérapeutique.

Nous sommes en effet conscients, grâce aux nombreux et excellents travaux de cliniciens et chercheurs en psychiatrie transculturelle tels que le Pr. MORO, le Pr. BAUBET, qu'une plus ample compréhension de la *possession*, dans la prise en charge dans les contextes hospitaliers, permettrait de :

- faire émerger et de valoriser d'autres ressources possibles des patients,
- construire une alliance thérapeutique plus efficace,
- pouvoir soulager le patient de la peur de la stigmatisation et de la mésestime de soi,
- pouvoir mieux intervenir contre le risque d'isolement social du patient,
- prévenir des erreurs diagnostiques et des erreurs d'interprétation des présences culturellement codée.

2.3 La collecte des données

Notre travail se base sur une recherche qualitative de terrain et nous sommes, conscientes que la recherche en clinique pour un chercheur a des exigences, des temps, des modalités de négociation très spécifiques.

Notre terrain, comme nous l'avons illustré dans le paragraphe précédent, nous a demandé une négociation préalable particulièrement importante, que nous détaillerons dans la section sur les limites de la recherche.

La collecte des données s'est articulée selon deux axes principaux : les discours des patients et les narrations des cliniciens.

1) L'exploration des théories et représentations des patients à travers :

- des entretiens semi-directifs menées à l'aide d'une grille d'entretien qualitatif le *McGill Illness Narrative Interview* (MINI) enregistrés et retranscrits,
- des notes de consultations prises par un membre de la consultation, à tour de rôle, pendant les séances des consultations ethno-psychiatriques,
- des notes de terrain recueillies à travers une observation participative.

2) Les théories et les pratiques des différents soignants à travers :

- des entretiens semi-directifs enregistrés et retranscrits avec un questionnaire qualitatif construit par le chercheur,
- des certificats médicaux et autres matériaux cliniques recueillis sur les différents lieux de la prise en charge.

À l'occasion d'une présentation de notre travail de recherche, qui était en cours, pendant une réunion de l'équipe de l'Hôpital Avicenne (Bobigny), un psychologue, parmi le public nous a fait remarquer le risque d'une rigidité de ce modèle de collecte, selon lui, superficiellement binaire, où l'on voyait les patients d'un côté et les soignants d'un autre, comme s'ils étaient « d'un côté et de l'autre de la tranchée ».

En prenant en considération son observation, nous avons donc ajouté un troisième axe qui prévoit de façon systématique de questionner ceux que je pourrais définir comme les *co-protagonistes* de la prise en charge.

3) Les représentations et les théories explicatives des membres de la famille et des médiateurs linguistiques, quand ils étaient présents, des thérapeutes traditionnels et des thérapeutes religieux qui ont fait partie du parcours thérapeutique du patient, à travers :

- des entretiens semi-directifs enregistrés et retranscrits,
- des notes de terrain.

Nous avons réalisé avec chaque patient un entretien individuel avec la présence d'un interprète, quand nous l'avons pensé nécessaire, dans l'objectif d'une meilleure compréhension linguistique.

Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits par la suite ; ils ont été réalisés dans les Services de l'Hôpital Avicenne (Bobigny) ou dans les autres Structures et Services prenant en charge le patient.

Le nom du patient n'a pas été conservé et nous avons appliqué les règles d'anonymat pour respecter la sécurité et la confidentialité des données, selon les recommandations du CNIL. Nous avons éliminé ou substitué tous les signes d'identification des personnes physiques. Aucun fichier de patient n'a été constitué. Les participants ont reçu et signé un formulaire de consentement éclairé.

La participation à la recherche a été proposée à tous les patients de plus de 18 ans remplissant les critères d'inclusion et pris en charge par l'équipe de la consultation *Trauma* du Service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent et de Psychiatrie générale, à l'Hôpital Avicenne (AP-HP) du Pr Thierry BAUBET, Université Paris 13 à Bobigny.

D'autres patients nous ont été adressés par des collègues d'autres services, notamment des soignants qui exercent dans des dispositifs ethno-psychiatriques, ou qui sont sensibilisés à la psychiatrie transculturelle.

2.3.1 Données

L'enquête fut réalisée sur une durée totale de 20 mois.

Nous avons réalisé 26 interviews avec 10 patients, dont 4 femmes et 6 hommes, et 6 cliniciens, dont 3 hommes et 3 femmes.

Dans l'analyse des données, nous avons retenu seulement les patients avec lesquels nous avons pu compléter le questionnaire MINI, à savoir 8 sur 10.

2 patients n'ont pas souhaité terminer l'interview.

2.3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Étaient éligibles pour la recherche tous les patients migrants et enfants de migrants, hommes et femmes âgés d'au moins 18 ans, avec des conditions psychophysiologiques permettant de participer à une heure d'entretien ; et, pour qui, leur propre discours ou celui de leur entourage sur les causes de la souffrance fait/font référence (dans le présent aussi bien que dans le passé) aux *visites* d'êtres invisibles et à la présence d'entités culturelles.

Nous avons inclus toutes les pathologies psychologiques et/ou psychiatriques diagnostiquées en lien avec des *perceptions* de l'invisible : des visions, des perceptions auditives, des

sensations corporelles ou extracorporelles, des sensations d'être *habité*, ou d'être *envahi* dans son corps par un être invisible, de *sortir* de son corps y compris les états de transe.

Nous avons exclu de la recherche les patients non-inscrits dans un cadre de prise en charge, l'absence d'histoire migratoire personnelle ou filiale, les patients présentant un état psychologique et/ou psychiatrique ne permettant pas un entretien d'une heure.

2.4 L'outil : le McGill Illness Narrative Interview (MINI)

Le MINI est un guide d'entretien semi-structuré pour une étude qualitative, créé par Danielle GROLEAU, Allan YOUNG et Laurence J. KIRMAYER du département de *Psychiatrie Sociale et Transculturelle* de l'Université McGill de Montréal. Il a été conçu pour obtenir des récits de la maladie dans la recherche en santé. La théorie, le protocole, les objectifs et les méthodes d'analyse de données sont expliqués dans l'article de GROLEAU, YOUNG et KIRMAYER. (GROLEAU, YOUNG, & KIRMAYER, 2006)

Le MINI est structuré de manière séquentielle avec trois sections principales :

1. 1ère section, les questions sont formulées afin d'obtenir un **récit temporel** qui va constituer **la trame** de base de l'expérience de la maladie et qui organise les symptômes en termes de contiguïté des événements ;
2. 2ème section, l'objectif est d'obtenir des **prototypes narratifs**, des séquences narratives, liés aux problèmes de santé actuels, mais qui sont basés sur des exemples, des modèles issus des expériences antérieures de la personne interrogée, des membres de la famille ou des amis, ou qui ont été acquis à travers les médias, des situations communes ou d'assertions consensuelles tels que le lieu commun³ ou d'autres représentations populaires;
3. 3ème section, la finalité est de recueillir tous les **modèles explicatifs**, y compris les étiquettes, les attributions causales, les attentes envers le traitement, son l'évolution et les résultats attendus.
4. Des sections supplémentaires du MINI explorent **le parcours de soin**, l'expérience et l'adhésion au traitement, l'impact de la maladie sur l'identité et le statut du sujet, la perception de soi et les relations avec les autres.

3 Ici nous utilisons le terme *lieu commun* dans son acception d'idée générale, dont la vérité est admise par la communauté à laquelle on s'adresse. Les lieux communs sont le reflet de l'opinion dans un contexte historique et culturel déterminé et sont souvent utilisés comme des arguments qui se passent de justification.

Le MINI est une guide d'entretien conçue de façon à obtenir une conversation qui produit des récits qui peuvent être utilisés pour étudier les significations individuelles de la maladie, les modes de raisonnement, les séquences historiques et les contextes socioculturels de l'expérience de la maladie.

Initialement cet outil a été créé pour explorer l'expérience subjective, dans un contexte déterminé, de certains symptômes assez difficiles à déchiffrer. Le protocole a été modelé à partir de l'expérience ethnographique de YOUNG en Éthiopie et en Israël avec le but d'explorer le comportement, les significations et les représentations de la maladie chez des patients atteints d'*hyperémèse gravidique*. Le MINI, en effet, se focalise sur le sens donné aux symptômes par les patients, les vécus par rapport aux traitements, l'adhérence (ou non) au traitement.

YOUNG affirme que les sujets utilisent plusieurs schémas narratifs. Les narrations autour de la maladie sont en effet extrêmement complexes, et elles sont structurées de façons différentes selon les pensées, ou *raisonnements*, qui les dirigent. Les récits de l'expérience de la maladie ne formeront donc pas des schémas logiques et cohérents ; au contraire, ils sont parsemés de contradictions et ils ne sont pas toujours organisés autour d'attributions causales. Le modèle explicatif, qui se base sur la cause donnée par le patient à sa souffrance, n'est qu'un petit pourcentage des représentations et de ses modèles de pensée selon YOUNG. D'où l'importance de repérer dans les récits des *prototypes* et des *chaînes-complexes* qui incluent des représentations d'association par analogie et par contiguïté⁴.

Le MINI a donc été conçu pour faire émerger trois typologies de raisonnement autour des représentations de la maladie ou des symptômes :

1. Les modèles explicatifs.

Ils sont basés sur un raisonnement causal qui peut impliquer des modèles conventionnels, des attributions *causales*, ou des modèles plus élaborés tels que des processus ou des mécanismes spécifiques exprimés en termes de relation de cause à effet ou de relation explicite. Dans cette catégorie nous retrouvons les idées autour des différentes étiologies et autour des traitements.

4 Voir également KIRMAYER, L. J., YOUNG, A., & ROBBINS, J. M. (1994). *Symptom attribution in cultural perspective*. Canadian Journal of Psychiatry, 39(10), 584–595. et YOUNG, A. (1981). *When rational men fall sick : an inquiry into some assumptions made by medical anthropologists*. Culture, Medicine and Psychiatry, 5, 317–335.

Les modèles explicatifs sont subdivisés en trois sous-catégories (STERN & KIRMAYER, 2004) :

- **facteurs causaux**, c'est à dire la relation causale entre les facteurs rapportés et les symptômes,
- **processus causaux**, à savoir la description des facteurs causaux comme des processus ou des mécanismes,
- **nominales** (modèle explicatif), autrement dit, la description des symptômes se base sur l'utilisation d'une catégorie diagnostique déterminée qui peut sous-entendre l'existence d'un modèle explicatif.

2. Les prototypes.

Ils comprennent des réflexions basées sur des épisodes du vécu du patient ou de son entourage. Autrement dit, c'est ce qui permet à l'individu d'élaborer le sens de sa maladie *par analogie*. Les exemples, les dictons, les images du passé sont utilisés pour comprendre le présent et pour anticiper le futur.

3. Complexes en chaînes.

Il s'agit de segments narratifs dans lesquels les expériences passées sont liées aux symptômes, par le procédé de la métonymie⁵, à travers une séquence d'événements entourant les symptômes sans qu'il y ait une connexion causale explicite ou un prototype. Les complexes en chaîne représentent un modèle implicite et de connaissances procédurales, structurés en termes de liens ou d'associations en absence d'un modèle, d'une image ou d'un prototype spécifique. En conséquence, ils sont largement implicites pour le sujet. Le narrateur, en effet, organise les événements, les sensations et les perceptions, par rapport à sa maladie, selon un *raisonnement trans-inductif* qui donne une séquence narrative selon un ordre de contiguïté temporelle.

Les complexes en chaîne sont répartis en deux sous-catégories (STERN & KIRMAYER, 2004) :

- **les complexes en chaînes simples**, un exemple isolé d'un événement, ou épisode, qui s'est produit dans un espace temporel contigu à l'émergence du problème de santé.

⁵ La métonymie est un phénomène par lequel un concept est désigné par un terme désignant un autre concept qui lui est relié par une relation de contiguïté.

- **les complexes en chaînes généralisées**, des narrations d'événements qui sont souvent associés par l'informateur à ses symptômes. L'utilisation de cette chaîne d'événements est tellement récurrente qu'elle peut être considérée comme une sorte *d'embryon* de prototype.

Ces trois typologies de raisonnement peuvent coexister dans le même récit et ils peuvent être utilisés par diverses personnes de façons différentes. L'utilisation d'une certaine logique et son pourcentage dans le discours peuvent être déterminés par les contextes culturels, le degré de scolarisation, la relation entre l'informateur et son interlocuteur, le contexte social de l'interview, les objectifs, le statut et le rôle des chercheurs et de l'informateur, les attentes réciproques, etc.

Le MINI est structuré pour susciter d'abord les complexes en chaînes, puis les prototypes, et ensuite seulement pour explorer des modèles explicatifs. Tout d'abord, en effet, les informateurs sont questionnés sur la séquence des événements qui se sont produits avant l'émergence des symptômes. Deuxièmement, les questions tournent autour de l'existence de cas, ou d'épisodes, de maladie dans l'entourage du patient. Troisièmement, il est demandé à l'informateur de parler autour des symptômes, des diagnostics reçus, des étiologies, des facteurs de risque et des traitements.

Bien que ces modes de raisonnement tendent à co-intervenir dans les récits des symptômes, ou de la maladie, ils peuvent être distingués dans les retranscriptions d'entrevues et codés selon la méthode définie par STERN et KIRMAYER. Cette méthode est basée sur la recherche de la typologie des raisonnements, leur utilisation, leur fréquence et la coexistence des trois logiques (STERN & KIRMAYER, 2004).

2.4.1 Le protocole d'entretien

Nous avons respecté pour nos entretiens les différentes étapes du protocole du MINI comme il a été structuré par GROLAND, YOUNG, KIRMAYER et STERN (GROLEAU, YOUNG & KIRMAYER, 2006) (STERN & KIRMAYER, 2004) :

- **Négocier le processus d'entrevue**

Au début de l'entrevue, nous avons pris le temps de nous présenter et de présenter l'objet de notre recherche. Nous avons également relu ensemble la *Lettre d'Information sur la recherche*, qui avait déjà été donnée aux patients, par nous-même ou par le clinicien qui nous a mis en lien, et nous avons pris le temps de répondre aux éventuelles questions.

En accord avec le protocole, nous avons, également, discuté deux questions importantes avec les personnes interrogées :

- **L'objet de l'entrevue**

Le problème de santé qui sera discuté au cours de l'entrevue. Comme il est indiqué dans les indications pour le préambule à l'entrevue, nous avons demandé aux participants de nommer eux-mêmes l'ensemble des symptômes afin que l'on réfère à cette appellation quand nous posons les questions. Nous avons choisi de n'utiliser ni le mot *possession* ni celui de *transe*, pour ne pas influencer les répondants par les termes utilisés dans le libellé des questions, et nous les avons remplacés par les expressions « la présence du monde invisible », *la présence*, le fait *d'être touché*, le fait *d'être visité*, ou encore « d'être habité par des êtres », « d'entendre ou de voir des choses surnaturelles ».

Quand le participant ne savait pas quelle étiquette attribuer à ses symptômes, en accord avec le protocole, nous avons utilisé l'expression *vos symptômes* ou encore « votre problème de santé ».

Certains cliniciens, que nous avons sollicités pour qu'ils nous aident dans le recrutement des patients pour la recherche, ont manifesté la crainte d'un refus du patient à parler de la *transe* et la *possession*, ou pire, de déclencher une transe ou une décompensation chez le patient. Cela ne s'est jamais produit pendant les entretiens de recherche, au contraire, la plupart des personnes ont pu exprimer la satisfaction de pouvoir parler de ces phénomènes dans des lieux de soin, mais en dehors de la thérapie.

- **L'identité et le positionnement social de la personne interrogée et de l'interviewer**

Ceci est important car le déroulement de l'entretien dépend du contexte social et de la relation qui s'installe entre le chercheur et l'informateur. Nous avons mis l'accent principalement sur deux aspects de notre travail. Premièrement, nous nous sommes présentés comme anthropologue (et nous avons expliqué en quoi consiste le travail d'un anthropologue dans le domaine de la santé), nous avons insisté sur le fait que nous ne sommes pas cliniciens et que la conversation que nous allions tenir n'avait pas d'objectif thérapeutique et ne rentrait pas dans le cadre de la prise en charge. Nous avons estimé indispensable de faire cette précision car le lieu de l'interview se prêtait à un malentendu, s'agissant, normalement, d'une salle de consultation de l'hôpital ou du CMP où nous avons rencontré le patient. Le risque d'une juxtaposition de la recherche avec la thérapie était d'autant plus réel dans le cas de trois patients, que nous avons suivi comme co-thérapeute dans la consultation transculturelle, au

cours de la période précédant l'entretien de recherche.

Pour les enquêteurs provenant d'un arrière-plan clinique, il est important de souligner que le MINI n'est pas une entrevue clinique dans laquelle l'interviewer a le rôle d'expert, mais plutôt une interview ethnographique, où la personne interrogée est en position d'expert. On suppose que les personnes interviewées sont les sources les plus informées sur le sens qu'ils donnent à leur propre expérience de la maladie. Pour effectuer ce type d'entrevue, l'enquêteur doit adopter la position du néophyte, écoutant respectueusement pour en apprendre davantage sur l'expérience du narrateur tout en invitant les personnes interrogées à réfléchir des différentes manières au sujet de leur expérience de la maladie » (GROLEAU et al., 2006).

Deuxièmement, nous avons mis l'accent sur le rôle du patient comme expert, comme un informateur privilégié du problème de santé que nous étions en train d'étudier. Nous avons affirmé, d'une absolue bonne foi, que l'expérience personnelle vécue par la personne pouvait être utile pour mieux comprendre et, peut-être, pour mieux aider d'autres personnes qui avaient le même problème de santé.

Cela a énormément contribué à la construction d'une relation horizontale avec les personnes interviewées, à créer un climat détendu et de confiance basé sur une communion d'intérêts déclarée : réunir et compléter les différents savoirs autour des phénomènes de type *transe* et *possession*.

Nous avons également déclaré notre nationalité italienne, bien que notre accent nous ait précédés, ce qui en maintes occasions nous a permis de nous positionner nous-même comme un étranger en France et de nous situer dans une descendance historique *autre* par rapport à la relation entre les descendants des colonisés et les descendants de colonisateurs, et leur contre-transfert historique.

2.4.2 Le lieu

Le lieu de l'interview a été établi avec les patients selon leurs disponibilités et leurs préférences. Nous avons, selon le cas, utilisé une salle de consultation à l'hôpital qui nous a été prêtée par un collègue, pour deux cas, nous avons donné rendez-vous dans un café et, pour deux autres, nous nous sommes rendus chez le patient. L'implication et les effets des différents lieux où l'interview a été menée sont inscrits dans la note de recherche et dans le journal de terrain et ils ont été discutés en introduction des présentations de cas.

2.4.3 Le temps de l'entretien

Dans la plupart des cas (90%) nous avons réalisé deux entretiens avec chaque patient pour pouvoir compléter le questionnaire. Chaque entretien a duré entre 1h30 et 2 heures. Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord du patient. Nous avons décidé de ne pas prendre de

notes pendant l'interview, car nous estimons que cela peut influencer le discours du participant à la recherche ainsi que le type de la relation. Nous avons pris systématiquement du temps pour rédiger des notes de recherche en l'absence du patient, en particulier, nos observations et nos réactions contre-transférentielles et pour rédiger les notes de mémoire suite à l'entrevue comme il est indiqué dans le protocole :

NOTES DE MÉMOIRE D'UNE PAGE SUITE À L'ENTREVUE COMPLÉTÉE AVEC LE

McGill Illness Narrative Interview (MINI)

*Danielle Groleau, Allan Young, & Laurence J. Kirmayer ©2006
Version générique traduite en français par Danielle Groleau ©2013*

ID du participant: _____ Date: _____

1. Liste des événements saillants racontés dans le récit du problème de santé.
2. Principaux prototypes du problème de santé (soi, famille, amis, collègues, média) et comparaison analogique avec son problème de santé.
3. Les causes évoquées pour expliquer son problème de santé.
4. Trajectoire de soins dans le système et hors système de santé.
5. Raisons évoquées pour expliquer la non utilisation des services de santé.
6. Raisons évoquées pour expliquer la non adhésion au traitement.
7. Observations relatives au contexte social de l'entrevue.
8. Observations générales relatives au sens et à l'expérience du problème de santé.
9. Observation générales relatives à l'impact du problème de santé sur sa vie.

2.4.4 Les différentes sections du MINI

Section 1 : Narration Initiale

La section d'introduction du MINI est intentionnellement non structurée et elle vise à recueillir un récit des événements organisé par la contiguïté spatiale et temporelle.

Les questions 1 à 4 invitent les participants à produire un récit initial sur la maladie de manière à minimiser l'influence d'un biais de désidérabilité sociale. C'est la partie la moins structurée de l'interview. L'objectif ici est d'inviter les participants à raconter leur histoire à leur manière. Les questions 5 et 6 sont des sondages qui visent à s'assurer que les personnes interrogées racontent le récit complet de leur cheminement vers les soins. » (« GROLEAU et al. - 2006 - *The McGill Illness Narrative Interview (MINI) An .pdf*», s. d.)

Cette section a été très longue à faire passer, notamment dans le cas de patients avec une ancienne histoire de la maladie et, aussi, parce que l'objectif principal était de permettre aux personnes interrogées de raconter leur histoire dans leur propre cheminement mental, sans

limite de temps ni de « direction logique ». Dans cette partie nous avons, en effet, pu recueillir un grand nombre d'informations que nous avons approfondi dans un deuxième temps avec des questions plus précises.

Sections 2 : Les prototypes

Les questions de cette section sont plus structurées et visent à susciter des récits qui révèlent des expériences *prototypiques* de soi et des autres et comment ces *prototypes* sont utilisés par les personnes interrogées pour raisonner de manière analogique sur leur problème de santé et leurs comportements liés à la santé.

Le but de cette section de l'entrevue est d'évaluer si les participants utilisent ou non des expériences *prototypiques* de soi ou de leur entourage pour expliquer leur problème de santé et leurs comportements liés à la santé.

Section 3 : Modèles explicatifs

Le but de cette section est d'obtenir le modèle explicatif des récits qui sont produits par un raisonnement causal. La question 15 vérifie si les personnes interrogées utilisent une étiquette alternative pour décrire leur problème de santé. Cette question peut, dans certains cas, donner accès à un idiome de détresse ou à une autre construction culturelle populaire liée à des conditions somatiques non encore documentées dans la littérature.

La question 18 peut aider à clarifier les aspects corporels des modèles explicatifs, c'est-à-dire comment les participants perçoivent leurs problèmes de santé dans leurs corps. Des métaphores corporelles avec une signification culturelle peuvent émerger de cette question. Les questions 19 et 20 peuvent stimuler une réponse qui donne accès à un contexte social pour le modèle explicatif. La question 27 vise à clarifier comment les modèles explicatifs des participants s'appliquent à l'histoire de leur expérience personnelle.

Section 4 : l'utilisation des services sanitaires

Le but de cette partie du MINI est d'inviter les personnes interrogées à produire un récit de leur expérience dans les services de santé et d'hospitalisation et de leurs opinions autour des traitements reçus. Si les personnes interrogées mentionnent dans la section 1 avoir consulté un guérisseur traditionnel, l'intervieweur pose toutes les questions de cette section pour chaque type de guérisseur ou de soins reçus. Avant de poser ces trois questions, le protocole demande de rappeler aux personnes interrogées que l'entrevue est confidentielle et que leur identité ne sera pas divulguée, cela afin d'obtenir des réponses véridiques.

Section 5 : Impact de la maladie

Cette section vise à explorer l'impact du problème de santé sur la vie des personnes interviewées et à explorer leurs opinions : s'ils pensent que la maladie a conduit à des changements dans leur identité et leur mode de vie après le début de la maladie. Le récit que nous obtenons explore les changements possibles dans l'identité, le rôle et le fonctionnement qui sont liés au problème de santé. Cela a été très utile dans notre expérience de terrain, car cette section est particulièrement pertinente si le problème est une maladie chronique ou une maladie mentale qui, de par sa nature, peut offrir une expérience de rite de passage ou de transformation pour le narrateur. Les questions finales posent des questions sur les moyens d'adaptation, le soutien social et d'autres ressources utilisées par le patient. Ces questions permettent d'aborder la dimension spirituelle du récit.

Conclusion de l'entrevue

Le MINI se termine par une question ouverte :

38. Avant de terminer l'entrevue aimeriez-vous ajouter autre chose ? ce qui permet à la personne interrogée d'ajouter des informations, des opinions, d'exprimer des ressentis de façon autonome et spontanée.

2.5 Notes d'utilisation

En accord avec les indications de GROLEAU, YOUNG et KIRMAYER, (GROLEAU et al., 2006), pour faciliter la comparaison systématique des données recueillies parmi les différents participants à la recherche, nous avons posé toutes les questions de la grille d'entretien. Toutefois, nous avons souvent changé l'ordre des questions (à l'intérieur de la même section) pour pouvoir suivre le récit de l'informateur de façon fluide et limiter le plus possible le risque de forcer la logique des différents fragments narratifs. Comme il était prévu, les récits produits ont été très longs car, selon le protocole, les participants ne doivent pas être soumis à une limite de temps ou se sentir obligés de terminer l'entrevue, cela pouvant tronquer ou déformer leurs récits. Nous avons décidé de planifier un autre rendez-vous quand nous estimions que le patient était fatigué, stressé ou qu'il présentait toute autre forme de malaise ou d'inconfort.

2.6 Analyse des données

Le MINI produit des récits qui peuvent être analysés selon leur structure (par exemple, le genre, l'intrigue, les personnages, la structure temporelle, les modes de raisonnement) ou leur

contenu (par exemple, des thèmes, des images, des métaphores) tant au niveau individuel que collectif.

Toutes les entrevues individuelles réalisées ont été retranscrites intégralement. La transcription *in extenso* de l'entretien MINI, en effet, permet l'analyse narrative et notamment l'analyse thématique.

Les répétitions, les interjections, les fautes syntaxiques ou grammaticales et les pauses ont été gardées dans la retranscription. Dans les citations qui ont été utilisées dans le texte, par contre, ces éléments ont été éliminés pour faciliter la lecture. L'omission de phrases ou de fragments de phrases dans les citations a été marquée par des crochets [...]. Analogiquement, des explications ou des références extratextuelles ont été insérées également entre crochets pour faciliter la compréhension.

Sur le modèle d'une précédente étude *Representations and illness narratives in migrant HIV-patients originating from West Africa* réalisé par l'équipe transculturelle de l'Hôpital Avicenne (DOUINE, BOUCHAUD, MORO, BAUBET, & TAÏEB, 2012), L'analyse des entretiens a donc été effectuée selon différents axes :

- recherche de chaînes complexes généralisées et de chaînes complexes simples et mise en évidence de liens éventuels reliant la maladie à des évènements (dans le temps, l'espace et de sens),
- recherche de **prototypes** (raisonnement par analogie avec des épisodes vécus par soi-même, ou par d'autres personnes, ou à partir des médias),
- recherche des **modèles explicatifs** et étude du raisonnement causal,
- recherche des **thèmes récurrents** et identification des **convergences** émergeant des récits.

2.6.1 Codage des interviews

Pour faciliter la comparaison systématique et transversale des entretiens, nous avons construit manuellement une première grille d'analyse des catégories, que nous avons construit à fur et mesure en analysant le corpus d'entretien.

Tout d'abord nous avons noté les données sensibles sur les patients que nous avons recueillies via les échanges avec le clinicien, qui nous a mis en contact avec le patient pour la recherche, et/ou la lecture de dossier médical, ou encore, quand cela a été possible, à travers la lecture de l'anamnèse. Notamment les données sociodémographiques, les origines, l'appartenance

religieuse, les langues parlées etc.

En suite nous avons inséré dans une autre catégorie toutes les données concernant le contexte de l'entretien :

- lieu de l'entretien,
- langue(s) de l'entretien,
- observations de la relation interviewé- interviewer,
- note de l'entretien.

Dans un deuxième temps nous avons établi une première liste de grandes catégories à partir des thématiques suggérées par les questions du MINI que nous nous attendons de retrouver dans les entretiens :

- rappel des symptômes et manifestations de la maladie par le chercheur,
- nomination de la maladie par le patient,
- enchaînement des événements liés au problème de santé,
- début de la maladie,
- évolution de la maladie,
- prototype : les problèmes de santé que le patient a eu dans le passé et qu'il considère comme similaires à sa maladie actuelle,
- membres de la famille ou de l'entourage qui ont des problèmes de santé similaires à sa maladie actuelle,
- prototypes : les problèmes de santé des autres membres de la famille et qu'il considère comme similaires à sa maladie actuelle,
- prototypes : les connaissances antérieures autour de la maladie apprises par son entourage, media, et autres,
- parcours de soins,
- diagnostics reçus,
- traitements reçus,
- adhésion au traitement,

- opinions sur les traitements,
- traitements souhaités mais non reçus,
- modèles explicatifs : les causes de la maladie,
- modèles explicatifs : les facteurs déclencheurs la maladie,
- modèles explicatifs : les agents responsables de la maladie,
- impact de la maladie sur la vie,
- réactions des autres.

Le MINI, comme tout entretien semi-directif, laisse une certaine latitude aux interviewés pour développer des sujets initialement non prévus dans la grille d'entretien. De ce fait, des cadres supplémentaires ont été rajoutés au fur et à la mesure du codage. Nous avons donc ajouté deux cadres à la grille d'analyse :

- Nouveaux thèmes émergents.
- Fonction(s) de la maladie.

Une fois les retranscriptions effectuées, nous avons entamé les processus de pré-analyse des textes : nous avons lu l'entretien d'abord dans une *lecture flottante* puis nous avons noté les idées qui ont pu surgir de cette première lecture.

Par la suite, nous avons analysé chaque entretien indépendamment à l'aide du logiciel **Nvivo** et nous avons utilisé plusieurs tailles d'unités d'analyse (généralement la phrase ou le paragraphe) pour plus de sûreté et de précision. Nous avons aussi effectué plusieurs niveaux de codage consécutifs. Dans un premier temps, nous avons donné à chaque unité de texte des étiquettes descriptives, très proches du texte. Nous avons ensuite regroupé les nœuds dans des nœuds plus généraux jusqu'à arriver à des nœuds matrices correspondants aussi bien à la typologie de raisonnement (modèles explicatifs, prototypes, chaînes complexes généralisées et chaînes complexes simples) qu'aux autres thématiques qui apparaissent dans chaque section de la grille d'entretien. Parfois la même unité a été assignée à plusieurs structures des connaissances. À la fin du codage nous avons pu remplir, pour chaque entretien, le formulaire d'analyse.

Enfin, nous avons comparé toutes les grilles d'analyse et nous avons mis en évidence les différences et concordances. L'analyse des données a été discutée dans les résultats.

Nous avons analysé ultérieurement les entretiens et les avons présentés selon la méthode de l'étude de cas dans le but de reconstruire l'histoire du patient en un récit différent, dont la trame narrative est donnée par la rencontre, l'interaction, le dialogue, entre le chercheur et le patient. Dans la présentation de l'étude de cas, nous avons choisi de mettre en évidence dans la mise en page cet entrelacement de discours qui permet une mise en récit : le discours du chercheur au moment de l'entretien, le discours du patient, l'écriture des réflexions du chercheur *a posteriori*, les notes d'entretien et du journal de terrain, les unités du discours du patient avec lequel nous dialoguons au moment de l'analyse de contenu.

« Cette mise en récit participant déjà à une mise en ordre, à une mise en sens de l'expérience subjective du patient qui auparavant s'exprimait confusément par le symptôme ». (SCHAUDER, 2012) En favorisant la réflexivité, le but de l'entretien de recherche est tout à fait comparable à celui du projet thérapeutique qui, selon Paul RICŒUR vise à ouvrir de nouvelles possibilités pour le sujet de se narrer et de s'entendre dire. (RICŒUR, 1985)

3 - REVUE DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

3.1 Méthode

En septembre 2016 nous avons réalisé une analyse de la littérature scientifique avec l'objectif de dresser un panorama des recherches en psychologie, médecine, psychiatrie, psychanalyse, anthropologie, ethnopsychiatrie sur le sujet de la possession par les esprits, et les problématiques cliniques liées à ce phénomène. À savoir : les questions de la prise en charge, de la symptomatologie, des différents traitements, des problématiques liées au diagnostic et aux erreurs diagnostiques, de la relation entre les catégories biomédicales et les étiologies émiques.

Nous n'avons pas fixé de limites concernant les dates de publications ni les zones géographiques. Pour ce qui concerne la langue de diffusion, nous avons concentré nos recherches sur les articles publiés en anglais, français, italien et espagnol.

Nous avons utilisé pour notre étude bibliographique approfondie :

- le moteur de recherche *Medline/Pubmed* avec les mots clefs suivants : *transe, transe possession, spirit possession.*
- la revue *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés. Revue transculturelle* avec les mots clefs suivants : *possession, transe.*
- le moteur de recherche *PsycInfo* avec les mots clefs suivants : *transe possession, spirit possession.*

Nous avons retenu les articles qui répondaient aux critères suivants : des cas cliniques avérés dont le nombre est rapporté, les symptômes, la description de la prise en charge et des traitements, les hypothèses diagnostiques.

Les articles traitant de problématiques cliniques mais sans rapporter de cas, n'ont pas été retenus.

Pour l'analyse, nous nous sommes basés uniquement sur des *articles de recherche originaux.*

Les données prises en compte dans l'analyse de chaque article ont été les suivantes :

- le nombre de cas/le nombre de cas détaillés
- le sexe ratio

- les lieux de l'étude
- la langue
- la problématique clinique
- les critères diagnostiques utilisés : selon une perspective *étiquée* ou *émique*⁶
- la symptomatologie
- les facteurs étiologiques
- les membres de la famille/entourage avec des troubles similaires
- l'expérience/formation du chercheur/clinicien
- la méthodologie de recherche
- la description de la prise en charge/traitement
- les résultats de l'étude

3.2 La recherche en chiffres : nombre d'article/ cas cliniques

Pour ce qui concerne le moteur de recherche *Medline/Pubmed*, nous avons retenu 63 articles sur les 764 articles donnés par le moteur de recherche sur la base des mot clé et 11 articles sur 179 articles de la revue *L'autre, Cliniques, cultures et sociétés. Revue Transculturelle*. Dans le moteur de recherche *PsycInfo*, nous avons sélectionné dans un premier temps 64 articles sur 873 articles, dont 25 qui avaient déjà été fournis par *Medline/Pubmed* ; nous avons ainsi finalement retenu 39 articles.

Par conséquent, nous avons sélectionné pour la présente recherche une base de 113 articles sur un total de 1816 articles.

L'ensemble des articles donne un total de 6827 cas, dont 163 cas détaillés.

3.3 Sexe ratio

Dans la totalité des 6827 patients, les patients femmes sont 4141 et les hommes 2269.

Dans 6 articles le genre des patients n'a pas été spécifié.

⁶ La perspective *émique* est basée sur les concepts et le système de pensée propre aux personnes étudiées, dans la présente étude selon les modèles explicatifs du patient. La perspective *étiquée* se construit à partir d'un point de vue externe au contexte étudié, c'est la vision du chercheur basée sur ses propres représentations.

Dans l'article de KUA et al. (1993) sur 22 cas considérés il a été établi que la plupart des patients sont des femmes sans plus de précisions sur le sexe ratio.

Dans l'article de HODES (1997), 6 patients sur 19 sont des enfants⁷ et le sexe n'est pas spécifié.

Dans son article, SELIGMAN (2010) analyse les données de 51 patients dont il reporte le genre seulement pour les deux cas détaillés (1 homme et 1 femme), pour les autres il est précisé une nette majorité de femmes et un petit nombre de patients homosexuels dont le sexe n'est pas précisé.

Dans l'article de HOSSEIN et al. (2013) Le genre des 21 patients n'est pas spécifié.

Dans l'article de JONG et REIS (2013) le nombre de patients n'est pas spécifié, il est indiqué que la recherche prend en compte 12 % de la population *Balanta* de la région de la recherche en Guinée Bissau.

Parmi le nombre des cas où le genre a été reporté (6410 cas), les cas de possession concernent majoritairement les femmes (64,6 %), et 35,4 % d'hommes. Dans 6,8 % de cas le sexe n'est pas renseigné.

Nos résultats confirment une prépondérance du genre féminin parmi les cas de personnes possédées ; cela confirme le résultat indiqué dans la revue de la littérature psychiatrique internationale conduite par DURING sur la transe et la possession dissociative selon les critères du DSM (DURING, 2008).

Selon notre opinion, la prévalence de femmes parmi les patients, bien qu'elle soit prouvée, peut s'expliquer en partie par les choix des chercheurs, les contextes propres aux terrains de recherche, voire les objectifs de la recherche, les critères d'inclusion des patients et les conditions spécifiques du recrutement des patients. Par exemple, dans certains contextes il a été plus difficile, sinon impossible, pour le chercheur de rencontrer et d'interviewer des hommes ou, au contraire, des femmes selon le contexte culturel, le sexe du chercheur, etc.

3.4 Lieux

Les patients, dont les cas ont été rapportés dans les articles analysés, ont été recrutés dans les pays suivants : Etats-Unis (12), Inde (12), Royaume-Uni (7), Israël (5), Belgique (4), Madagascar (4), Singapour (4), Ouganda (4), Brésil (3), Ceylan/Sri Lanka (3), France (3), Japon (3), Pakistan (3), Tunisie (3), Chine (2), Ethiopie (2), Haïti (2), Italie (2), Mozambique

7 Le terme anglais «baby» ne permettant pas de déduire le sexe du patient.

(2), Népal (2), Nigeria (2), Oman (2), Papouasie Nouvelle Guinée (2), Porto-Rico (2), République dominicaine (2), République Sud-Africaine (2), Suisse (2), Trinidad (2), Canada (1), États arabes du Golfe Persique (1), Congo (1), Guadeloupe (1), Guinée-Bissau (1), Îles Salomon (1), Indonésie (1), Iran (1), Libéria (1), Malawi (1), Mayotte (1), Mexique (1), République démocratique du Congo (1), Samoa (1), Tanzanie (1), Turquie (1).

Comme nous avons pu remarquer, le nombre de recherches sur les phénomènes de type transe et possession réalisées dans les pays occidentaux reste limité : 31 sur 114 soit seulement 27.19 % de la totalité des recherches, dont la plupart ont été menées aux Etats-Unis et au Royaume-Uni.

3.5 La langue de l'étude

La langue de l'étude n'est pas systématiquement reportée, seulement dans 35 sur 113 articles. Ce n'est pas toujours précisé non plus quand l'origine des chercheurs était probablement différente de celle des patients interviewés.

La langue a été systématiquement indiquée lorsqu'une traduction/adaptation des tests et des questionnaires psychologiques et psychiatriques a été nécessaire.

3.6 Les problématiques cliniques

Les problématiques cliniques au cœur des recherches sur les phénomènes de possession sont très variées, elles correspondent à un large éventail d'approches théoriques et cliniques. Elles sont en outre marquées par l'extrême hétérogénéité des terrains de recherche.

Nous les avons catégorisées comme suit :

- **La possession et les troubles psychiatriques :**

- la *possession* et les troubles psychiques non spécifiés (2 articles),
- la *possession* et les troubles dissociatifs (4 articles),
- la *possession* et les tendances suicidaires après l'achat de talismans,
- la *possession* et le délire paranoïaque,
- la *possession* et l'hystérie,
- les manifestations psychotiques et la *possession* par *Mammy Water*
- la *possession* et les troubles du post-partum

- la manie délirante et la possession par les *djinns* au Pakistan
- **La possession, le trauma et les TSPT :**
 - la prévalence des troubles dissociatifs de type *transe* et *possession* comme une conséquence des traumas vécus dans l'enfance,
 - la relation entre l'exposition à la violence domestique et la possession,
 - le TSPT et la *possession* chez les adolescentes après la guerre en Ouganda (2 articles),
 - la prévalence des troubles de type transe et *possession* chez les enfants-soldats en Ouganda,
 - le trauma et la *possession* chez les mineurs isolés en France,
 - la possession et le rituel thérapeutique *Kiyang-yang* comme traitement du trauma collectif.
- **Les erreurs diagnostiques et/ou les difficultés de prise en charge :**
 - diagnostiqués psychotiques (8 articles)
 - diagnostiqués TSPT (3 articles)
 - diagnostiqués hystériques/hystérie de masse (3 articles)
 - souffrant de malnutrition grave
 - souffrants de dépression majeure/ mélancolie (4 articles)
 - la *possession* et sa prise en charge dans les hôpitaux au Mozambique après la guerre
 - la maladie mentale et la *possession* comme stigmaté en *Malawi*
 - la *possession* et sa prise en charge dans le service de Santé Mentale aux Îles Salomon
 - le conflit entre les différentes réalités épistémologiques : système de croyance et psychiatrie (3 articles)
 - les symptômes de *sevrage* de l'alcool pendant le Ramadan et les phénomènes de

3.7 Les différents courants de la recherche sur la *possession*

Nous avons classé les thèmes des articles analysés selon les différentes approches théoriques:

- **Psychothérapeutique - psycho-dynamique**
 - la *possession* comme une stratégie d'aménagement de la *crise d'adolescence*,
 - les aspects psycho-dynamiques de la transe chez les patients névrosés (2 articles),
 - le *pacte avec le diable* comme métaphore de la violence,
 - le traitement par l'hypnose d'un patient possédé,
 - la *possession* comme signe de quête identitaire et lien défaillant mère-enfant,
 - la *possession* et interprétation des rêves répétitifs de la névrose traumatique,
 - les sentiments ambivalents et la dépendance émotionnelle dans un cas de possession de masse dans la même famille,
 - les aspects psychopathologiques logiques de la *possession démoniaque* (3 articles),
 - la *possession* comme manifestation des délires obsessionnels qui peuvent se retrouver dans, ou révéler, la paranoïa,
 - la *possession diabolique* chez les schizophrènes et les patients borderline comme une manifestation des agonies primitives et de l'angoisse d'effondrement,
 - la *possession* d'esprit et le *névrosisme*,
 - la *possession* : dérèglement personnel, protestation sociale et facteurs de stress psychosocial liés au rôle de femme,
 - la *possession* des esprits, les cauchemars et le syndrome du survivant chez un patient réfugié,
 - la possession, connaissances religieuses et capacités cognitives,
 - la possession, exorcisme pentecôtisme et psychopathologie.
- **Ethno-psychiatrique**
 - l'étiologie traditionnelle de la possession comme outil psychothérapeutique pour apaiser la relation mère-enfant,

- le traitement de la psychose selon une approche transculturelle,
 - la *possession* comme résultat de l'influence que les croyances, les représentations et les attentes de la communauté ont sur le sujet,
 - la *possession* comme variable transculturelle des troubles de la personnalité borderline (TPB),
 - l'efficacité de l'intégration entre les systèmes psychiatriques et traditionnels dans la prise en charge d'un patient bédouin,
 - la détresse émotionnelle, la dissociation et la médiumnité dans une perspective transculturelle,
 - les attaques de panique et la *possession* par les *djinns*, l'analyse d'une thérapie ethnopsychiatrique,
 - le rôle des *djinns* dans la souffrance mentale chez les musulmans au Royaume-Uni.
- **Approches anthropologiques**
 - les facteurs de stress psycho-sociaux qui déterminent les troubles de type transe et de *possession* à Singapour,
 - la *possession* comme maladie mentale et idiome culturel,
 - la *possession* comme une métaphore de la maladie,
 - la *possession* comme *illness behavior*⁸,
 - les étiologies traditionnelles et les représentations de la maladie au Nigeria,
 - le phénomène de *possession* de masse parmi les élèves d'une école primaire dans un village rural d'Inde,
 - la *possession* chez les militaires réformés du service militaire à Singapour,
 - la *possession* de *Zar* chez les patients éthiopiens émigrés en Israël (2 articles),
 - la possession d'esprit, comme syndrome culturellement déterminé, et *responsabilité pénale* en Papouasie Nouvelle Guinée.

8 La façon dans laquelle les individus contrôlent la structure et les fonctions de leurs propres corps, interprètent les symptômes, choisissent une thérapie et se servent des établissements de soins et de la santé.

- la *possession* comme signe d'élection pour le *chaman*, la maladie comme refus de l'initiation (3 articles),
- *possession* et pouvoirs de guérison fétiche *kongo*,
- *possession* et pouvoir d' *imaginerie (autonomus imagination)* en Indonésie,
- les représentations de la maladie mentale chez les somaliens immigrés aux USA,
- le pluralisme thérapeutique chez les somaliens en Ethiopie,
- la représentation de la maladie chez les patients bédouins-arabes en Israël,
- l'efficacité des processus thérapeutiques traditionnels de la possession,
- la *possession* et le syndrome du post-partum : *Qatûs Nifâs* (chat du post-partum),
- *Kuruynya* : maladie et possession dans le culte *Zar* en Ethiopie,
- le diagnostic, le traitement et la prise en charge psychiatrique de la possession par l'esprit d'un renard (*kitsune-tsuki*),
- l'émergence de la Maladie de l'Esprit du Mal en Papouasie Nouvelle Guinée : implications historiques et processus culturels,
- les esprits comme vestiges d'une problématisation historique coloniale, du sexe et du genre à Samoa,
- les caractéristiques des états de transe dans trois communautés ethniques différentes (chinois, malais et indiens) à Singapour,
- *Ogbanje/abiku* (*possession* par l'esprit d'un ancêtre) comme réponse à la mortalité infantile au Nigeria,
- les rituels de *possession*, «le travail de la culture» et l'amélioration de la qualité de vie du patient dans le traitement de la dissociation pathologique,
- l'incorporation (*imbodiment*), l'expérience corporelle comme élément clé des expériences de discontinuité du Soi dans les phénomènes de possession,
- l'analyse bio-sémantique du lien entre la possession de l'esprit et les boissons spiritueuses dans un cas d'étude en Inde,
- le séjour dans le temple comme un moment fondamental du traitement religieux des maladies de l'esprit,

- la relation entre *possession* d'esprit épidémique et psychopathologie au Népal rural.

- **Approche médicale**

- la malnutrition et la *possession*,
- l'épilepsie et la *possession* (8 articles),
- la *possession* et la maladie de Parkinson,
- la *possession* et les lésions du système nerveux central,
- la *possession* et les fonctions cérébrales (approche neurocomportementale),
- l'exorcisme et la malaria.

3.8 Les critères diagnostiques utilisés : selon une perspective *étique* ou *émique*

Dans la majorité des articles (58 articles soient 51,32 %), les auteurs ont travaillé en faisant dialoguer la représentation *étique* du chercheur avec la représentation *émique* de la maladie selon le patient ou son entourage.

Dans 37 articles (32,77 %), les chercheurs ont choisi d'analyser le phénomène de possession comme un idiome de la maladie culturellement déterminée en l'étudiant dans sa spécificité culturelle : l'étiologie, les traitements traditionnels etc., dans une perspective *émique*.

Dans 18 articles (15,92%), les auteurs ont analysé les phénomènes de possession uniquement selon les catégories diagnostiques *étiques* :

- **psychopathologiques**

- addictions,
- manie délirante,
- névroses,
- hystérie/démonomanie,
- trouble du stress post-traumatique,
- troubles dissociatifs de type transe et possession,
- troubles dissociatifs non spécifiés,

- états dissociatifs aigus avec des épisodes psychotiques,
 - troubles des personnalités borderline (TPB),
 - dissociation somatoforme,
 - troubles dissociatifs de l'identité,
 - troubles du comportement,
 - troubles de la personnalité non-délirants,
 - états de personnalités multiples,
 - délire paranoïaque,
 - schizophrénie,
 - troubles schizoïdes,
 - troubles schizo-affectifs,
 - traumatismes,
 - hypomanie,
 - psychose (n.s), psychose affective, psychose fonctionnelle,
 - troubles affectifs bipolaires,
 - dépression psychotique,
 - dépression, maniaco-dépressive,
 - anxiété et trouble panique,
 - syndrome propre à une culture donnée : amok, possession esprit, *susto*, *latah*, *bebainan*,
 - troubles de l'adaptation,
 - troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites,
 - troubles obsessionnels compulsifs,
 - agoraphobie.
- **psychologiques**
 - conflits psychiques,

- conflits intrapsychiques,
 - névrose.
- **somatiques**
 - troubles neurologiques causés par des lésions dans le système nerveux central,
 - symptômes de sevrage d'alcool,
 - 3ème degré de malnutrition,
 - cancer du pancréas,
 - épilepsie,
 - lésion du lobe frontal gauche,
 - maladies neurologiques,
 - maladie infectieuse,
 - trouble du post-partum.

Les *étiologies traditionnelles* rapportées par les patients et/ou son entourage (selon une perspective *émique*) sont :

- malédiction,
- sorcellerie,
- *possession* (non spécifiée),
- *possession* par un démon,
- *possession* par le diable,
- *possession* par des esprits diaboliques,
- *possession* par un esprit,
- *possession* par un esprit malveillant/bienveillant,
- *possession* par un animal (ex. tortue, renard),
- *possession* par l'esprit des morts / âme errante,

- possession par des entités/divinités (non nommées),
- possession par l'esprit de *Mammy Water*,
- *kureynya* (maladie causée par les esprits *zar* / ou par des esprits de hyènes cannibales, les *budas*),
- *peshi* (transe),
- *sukhay kr* (maladie liée à la peur et à la possession),
- *possession Zar*,
- *possession* par les *loas*
- *possession* par les esprits *tromba*
- possession par les esprits *gamba*,
- *kwei-fu* (possession par l'esprit d'un mort de mort violente),
- fétiche kongo le Kinguizila,
- pacte avec le diable,
- *possession* par les *Murug, Wali, Gini, djinns*,
- *possession* par le Saint-Esprit,
- Santeria,
- Vaudou,
- mauvais-œil,
- possession *buru*,
- *hassad* (envie dédaigneuse),
- *ku tekemuka* (transe de possession),
- *jok* (*possession* par les esprits),
- *cen* (*possession* par les esprits des morts assassinés),
- *Kiyang-yang* (culte de *possession*),
- *itsune-tsuki* (*possession* par le renard),
- *ojbanje/abiku* (maladie causée par les esprits),

- *possession* par un ancêtre,
- *Qatús Nifás* possession par un *djinn* (chat) du post-partum,
- maladie de la frayeur/tristesse,
- maladie de l'Esprit du Mal,
- médiumnité (capacité de communiquer/être possédé par des esprits, *possession* volontaire).

3.9 Les symptômes et observations cliniques

Dans les recherches analysées, la *possession* a été associée à une grande variété de symptômes somatiques et psychiques qui diffèrent dans leur nature, leur intensité et leur durée. Les symptômes incluent globalement le dysfonctionnement de la conscience, de la mémoire et de la perception de l'environnement associés avec la présence de deux, ou plusieurs, identités ou bien d'états de personnalité distincts qui prennent tour à tour le contrôle du comportement du sujet, s'accompagnant alors d'une incapacité à évoquer des souvenirs personnels. L'amnésie, le phénomène de glossolalie, les troubles du sommeil, les cauchemars et les visions effrayantes sont des éléments récurrents. La *transe*, et la transe de type *possession*, se manifestent par la présence de mouvements stéréotypés. Elles sont souvent suivies par une amnésie dissociative et/ou des troubles dissociatifs de l'identité (auparavant appelés personnalité multiple). La *transe* est souvent mise en relation, par les chercheurs, avec la schizophrénie, le TSPT, la toxicomanie, les troubles de la personnalité, les cas d'état limite, les troubles schizo-affectifs, les troubles bipolaires. Souvent on reporte des hallucinations visuelles et auditives (*voix dans la tête*), des réactions de conversion, des flashbacks, des actes d'automutilation, de la dépersonnalisation (la sensation d'être au dehors de soi-même), de la déréalisation, un manque de contrôle, une exposition élevée à des dangers mortels, une haute fréquence d'accidents et de maladies.

Les auteurs ont reporté fréquemment des retards scolaires, principalement dus à des difficultés de concentration, des problèmes à lire ou à écrire, souvent à cause des phénomènes d'altération de la vue ou d'épisodes de cécité.

Sur le plan somatique, les plaintes les plus récurrentes concernent les maux de tête, les maux d'estomac, une paralysie temporaire des membres, des sensations douloureuses aux yeux, des vomissements, des tremblements, des convulsions, de la tachycardie.

OBEYESEKERE reporte des sensations somatiques de brûlure, une douleur à l'estomac au-

dessous du nombril, des difficultés à rester debout ou couché sur une natte. Ces symptômes arrivaient deux ou trois fois par semaine. Avant la crise, le corps de la patiente devient froid, elle tremble continuellement. Elle a des hallucinations auditives, et présente des épisodes de soliloque (OBEYESEKERE, 1970).

WIJESINGHE et al. (1976) nous donnent un panorama assez complet des manifestations pathologiques. Ils analysent 17 cas de troubles psychiatriques actifs (2H, 15F). Les deux hommes ont souffert d'alcoolisme tandis que, parmi les femmes, le diagnostic le plus commun concernait des états d'anxiété (9), des névroses hypochondriaques (2), de la déficience intellectuelle douce (2), de l'hystérie (1) et un cas de schizophrénie paranoïde (1).

Les symptômes reportés sont : (a) le changement du niveau de conscience, (b) des comportements pour lesquels le sujet n'a pas reconnu de responsabilité et, (c) l'amnésie pendant la période de transe. Agitation, tremblements vigoureux et rythmiques du tronc dans 35 cas, des gestes exagérés, des courses stéréotypées, l'agitation des membres, la danse, l'hyperventilation.

Figurent aussi dans les descriptions des comportements anormaux au niveau de la parole : parler avec une voix agressive et sur un ton impérieux. Parler avec la voix de l'esprit, communiquer aux spectateurs les instructions de l'esprit. 10 sujets étaient muets pendant tout ou partie de leurs attaques. 7 sujets ont, malgré eux, produit des prédictions pendant la transe, et seulement 2 d'entre eux ont été capables de partager des prédictions en les contrôlant et avec régularité.

L'humeur prédominante pendant une attaque typique était la colère (23). Dans 4 cas l'humeur était de la crainte, dans 2 de la tristesse, dans 1 de la perplexité et dans 7 cas l'humeur ne pouvait pas être spécifiée.

Six sujets ont déclaré avoir vu et entendu un esprit. Deux personnes ont rapporté des hallucinations tactiles et 27 n'avaient jamais éprouvé d'hallucinations (WIJESINGHE, DISSANAYAKE, & MENDIS, 1976).

CRAMER reporte de façon très générale des épisodes de transe, des tremblements, des conversations avec d'autres voix (CRAMER, 1980).

KUA et al. (1986) reportent des comportementaux anormaux, des crises de cris inexplicables, des problèmes oculaires, de l'aménorrhée, des troubles du sommeil et de l'alimentation, des troubles de la concentration et de l'apprentissage, un débit inhabituel de paroles la nuit, des comportements violents envers les membres de la famille.

Les auteurs mettent également l'accent sur le changement important au niveau de la conscience du sujet. Les sujets ne pouvaient pas être réveillés. Le comportement des sujets est stéréotypé et les membres de la famille peuvent reconnaître l'identité des déités qui les possèdent.

La durée des trances varie entre 15 et 45 minutes et la fréquence est de une à deux fois par semaine. À la fin de la transe, les sujets sont épuisés et s'endorment. Dans les périodes entre les épisodes de transe, tous les sujets sont normaux et ils peuvent continuer leurs activités habituelles. Ils n'ont aucun antécédent de pathologie mentale. Les résultats des radiographies du crâne et des électro-encéphalogrammes de 10 sujets, soupçonnés de lésions cérébrales, ont donné des résultats normaux (EE HEOK KUA, SIM, & CHEE, 1986).

Dans les cas analysés, MELIA et MUMFORD (1987) observent notamment un malaise général et des difficultés dans la déambulation, en l'absence de lésions, des sensations anormales de flux chauds presque chaque jour avec des vertiges associés, des maux de tête sévères, des crises de pleurs. L'examen révèle un état apyrétique, avec une apparente rigidité du cou et une certaine spasticité du membre supérieur gauche. Des comportements anormaux, pendant lesquels le patient s'est cogné la tête contre les murs et les meubles, des murmures incompréhensibles et des tremblements, des problèmes à se remémorer des instructions et des troubles de la concentration (MELIA & MUMFORD, 1987).

Le patient interviewé par ETSUKO se plaint d'entendre des bruits et des voix étranges, plus spécifiquement des bruits de renards qui lui causeraient des douleurs et de la fatigue sur tout le corps (ETSUKO, 1991).

MULL observe des symptômes graves de malnutrition (diarrhées et déshydratation) chez les enfants dont les mères, affirment qu'ils souffrent de *marasmus* (MULL, 1991).

Les deux cas exposés par CASTILLO (1994) présentent les symptômes suivants : convulsions, troubles sexuels, perte de conscience, douleurs dans le corps, sensations de gonflement dans l'estomac, vertiges, sensation d'avoir un poids sur la tête, perte de la vue, perte de conscience, frissons, sensation d'être envahie par une énorme colère (CASTILLO, 1994).

PFEIFER donne les descriptions cliniques suivantes : de l'instabilité émotionnelle sévère et des expériences dissociatives fréquentes avec une tendance pour l'automutilation et les gestes suicidaires, des crises de panique, associées à de l'agoraphobie, après la naissance de son

troisième enfant, de l'irritabilité, de l'anxiété, des troubles du sommeil, de fréquentes crises de colère suivies par un intense remords (PFEIFER, 1994).

Selon les observations cliniques recueillies par SHARP (1994), les symptômes typiques associés à la possession et à la transe incluent :

migraines fréquentes, vertiges, épuisement ou rigidité dans les membres, le cou ou le dos, ainsi que des cauchemars fréquents (SHARP, 1994).

FERRACUTI et al. (1996) reportent des états de transe définis comme « la présence d'un ou plusieurs épisodes de perte de conscience, dans lesquels l'identité de la personne est remplacée par une nouvelle identité attribuée à l'influence d'un esprit ou d'une divinité ».

La manifestation de la présence possédante est plus intense pendant la messe le dimanche. Des éléments associés : malheur, expériences paranormales. Leurs patients évoquent de l'amnésie après la transe, la sensation que le démon a pris possession de leur corps. Vomis, cris, blasphèmes, mouvements intenses et non-contrôlés. (FERRACUTI, SACCO, & LAZZARI, 1996).

WTZUM et al. (1996) livrent des observations cliniques de patients possédés par les *Zar*. Ils rapportent la croyance commune, selon laquelle, le *Zar* serait responsable de beaucoup de maladies, tant physiques que mentales. Une des manifestations communes des troubles causés par le *Zar* est un type de mal d'estomac appelé *kureynya*. Par ailleurs, est communément rencontrée parmi les patients, une forme particulière d'apathie qui commence en général par le refus de s'alimenter. La victime reste assise dans un coin, repliée sur elle-même. Les symptômes les plus communs, expliqués par les guérisseurs traditionnels, sont des mouvements involontaires, des convulsions, de l'apathie, de la glossolalie, des mouvements involontaires et étranges de la tête, des discours inhabituels. La patiente de l'étude déclare n'avoir aucun contrôle sur ses actions, et aussi qu'elle a éprouvé des sentiments d'humiliation et de frayeur, de l'angoisse de mourir, d'être tuée par l'esprit, une agitation psychomotrice, avec une colère prédominante. Les processus de pensée normaux restaient intacts, un certain degré de négativisme a été noté, y compris le refus de parler de certains sujets. Elle a la vision d'une sorte de boule noire flottant devant elle qu'elle reconnaît comme son *Kole* (l'esprit *Zar*) qui l'accablait de graves accusations. Elle a essayé de sauter par la fenêtre pour échapper à la souffrance et à la punition. Elle a nié tout souhait de se suicider ou de mourir (WITZTUM, GRISARU, & BUDOWSKI, 1996).

Le patient avec le Syndrome *d'Amok*, décrit par PAL, est souvent blessé au cours de l'attaque.

Il note un manque apparent de motifs d'homicide et l'amnésie après la crise. Exclusion de l'hypothèse d'épilepsie et de traumatisme crânien (PAL, 1997).

Presque tous les sujets décrits par GAW et al. ont manifesté les symptômes caractéristiques des états de *possession* : la perte de contrôle de leurs actions et des comportements anormaux tels que la perte de conscience de l'environnement, la perte d'identité personnelle, l'incapacité de distinguer la réalité du fantasme. La perte du sens de la temporalité (GAW et al., 1998).

Dans les cas détaillés reportés par CARRANZANA et al., (1999) les cinq patients souffrent de troubles typiques associés à l'épilepsie. Dans le cas 3, les attaques épileptiques récurrentes se manifestent associées à une forte émotion de crainte et à des sensations de froideur épigastrique, suivies par une perte de conscience, l'énonciation d'expressions absurdes et des automatismes moteurs complexes. Le cas 4 décrit des attaques épileptiques précédées d'une sensation écrasante et soudaine de vide. Dans le cas 5, les attaques épileptiques sont associées à des hallucinations olfactives (odeur de brûlé) et à des sensations d'augmentation épigastrique et à l'impression d'être possédé (CARRAZANA et al., 1999).

Dans le cas clinique suivi par MARTINEZ-TABOAS, le patient affirme qu'au début de la maladie, il a ressenti une grande angoisse et la crainte que ses collègues puissent lire dans ses pensées. Après un certain temps, il dit commencer à vivre des épisodes récurrents de possession par un large nombre d'esprits. Il raconte qu'au cours d'une journée type, il subissait environ trois épisodes de *possession*. Lors de ces épisodes, sa personnalité changeait (par exemple, il devenait plus vantard, déprimé, grandiloquent, ou euphorique). La glossolalie était associée à la *possession* (MARTINEZ-TOBOAS, 1999).

MESTRE observe chez son patient qu'un tremblement agitait ses mains, la marche était extrêmement difficile tant il était voûté et déséquilibré. Il parlait lentement et de façon hachée, et il ne pouvait manger seul (MESTRE, 2000).

BIDOUNGA observe que les épisodes de possession du sujet étaient associés à des malaises différents au sein de la famille. La mère était malade et souffrait de fièvres surnoisées; au même moment, ses propres sœurs souffraient de maux divers : l'une était atteinte de stérilité, la seconde était sujette à des crises de folie, alors que la troisième faisait des fausses couches (BIDOUNGA, 2001).

Dans leur article BASU et al. observent lors des épisodes de *possession*, une dissociation avec le monde extérieur. Par exemple, une impossibilité à se nourrir causée, d'après le patient, par une incapacité à voir la nourriture servie devant lui, mais aussi des discours désarticulés et

incompréhensibles. Toutefois, on ne note pas de perte des fonctions sociales et on ne reporte pas la présence d'idées noires ou de symptômes de dépression. Les auteurs remarquent également l'absence de symptômes pour diagnostiquer une autre forme de troubles neurologiques, *somatoforme* ou des troubles causés par le stress ; et de plus l'absence de caractéristiques psychotiques. Il n'y avait aucune histoire familiale ou personnelle d'antécédents de maladie mentale ou physique. Aucune anomalie n'a été détectée à travers un examen physique détaillé. L'examen du statut mental était sans particularité à part de l'anxiété liée à la préoccupation causée par la possession.

BASU et al. remarquent chez leurs patients la présence d'hallucinations tactiles hypnagogiques et une mémoire immédiate détériorée (BASU, GUPTA, & AKTHAR, 2002).

MOUSTACHE analyse des cas de délire mystique consécutif à des cérémonies *vaudou*. Il remarque que les sujets avaient une grande expressivité théâtrale, associée à une impulsivité émotionnelle, auxquelles s'ajoutaient de la suggestibilité et de la mythomanie. Une patiente reporte un malaise ayant entraîné un état comateux. Avant la crise, des picotements dans les jambes et une étrange douleur qui lui colle les pieds au sol. Elle ajoute que certains esprits peuvent s'annoncer de façon brusque en provoquant un choc à la nuque ou des crampes douloureuses *comme si un animal vous mordait*. Sitôt après, la notion de temps s'abolit (MOUSTACHE, 2002a).

Dans sa recherche sur les *Wali* et les *Gini*, des maladies associées aux esprits, CARROLL rapporte les opinions des patients selon lesquelles le *murug* pourrait mener à d'autres problèmes médicaux, en l'absence de tout traitement, comme l'hypertension, le diabète, la constipation, l'anémie et les problèmes digestifs. Les patients qui souffrent de *Wali* ont une propension à dire des bêtises ou à exprimer des marmonnements inintelligibles, un manque total de soin de soi et d'hygiène, une tendance à l'errance par les rues sans but, ou bien des comportements déplacés, comme se déshabiller en public et s'habiller de façon inadaptée. Une personne affligée par cette maladie peut être violente aussi, crier ou bien battre quelqu'un de façon aléatoire et imprévisible. Les personnes qui souffrent à cause des *Gini* ont souvent des comportements violents envers les autres. Ils peuvent paraître nerveux, entendre des voix intérieures qui leur parlent, ressentir une peur intense, être désorientés et faire fréquemment de mauvais rêves (CARROLL, 2004).

SZABO et JONSSON rapportent un cas de possession, dans le contexte d'un épisode dépressif majeur, qui a été auparavant diagnostiqué comme de l'anorexie mentale à cause d'une perte de poids excessive. La patiente avait perdu 11 kg depuis la mort de son père. Manifestation d'un

état de conscience modifiée, associé à des mouvements involontaires du corps et des tremblements (SZABO & JONSSON, 2005).

INGREJA et al. observent dans la *possession* par des esprits de guerre *magamba* ou *gamba* que les cauchemars étaient souvent mentionnés comme le problème le plus présent et sérieux. Ces rêves ont un contenu culturellement déterminé, par exemple, des rêves avec un contenu belliqueux. Les chercheurs ont également observé beaucoup de problèmes psycho-sociaux, comme des problèmes matrimoniaux et la violence sociale de l'après-guerre. La condition de possession est accompagnée par un ensemble de symptômes psychosomatiques : gastralgie, douleurs étranges dans le corps entier, maux de tête, manque d'appétit, troubles du sommeil, cauchemars chargés de persécution et de violence sexuelle, cycles menstruels irréguliers, manque d'intérêt sexuel, explosions de colère et une faiblesse somatique générale (IGREJA, KLEIJN, & RICHTERS, 2006).

PIERRE décrit dans le cas clinique analysé un état proche de la catatonie « Il est comme absent, il ne parle pas, il reste figé sur son fauteuil, le visage privé d'expression. Seulement, les vendredis, comme s'il se réveillait tout à coup, il « doit » sortir, poursuit-elle, pour aller boire, et il boit exagérément. C'est qu'il était un peu retardé dans ses acquisitions scolaires.» (PIERRE, 2007).

AL-SINAWI et al. observent dans les cas analysés, des symptômes typiques du sevrage alcoolique tels que le delirium tremens, l'activité autonome intensifiée comme la transpiration et la tachycardie, les tremblements manuels sévères, l'anxiété et les épisodes fluctuants d'agitation, de dysphorie, et une diminution de la perception sensorielle. Par ailleurs, un dysfonctionnement érectile est associé à des hallucinations auditives et visuelles : avec l'image de l'absence de son pénis, comme une amputation par vengeance (AL-SINAWI, AL-ADAWI, & AL-GUENEDI, 2008b).

GUENEDI et al. rapportent des troubles de l'attention et de la concentration, des troubles du langage (aphonie et dysarthrie) qui surgissent parallèlement aux changements de personnalité (GUENEDI et al. 2009)

Selon MACLAREN et al., les signes de possession *buru* incluent le mutisme, les idées suicidaires, l'illusion, l'agression et l'isolement social, les pulsions homicides et les problèmes conjugaux (MACLAREN, ASUGENI, ASUGENI, & KEKEUBATA, 2009).

CAVANNA et al. interprètent les signes de la possession comme les symptômes d'états psychotiques post-ictal (hallucinations visuelles, comportement agressifs, accompagnés par

des paroles chantées, dénuées de sens. Déréalisation, dépersonnalisation, sensation de sortir de son corps, douleurs épigastriques avant les attaques, mouvements automatiques, élocutions privées de sens (CAVANNA, CAVANNA, & CAVANNA, 2010).

Dans son analyse du cas clinique d'une jeune fille avec des signes de possession, PIERRE met en évidence l'association entre possession, prise de substances toxiques et comportements autodestructeurs :

« La patiente a 14 ans, entre deux crises convulsives, elle voit des ombres, des petits hommes noirs qui essaient de l'attraper. Un comportement à la fois autodestructeur et transgressif : consommation de drogues et d'alcool, comportement sexuel débridé, automutilations (elle s'entaille les poignets et les avant-bras avec un couteau), fugues et tentatives de suicide » (PIERRE, 2012).

Dans un autre article du 2014, PIERRE reporte à nouveau des actes apparemment suicidaires toujours associés à des signes de possession. Le patient, en effet, vivrait des expériences anormales au cours desquelles il entend des voix. Ces voix l'appelleraient à sauter par la fenêtre pour les rejoindre dans la mort (PIERRE, 2014).

La concomitance de gestes d'automutilation et d'épisodes de possession a été observée par BENOIT DE COIGNAC et BAUBET chez un patient adolescent. Ils rapportent ce qui suit:

Le patient est en proie à des crises violentes plusieurs fois par semaine au cours desquelles il s'automutile. Il nous dira qu'il n'est plus lui-même pendant les crises, qu'il peut faire *n'importe quoi*, qu'il cherche à *se faire saigner* ou à *faire saigner quelqu'un*. (...) Il présente également une amnésie partielle des crises. Les symptômes d'Alassane sont proches des symptômes de possession (...) « tu es bizarre, tu parles tout seul » ; il peut aussi dire que des esprits viennent parfois lui parler, comme si des esprits s'exprimaient « à travers sa bouche ». (BENOIT DE COIGNAC & BAUBET, 2013).

Toujours dans le cas d'un patient adolescent, HARMANT rapporte des troubles du comportement suspectant des hallucinations auditives récurrentes :

Il entend des voix d'enfants. Son discours est un peu décousu, dépourvu d'affects, ses propos bruts et non-distanciés le rendent à première vue inquiétant (...) des épisodes de « transe », et des états stuporeux, où le patient est comme paralysé, figé, avec parfois une sensation particulière, où ses yeux vont tomber, et son dos lui fait très mal. Il dit « je me sens comme un petit vieux qui tient un bâton », de vives douleurs lombaires. (HARMANT, 2013).

Le cas clinique observé par CHARTONAS et BOSE concerne aussi un cas de possession chez une jeune patiente associée à des troubles du langage et des retards dans l'apprentissage. Il

s'agit d'une petite fille d'environ 8 ans qui, après un épisode de harcèlement scolaire commence à avoir des comportements asociaux, répétés et stéréotypés. Elle n'arrive plus à parler correctement, elle chuchote. Elle a des comportements anormaux, sexualisés, et des troubles du sommeil. Elle présente un langage stéréotypé et de l'écholalie. Sa pensée est fragmentée. Elle nie avoir eu des hallucinations mais ses parents rapportent que leur fille a des cauchemars récurrents, des rêves et des visions de serpents, elle semble voir et interagir avec des personnes invisibles et des esprits et elle se sent pourchassée par des hyènes (CHARTONAS & BOSE, 2015).

DJAZIRI rapporte des affirmations de patients interviewés faisant état eux aussi de sensations anormales au niveau des yeux et de la vue, cécité, visions :

« Ma vue était brouillée, ma tête et mes yeux me faisaient mal, j'avais une douleur au niveau de la nuque au point que je ne pouvais plus bouger, une douleur tellement intense que j'en devenais folle » (Fatma, 50 ans). La plupart des patients affirment avoir des visions de chats noirs : « Quand elle est seule, l'accouchée sent un chat noir qui arrive et qui l'écrase de tout son poids » (DJAZIRI, 2014).

On retrouve le même lien entre épisodes de *possession* et post-partum dans l'article de REAL, MORO et al. Ils observent, dans un des cas cliniques reportés, que les interactions entre la patiente et sa fille restent préoccupantes et que cette dernière présente un retard global du développement. La patiente affirme qu'elle ressent la présence de mauvais esprits quand elle est avec sa fille. Elle pense que le bébé voulait la tuer. Ils seraient selon la mère « attachés depuis 17 ans dans son ventre », ce qui est pour elle la preuve d'un acte sorcier à son égard. L'état psychique du bébé, suite à cette naissance singulière, a nécessité une hospitalisation en unité mère-bébé (REAL, COHEN, KOUMENTAKI, & MORO, 2014).

Dans l'analyse des états de possession par un esprit, VAN DUJI et al. observent que, généralement, les premiers symptômes sont d'ordre physique : fièvre, maux de tête, douleurs dans le corps, vomissements, estomac enflé, ulcères. Pour ce qui concerne les causes, les patientes mettent l'accent sur les malheurs tels que : beaucoup de fils mort-nés, infertilité, ou même le vol d'un vélo (VAN DUIJL, KLEIJN, & DE JONG, 2014).

SHAFFER et al. analysent la *possession* sur un plan cognitif et perceptif. Ils remarquent en effet, que les patients présentent une amnésie psychogénique et des déficits cognitifs tels que l'impossibilité d'accéder à des processus cognitifs normalement accessibles, l'impossibilité à parler correctement, ou bien la production d'un parler déformé. Au niveau des perceptions du

corps, les patients affirment ne pas ressentir une partie de leur corps ou bien avoir la sensation qu'une partie de leur corps a disparu. Quant à la perception du monde extérieur, les patients ne parviennent pas à percevoir le monde extérieur comme étant différencié (SCHAFFLER, CARDEÑA, REIJMAN, & HALUZA, 2016).

3.10 Les membres de la famille/entourage avec les mêmes troubles

Contrairement à nos attentes, les chercheurs n'ont que rarement investigué sur les autres membres de la famille, ou sur l'entourage proche, du patient pour savoir si ceux-ci avaient vécu, ou vivaient des épisodes de transe ou de possession. Les antécédents familiaux de pathologies ou de psychopathologies similaires ont été également négligés dans la plupart des enquêtes.

Seulement 24 articles sur 113 mentionnent les membres de la famille ou de l'entourage : des membres de la famille, non spécifiés, étaient possédés dans l'article de KUA (KUA et al. 1986), la concubine du patient (CRAMER, 1980), un oncle possédé par un *loa*⁹ (CARRANZANA et al.1999), plusieurs membres de la famille (non spécifié) dans le lignage maternel (Mestre, 2000), un membre de la famille était un médium (FERRACUTI et al. 1996), le père et le grand-père étaient possédés par le même esprit-possédant (STEPHEN ET SURYANI, 2000), la grand-mère (PIERRE 2007).

Dans l'article de VELENZUELA-PEREZ, il est mentionné que dans la lignée paternelle du patient plusieurs personnes sont mortes de mort violente et l'hypothèse a été faite que la cause était un esprit malveillant (VELENZUELA-PEREZ et al. 2003).

Selon INGREJA le même esprit peut posséder plusieurs membres de la famille à différentes périodes (INGREJA et al. 2006).

Dans l'étude du cas de GUENEDI, le patient avait un oncle avec des symptômes psychotiques, voire des épisodes de possession (GUENEDI et al, 2011).

La mère de la jeune patiente de PIERRE (PIERRE 2012) révèle au cours de la thérapie avoir été possédée et avoir eu *un mari de nuit* selon l'étiologie traditionnelle marocaine.

Dans la recherche de BOURGOU et al. (2012) en Tunisie sur les troubles de type *transe* et *possession*, 54 % des patients ont des antécédents familiaux de psychose. (BOURGOU, HALAYEM, BOUDEN, & HALAYEM, 2012)

La mère du jeune patient de HARMANT avait des épisodes de possession récurrents

⁹ Les *loas* sont les esprits de la religion vaudou et souvent ils sont des *esprits* familiaux hérités d'un parent.

(HARMANT, 2013).

L'étude présentée par BENOIT DE COIGNAC et BAUBET (BENOIT DE COIGNAC & BAUBET, 2013) relate le cas d'un jeune patient avec de fréquents épisodes de *transe* et de *possession* qui avait *hérité* des mêmes esprits que ceux qui possédaient sa mère au moment où celle-ci était morte, devant lui, de mort violente.

La mère du patient était également possédée dans le cas n°2 de l'étude de REAL et al. (REAL & al., 2014).

Dans l'article de SAPKOTA et al. (SAPKOTA et al. 2014) la belle mère et le beau-père d'une patiente sont possédés par le même esprit.

Dans le deuxième cas clinique rapporté par WINTROB (WINTROB, 1970), quatre membres de la famille, le père et trois frères du patient, avaient dit avoir rencontré l'esprit de *Mammy Water* et avoir eu des relations sexuelles avec elle. Le père attribuait sa richesse à cette rencontre.

Dans son article, YOUNG (YOUNG, 1975) découvre que la grand-mère maternelle du patient, possédé par les esprits *Zar*, était elle-même une guérisseuse adepte du culte *zar*.

CHANDRASHEKAR (CHANDRASHEKAR, 1981) dans son article sur le cas d'un jeune homme victime de possession par des femmes suicidées, reporte que 3 autres membres de la famille du patient ont été attaqués par les mêmes esprits.

Dans l'article de TOBIN et FRIEDMAN (TOBIN & FRIEDMAN, 1983), le frère du patient était visité par le même esprit.

Dans le cas décrit par EGUCHI (EGUCHI, 1991), la tante et le neveu du patient sont possédés par un même esprit : l'esprit du renard.

Dans son article *Psicoanalisis de la mujer y ritos de posesion*, BOGAERT rapporte que la mère d'une patiente est une thérapeute qui guérit à travers la possession par le *loas* à Santo Domingo.

MATTOO et al. (MATTOO, GUPTA, LOBANA, & BEDI, 2002) décrivent dans leur article un cas de possession collective de 31 membres de la même famille : les parents, les trois frères et

sœurs, le grand-père, les quatre oncles, les tantes et 16 de leurs enfants.

Dans le cas clinique présenté par CHAPIN (CHAPIN, 2008), la patiente rapporte que la mère était devenue folle, probablement à cause de la sorcellerie.

SETHI et BHARGAVA (SETHI & BHARGAVA, 2009) exposent un cas de possession qui touche toute une famille : le père, la mère, et les quatre enfants.

Pour ce qui concerne les antécédents familiaux, dans son article *Jinn Possession and Delirious Mania in a Pakistani Woman* KHAN et SANOBBER (KHAN & SANOBBER, 2016) réfèrent des troubles bipolaires chez un frère et une sœur de la patiente.

3.11 Les facteurs déclenchant

Les facteurs déclenchant les maladies des esprits sont très nombreux et de nature variée. Nous les avons classé de la façon suivante :

- **Des événements traumatiques**
 - le suicide de deux femmes dans la terre familiale du patient,
 - un accident de la route,
 - les premières menstruations avec une perte excessive et effrayante de sang associées à des cauchemars,
 - la découverte du cadavre du frère,
 - la mort d'une cousine très proche,
 - la chute accidentelle dans le feu lors des rassemblements sociaux ou religieux,
 - la découverte du cadavre de son ami proche,
 - le contexte de violences et trauma politiques,
 - la mort violente de la mère, et en être témoin,
 - l'assassinat,
 - la fuite vers la forêt, la chute accidentelle dans un trou,
 - un malheur (non spécifié).
- **Les abus et maltraitances**
 - les abus sexuels de la part de son grand-père pendant l'enfance,

- les abus ou maltraitances émotionnelles (carences), physiques ou sexuelles,
 - le viol,
 - les abus *sexuels* dans l'enfance,
 - les maltraitances dans l'enfance,
 - l'émergence de souvenirs d'attouchements incestueux.
- **Le deuil**
 - la mort des parents,
 - la mort du mari,
 - la mort de la tante,
 - la mort de la grand-mère,
 - la mort du père.
- **Les contextes religieux et les actes rituels**

Contextes passifs :

 - être témoin d'une cérémonie d'exorcisme, ou d'un état de *possession* e,
 - prendre part à un rite pentecôtiste,
 - assister à une cérémonie, à des danses, dans un temple ou dans le *kavadi*, temple dansant,
 - entendre le chant de prières bouddhistes (*pirith*) ou le battement de tambours du temple.

Contextes actifs : où les sujets sont actifs dans leur participation :

 - les prières et autres actes rituels,
 - la tentative d'apprendre par cœur le livre de prières,
 - l'activité de voyance,
 - le début du mois du Ramadan,
 - le chemin pour aller à l'église Chrétienne,
 - le moment de dire des prières,

- la rentrée dans le groupe des fidèles d'un temple,
- la tentative avortée de lire le Coran.
- **Problèmes sentimentaux**
 - la séparation d'avec l'épouse,
 - l'abandon de la part du fiancé,
 - la trahison du mari qui a eu un enfant hors mariage,
 - les débuts des relations sexuelles avec le mari,
 - la rupture d'une relation avec une femme mariée,
 - la déception sentimentale,
 - la rupture d'une relation sentimentale à cause de la famille,
 - le mariage forcé.
- **Conflits domestiques**
 - les conflits/violences dans le couple,
 - le conflit avec la famille à cause du refus de faire un mariage combiné,
 - les relations incestueuses,
 - l'obligation à l'avortement par la famille,
 - des querelles avec le mari à cause d'une relation avec un autre homme,
 - des conflits violent avec la mère,
 - des disputes violentes avec la sœur,
 - la troisième visite de la famille du mari,
 - le litige avec le fils,
 - la peur de perdre son mari,
 - les problèmes familiaux,
 - un mariage *transgressif* car les époux sont de deux ethnies différentes,
 - des conflits autour de l'hérédité,

- des conflits sur des questions religieuses et culturelles,
- la découverte d'avoir été adopté,
- l'adultère.
- **Malédiction**
 - une malédiction (non spécifiée),
 - la malédiction paternelle,
 - après la menace de la part d'un oncle de nuire à la famille.
- **Sorcellerie**
 - un charme jeté,
 - la sorcellerie par des *soja* (l'ombre, l'influence).
- **Punition**
 - une punition non spécifiée,
 - une punition pour la transgression du mari,
 - une vengeance de la part d'un guérisseur,
 - une vengeance par des esprits insatisfaits,
 - le refus de l'appel à devenir guérisseur.
- **Récompense**
 - une récompense (non spécifiée)
- **Élection**
 - l'élection par un esprit bienveillant,
 - l'élection par un esprit *trombe*¹⁰,
 - le don de capacités paranormales,
 - la singularité de l'enfant,
 - les esprits indiquent les problèmes qui doivent être résolus.

- **Appel à l'initiation**

- l'appel à prendre le rôle de guérisseur par lignage patrilinéaire,
- l'appel à devenir un guérisseur *tromba*,
- l'appel par les divinités.

- **Facteurs de Stress Psychosociaux**

- des conditions de précarité économique et sociale,
- le déménagement dans un nouvel appartement (dans le pays d'accueil),
- des difficultés scolaires, le changement d'école,
- le départ d'un ami au pays,
- la séparation de la famille,
- l'internat dans une école islamique,
- stress social : la sœur du patient a eu un enfant hors mariage,
- l'isolement social, affectif,
- condition de pauvreté extrême avec développement de mécanismes de défense dissociatif pour résoudre conflits internes et intenses conflits interindividuels,
- la perte d'emploi, précarité économique,
- être victime d'un événement de harcèlement scolaire,
- des problèmes d'insolvabilité financière,
- la dislocation sociale.

- **Contamination – Transfert - Contagion**

- par l'ingestion de repas *lourds*,
- par le toucher, l'ingestion, ou l'inhalation de substances contaminées par des animaux ou des esprits,
- l'empoisonnement par des ennemis,
- par le fait de marcher sur un esprit accidentellement ou *sur quelque chose de sale* ;
- par la rencontre avec l'esprit malfaisant dans les montagnes,

- par suite de la crise de possession d'un autre membre de la famille,
 - par la présence d'éléments (cheveux, vêtements, accessoires, bijoux) qui permettent aux esprits de se connecter ou de s'accrocher à la personne,
 - la transmission d'un *djinn* familial.
- **Interventions invasives**
 - Contexte d'une intervention de chirurgie utérine,
 - Etat de panique en vue d'une opération chirurgicale invasive. Selon le chercheur, la chirurgie et les actes médicaux qui se traduisent par une *ouverture* de la peau, font croire que la plaie laisse une porte ouverte aux esprits.
- **Transgression**
 - des transgressions dans un contexte de migration des rituels honorant les parents morts au pays,
 - des conflits intérieurs entre le désir de prendre une deuxième femme pour avoir un enfant et la culpabilité de pratiquer la polygamie pour un chrétien,
 - des comportements transgressifs/ irrespectueux pendant la visite d'un lieu sacré,
 - la punition par un esprit malveillant à la suite d'une transgression,
 - avoir tué beaucoup de renards et de blaireaux dans une vie précédente,
 - le mauvais *karma*,
 - la transgression de l'interdit de boire de l'alcool imposé au patient par *Mammy Water*,
 - l'immoralité,
 - les comportements transgressifs par rapport à la religion,
 - la participation à des groupes sataniques,
 - la négligence par rapport aux devoirs rituels envers les esprits,
 - la punition pour avoir été irrespectueux envers un membre de la famille mort,
 - des comportements déréglés, notamment sexuellement,
 - la transgression des rituels nécessaires pour les *djinns* en temps voulu,

- le sentiment de culpabilité de ne pas être *une véritable musulmane*.
- **Rêves et visions**
 - les rêves et les visions d'une femme blanche très belle avec qui le sujet va avoir des relations sexuelles,
 - la vision d'un singe,
 - la vision d'une dame dans un sari blanc (sorcière),
 - le rêve d'un individu décédé,
 - la vision d'une femme vêtue en blanc, après les funérailles du fils.
- **Sentiments/émotions violentes**
 - la peur,
 - la frayeur,
 - la colère,
 - la frustration,
 - la jalousie,
 - le chagrin,
 - un sentiment de souffrance primordial,
 - la culpabilité,
 - le désespoir,
 - l'anxiété extrême.
- **Grossesse et accouchement**
 - une nouvelle grossesse,
 - une fausse couche,
 - des complications utérines suite à un avortement spontané,
 - la stérilité,
 - la naissance d'enfants mort-nés,
 - *faja* (l'accouchement en termes de choc, de maladie, de traumatisme et de frayeur),

- l'accouchement associé à un sentiment de solitude,
- le post-partum.
- **Maladies et problèmes de santé**
 - des traumatismes physiques,
 - le traumatisme crânien,
 - des problèmes de santé précédents,
 - des crises d'épilepsie,
 - une maladie chronique et incurable,
 - des maladies débilitantes,
 - des douleurs corporelles.
- **Arrêt/prise de médicament et substances**
 - Un arrêt de traitement,
 - le sevrage alcoolique *à la dure* pour des raisons religieuses,
 - l'arrêt de médicaments neuroleptiques,
 - la prise d'un puissant hallucinogène : la psilocybine.
- **Des événements psychiques**
 - la crise de nerfs,
 - une perturbation psychologique intense,
 - un stress émotionnel,
 - des désirs non réalisables,
 - le sentiment d'avoir un *esprit faible* (étant craintif ou inquiet),
 - l'impression de supporter un gros fardeau émotionnel ou une grande tension,
 - un état de vulnérabilité après un *choc nerveux*,
 - les pensées intrusives et obsessionnelles,
 - des *blessures de l'amour propre*.

- **Réactions à des objets/substances**
 - regarder la TV et d'autres écrans,
 - après la vente en porte-à-porte de talismans,
 - participation à un mariage où le patient boit de l'alcool.
- **Passage à l'âge adulte**
 - Le début de l'adolescence.

3.12 L'expérience/formation du chercheur/clinicien

Les identités professionnelles des chercheurs et/ou de leurs organismes de recherche de référence, lorsqu'ils sont cités, sont les suivants :

- psychiatres, faculté de psychiatrie, services hospitaliers de psychiatrie, départements de Santé Mentale, Neurologie : 27 recherches.
- médecins somatiques, des différents services de médecine, faculté de médecine et Sciences Médicales : 10 articles.
- psychanalyste, psychothérapeute, psychologue, facultés de psychologie, CMP, institution/service de psychologie) : 12 recherches.
- anthropologue, facultés d'anthropologie et sociologie/ Sciences humaines et sociales, département de linguistique : 19 recherches.

Les recherches conduites par des équipes multidisciplinaires, dans une perspective transdisciplinaire (19 recherches) : psychiatrie/anthropologie (6 recherches), psychologie-psychiatrie (7 recherches), médecin et anthropologue (2 recherches), psychiatre- psychologue-anthropologue (3 recherches), psychologie-anthropologie (1 recherche).

3.13 La méthodologie des recherches

La majorité des chercheurs ont privilégié une méthodologie qualitative et notamment l'étude de cas pour mieux pouvoir analyser la complexité des phénomènes de type transe et possession, tout en décrivant le contexte de la prise en charge. Les études quantitatives se sont basées surtout sur des entretiens structurés, voire sur des tests psychométriques pour attester de la validité et de la prévalence des hypothèses diagnostiques.

3.14 La description de la prise en charge et des traitements

La description de la prise en charge et des différents traitements démontre une importante diffusion du pluralisme thérapeutique entre soins spirituels, ethnomédecine et biomédecine tantôt, pour la plupart, dans les pays non-occidentaux, tantôt dans les pays d'accueil occidentaux chez les patients étrangers émigrés. Cependant, ce qui a été décrit par LOVELL (LOVELL, 1995) au Togo concernant l'accès/disponibilité aux soins biomédicaux, a été rencontré non seulement dans les régions rurales mais aussi au cœur des grandes villes comme Londres (par exemple l'étude de PALMER, en 2006 sur les barrières à l'accès aux soins et à l'utilisation des services de santé à Londres). L'accès à la médecine occidentale et aux services de santé mentale, et autres centres de santé, peut être difficile pour un nombre important de patients, et ceci peut être attribué à des facteurs culturels, comme les représentations locales de la maladie, ou à des phénomènes de crainte de la stigmatisation, ou encore à des critères socio-économiques, géographiques et financiers.

3.15 Les résultats des études

MAYER, dans son étude de cas de 1911 sur la *possession*, affirme qu'il y a un changement de personnalité, et un état second qui remonte à la conscience, accompagné par une désintégration partielle de la personnalité. L'obsession qui émerge chez le patient peut certainement être considérée comme une défense neuropsychique, à l'instar des travaux de FREUD lorsqu'il décrit la répression de souvenirs douloureux. Dans le cas de possession analysé, la personnalité secondaire s'est renforcée par ce trauma psychique et elle remonte à la conscience comme une possession du démon et comme une personnalité « autonome ». (MAYER, 1911)

Dans son article de 1916 (FRASER, 1916), FRASER analyse la relation entre le mysticisme, la pathologie et la *possession*, dans le cadre de ce qu'il définit comme la *mélancolie religieuse*. Il souligne que les effets des extases, des transes et des phénomènes mystiques, bien que selon lui restent essentiellement des manifestations morbides, sont largement neutralisées par les croyances et l'idéalisme qui sont derrière de telles manifestations. Pour cette raison, FRASER affirme que la vraie foi religieuse est le sentiment qui domine tout le processus.

MISCHEL et MISCHEL établissent une distinction entre différents niveaux de la *possession*. Ils arrivent à la conclusion que le niveau de *possession* (la profondeur de la participation du sujet, le niveau de la perte de contrôle et l'intensité du comportement) n'est en aucun cas

constant parmi les individus ou dans les différents épisodes. De temps en temps, par exemple, il semble consister simplement en une sorte de vertige ou d'éclipse de la conscience, une perte momentanée de contrôle. À d'autres occasions, la possession implique une perte presque totale et prolongée de la conscience et du contrôle sur le comportement moteur. Cependant, même dans les exemples observés les plus extrêmes, l'individu a semblé conserver la conscience et le contrôle suffisants pour lui permettre de se comporter sans provoquer de blessures à soi ou à autrui (MISCHEL & MISCHEL, 1958).

La thèse de OBEYESEKERE est que les expressions culturellement déterminées de la maladie, telles que la *possession*, sont liées aux expériences et à la vision du monde, tant du patient que de la communauté, et qu'elles rendent la maladie existentiellement significative pour l'individu. *L'idiome commun de maladie* permet la communication entre le patient et la communauté, il facilite la mobilisation des ressources du groupe, il permet des abréactions¹¹ et évite la désorganisation cognitive et perceptive (OBEYESEKERE, 1970).

WINTROB donne une interprétation analytique de la possession par *Mammy Water* en Lybie, un esprit sirène avec la peau blanche et les cheveux blonds. L'auteur argumente qu'il y a une altération des mécanismes de défense, et un désir, une attraction, une identification du patient à l'agresseur blanc. En effet, les croyances en *Mammy Water* pourraient donner un canal socialement accepté pour le déplacement d'impulsions agressives et sexuelles envers les femmes blanches qui étaient *interdites*. Par ailleurs, le nom de l'esprit *Mammy* (maman) pourrait révéler également une défense contre la culpabilité et l'anxiété réveillées par des sentiments intensément ambivalents envers la mère et, peut-être, par la régression de *l'ego*. La régression, continue WINTROB, peut être exprimée à travers la construction de fantasmes, et le fantasme-esprit *Mammy Water* pourrait donc représenter une fusion des fantasmes concernant *le nec plus ultra* des objets interdits : la mère. Les rêves de relations sexuelles avec elle indiqueraient la solution des pulsions incestueuses dans une forme culturellement et socialement acceptable et, ainsi, la satisfaction de pulsions génitales infantiles réprimées. Cependant, l'accomplissement en rêve de ces désirs inconscients est risqué parce que, au niveau génital, il provoque l'anxiété de la castration et, sur un niveau pré-génital, il fait surgir la crainte d'être d'attaqué et dévoré par les demi-frères envieux (WINTROB, 1970).

Allan YOUNG (1975) dans son article *Why Amhara Get « kureynya » : Sickness and Possession in an Ethiopian « zar » Cult* décrit les avantages sociaux et psychiques qu'un

¹¹ Réaction émotive par laquelle le malade se libère, par des gestes ou des mots, de tendances refoulées dans le subconscient ou d'obsessions résultant d'un choc affectif ancien <http://www.cnrtl.fr/definition/abr%C3%A9action>

Amhara gagne à travers la possession et, notamment, en appartenant à une confrérie *Zar*. Le motif conscient d'une femme pour rejoindre une confrérie est initialement toujours d'ordre médical. Elle cherche la rémission d'une maladie causée par le *Zar* et le seul moyen fiable pour contrôler cette menace perpétuelle est de participer au culte. Dans un deuxième temps, la femme a également des avantages psychiques et sociaux à participer au culte *Zar*, des avantages qui sont associés au contact, à la proximité avec les esprits *Zar* auxquels sont attribués des caractéristiques spéciales et des pouvoirs. (YOUNG, 1975)

WIJESINGHEP et al. (1976) donnent une lecture psycho-dynamique de la *transe* lors de la *possession* dans une communauté au Sri Lanka. Au Sri Lanka, la possession est fortement répandue. Et bien que différents types de comportements déviants soient attribués à la possession des esprits, celle-ci est généralement reconnue comme une perturbation épisodique du comportement pendant laquelle on présume qu'une entité externe a remplacé la personnalité du sujet. Afin de répondre aux objectifs de l'étude, la possession a été définie par les chercheurs comme une perturbation épisodique du comportement d'origine psychopathogénique, qui est attribuée par la communauté à la possession surnaturelle. Le mécanisme psychophysiologique de base de cette perturbation épisodique du comportement consiste en un état d'altération de la conscience menant à la dissociation. Les états de transe sont favorisés par des facteurs psychologiques multiples et opérationnels tels que : une réaction de crainte aiguë, la projection d'agression, la nécessité de manipulation de l'environnement, la catharsis (WIJESINGHE et al., 1976).

CRAMER (1980) analyse le cas clinique d'une présumée possession mystique d'un patient mexicain d'origine chinoise qui vit dans des conditions socialement marginales et avec une personnalité hystérique. La *possession* serait, ainsi, directement en relation avec les conflits psychiques du sujet et avec des états émotionnels complexes liés à sa position familiale et sociale dans son contexte culturel. Le sujet est vu comme subjugué d'émotions et de connaissances contradictoires qui se concentrent autour de la culpabilité, de l'infériorité et de la non-acceptation par son groupe d'appartenance. La personnification de ses problèmes à travers un esprit permet au sujet de maintenir une part d'estime de soi, son statut social et l'image préservée de sa propre personnalité. Selon CRAMER, le syndrome de *possession* n'est donc pas un phénomène simple, isolé, mais plutôt un groupe complexe de manifestations qui incluent des modèles très divers de comportements. Ceux-ci incluent les syndromes de *possession* tant volontaires qu'involontaires. Chaque esprit qui se manifeste peut être considéré comme un *complexe autonome* (JUNG, 1920) qui fonctionne comme un sous-

système semblable à la personnalité séparée (CRAMER, 1980).

CHANDRASHEKAR également tente de démontrer que le syndrome de *possession* ne correspond pas toujours à une maladie ou une pathologie de l'individu. La *possession* pourrait donc arriver chez un individu qui est autrement bien *équilibré* dans la vie, dans une culture où il y a une forte *attente* de cas de *possession*. Dans celui analysé, la *possession* est déclenchée par la prédiction d'une voyante à la suite de deux suicides.

Une fois que le patient est retiré de cette atmosphère et de cette *pression*, il cesse de manifester des phénomènes de type transe et *possession* (CHANDRASHEKAR, 1981).

Dans l'enquête porte-à-porte conduite par VENKATARAMAIAH et al. sur une population de 1158 habitants à l'ouest du Karnataka (Inde) le nombre élevé de cas de syndrome de *possession* peut être expliqué par la large diffusion des croyances dans les esprits et dans les phénomènes de *possession*. Le genre féminin, le jeune âge et le faible niveau de scolarisation sont considérés comme des facteurs de risque à développer un épisode de *possession*. Les auteurs concluent donc que le syndrome de *possession*, est un phénomène socialement et culturellement induit qui est utilisé par un certain nombre de personnes pour devenir des guérisseurs et, par d'autres personnes, pour prendre le rôle de malades et obtenir ainsi de l'aide et du soutien (VENKATARAMAIAH, MALLIKARJUNAIAH, CHANDRASEKHAR, RAO, & REDDY, 1981).

Dans une autre recherche conduite à Trinidad, WARD définit la possession comme une stratégie d'ajustement (*coping*) face au stress psycho-social. Celle-ci donnerait au sujet malade certains avantages en termes d'acceptation sociale, de prise en charge et de déresponsabilisation (WARD, 1982).

SATIJA et al. (1982) mettent en évidence les mécanismes du jeu de rôle, de l'imitation, de l'identification et le rôle de l'improvisation et de la catharsis dans le rituel de possession. Les auteurs estiment que les concepts psychologiques modernes tels que le psychodrame, la communauté thérapeutique, la modélisation sociale, etc., sont aussi prégnants dans une telle configuration religieuse. Si tel est le cas, ils concluent que les scientifiques du comportement devraient faire tous les efforts possibles pour intégrer ces pratiques indigènes de guérison dans le cadre de la psychothérapie moderne. L'analyse des données, recueillies chez les patients qui s'adressent au *Mehandipur Balaji Temple*, montrerait que les patients avec des épisodes de transe sont plus suggestibles, moins intelligents, qu'ils expriment plus d'hostilité et de culpabilité par comparaison avec des patients qui ne présentent pas de transe. Ainsi, la

suggestibilité et la foi peuvent être des facteurs déclencheurs de la *transe* chez les patients névrosés. Les patients hystériques avec des épisodes de *transe* sont moins névrosés et ils présentent un niveau de culpabilité inférieur aux non-hystériques névrosés (SATIJA, NATHAWAT, SINGH, & SHARMA, 1982).

TOBIN, FRIEDMAN affirment qu'un nombre important de cas de morts soudaines, et inexplicables, chez les *Hmong* réfugiés aux USA, pourrait être associé aux cauchemars des esprits qui oppriment la poitrine des patients et qui les empêchent de respirer. Ces rêves, ces visions de mort, ces cauchemars où les esprits veulent leur mort, sont considérés comme l'expression de l'action opprimante et insupportable des sentiments d'anxiété, de dépression, et de culpabilité qui amènent le sujet à un suicide inconscient. En se référant à l'histoire du patient, les auteurs interprètent ces symptômes comme la preuve de la présence du trauma et du sentiment de culpabilité lié au syndrome du survivant (TOBIN & FRIEDMAN, 1983).

PFLEINDER (1985) définit la *possession* comme un choix, qui peut être conscient ou semi-conscient, d'adhérence à un modèle thérapeutique spécifique, pour définir son malaise selon des connotations culturelles et sémantiques spécifiques. Les signes de la souffrance sont transformés et interprétés par la culture selon la logique spécifique de cette niche thérapeutique. Le cas du patient qui est l'objet de l'étude de PFLEINDER, montre une tentative de prolonger l'étape transitoire entre l'enfance et le passage à l'âge adulte (le mariage) au travers d'une maladie, acceptable par son contexte familial et social, qui est la possession. Comme c'est souvent le cas pour les jeunes de son âge, la patiente aurait choisi son corps comme un moyen à travers lequel véhiculer des signes. Le système de signes qu'elle a choisi lui garantit de pouvoir être acceptée par son groupe social comme un membre à part entière, voire *normal*. Le comportement antisocial, fou, qu'elle a manifesté envers les membres de sa famille n'était pas de sa faute, c'était plutôt elle-même la victime affligée par une entité externe, un démon, qui rendait la vie désagréable pour tout le groupe social. La possession d'esprit dans le cas clinique décrit est, donc, une tentative de résoudre des conflits psychologiques intolérables ; la possession aidant ainsi la patiente à faire face à ses problèmes et à exprimer ses sentiments réprimés par l'intermédiaire du démon qui la possède. De ce fait, la patiente est déchargée de la responsabilité de ses sentiments et de ses actions qui ont perturbé le groupe, car ils sont considérés comme l'œuvre d'un démon ayant une identité distincte et séparée de la femme (PFLEINDER, 1985).

Selon KUA et al., (1986) la transe lors de la *possession* est comparable par certains aspects à la dissociation hystérique. L'individu est d'abord soumis à un événement stressant qui, dans le

cas d'un militaire, peut être la difficulté à s'adapter à la répartition en groupes et à la discipline militaire. Incapable de surmonter ces problèmes, le sujet essaye de résoudre le conflit par la *transe* de *possession*. Pendant la *transe*, le comportement stéréotypé permet l'expression d'impulsions réprimées et de l'agressivité refoulée. Cette catharsis soulage l'anxiété et la tension de l'inconscient. La décharge des émotions de la part du sujet pourrait compromettre ses relations avec les autres mais puisque, dans la *possession*, le comportement est attribué à l'esprit extérieur, cela décharge l'individu. Le comportement qui normalement serait socialement sanctionné est reconnu comme un signe de détresse et invoque la réponse appropriée par la communauté. Les membres de la famille lui fournissent le support et la sympathie. Le sujet possédé a donc des avantages en termes de diminution des devoirs et des responsabilités. Mieux encore, l'individu est traité avec déférence parce qu'il est perçu comme un élu de la déité (EE HEOK KUA et al., 1986).

Dans leur article sur la possession et la sorcellerie au Népal, MELIA et MUMFORD (1987) affirment que la *possession d'esprit* est un phénomène reconnu et répandu au Népal où il n'a aucune connotation de maladie psychiatrique. L'ensorcellement, réel ou présumé, peut produire des symptômes physiques et psychiques, tels que l'anxiété intense et les crises d'angoisse, qui peuvent passer comme une maladie physique ou psychiatrique. Le soupçon d'ensorcellement produit souvent des malaises qui ont tendance à confirmer le soupçon et le pouvoir agissant de la sorcellerie. Il renforce l'appréhension, confirmant une sorte d'*anxiété malveillante* qui peut parfois mener à la mort, dans une façon qui peut être assimilée « à la mort par envoûtement ». Quand un patient se plaint de *sorcellerie* ou d'être victime de *possession* par un esprit, cela peut être une explication au malheur ou à une la maladie physique; ceci est particulièrement vrai dans le cas d'impuissance et de difficultés sexuelles masculines, l'échec de lactation, la frigidité et la stérilité féminines, la neuropathie périphérique avec paresthésie et le phénomène de *membre fantôme* pour les deux sexes. Les auteurs concluent que, dans de tels cas, une fois que la maladie physique a été exclue, et que le psychiatre, certes d'une culture différente, n'a trouvé aucun autre symptôme suggérant une maladie psychiatrique, il est raisonnable d'orienter le patient vers le *jhankri* (guérisseur). Tous les patients dans les cas de l'étude se sont entièrement remis après le traitement du *jhankri* (MELIA & MUMFORD, 1987).

Dans son étude de cas, PETERS (1988) interprète les actes d'automutilation d'un patient, et ceux qu'il retrouve dans la littérature sur la possession, comme des aspects renvoyant aux états limites. Il estime que ces actes ont des implications symboliques condensées : réactions

sexuelles agressives, manipulatrices, traumatiques, précœdipiennes, œdipiennes, etc. Selon l'auteur, le patient n'est pas conscient de ces motifs latents : il s'agit de symboles de l'inconscient par excellence. Le patient serait conscient de ses épisodes de sortie de soi-même et de ses actes mais pas de leur signification. Une fois que le mauvais objet est introjecté il gagne l'ascendant, il est irrésistible pour le sujet, il surmonte la réalité, renverse *l'ego* et semble avoir une volonté propre (PETERS, 1988).

ETKUKO affirme que la possession d'esprit et son traitement au Japon évoquent une dialectique entre l'ancêtre et le descendant, le mort et la vie, le passé et le présent, la régression et l'élaboration (ETSUKO, 1991).

Le résultat de l'étude de MULL, (1991) sur les représentations traditionnelles du *marasmus* et de la malnutrition au Pakistan, montre que la condition de malnutrition n'est ni reconnue ni soignée. En effet, elle est traditionnellement considérée comme *moorduslp* et associée à la possession d'esprit et à la peur, plutôt qu'à la dénutrition. L'agent qui amène la maladie est un *Soja* (l'ombre, l'influence), il rend la personne, touchée par la maladie, impure et susceptible de contaminer les autres, car une telle personne est, en fin de compte, considérée comme liée au monde des esprits (MULL, 1991).

L'étude de KUA et. al (1993) sur la possession des esprits chez les patients psychiatriques chinois montre que la détresse psychologique est communiquée à travers le langage somatique. La possession serait donc un complexe de signes, culturellement caractérisés, traduisant des troubles psychiques cachés. Selon ces auteurs, pendant une transe, les comportements stéréotypés relâchent des impulsions réprimées et des sentiments d'agressivité; la catharsis soulage l'anxiété et la tension. S'adresser au guérisseur traditionnel évite le stigmate qui en revanche est associé à la prise en charge psychiatrique. Comme dans la médecine moderne, l'espoir et l'alliance thérapeutique entre le patient et le médecin sont des éléments essentiels dans le traitement (E. H. KUA, CHEW, & KO, 1993).

TANTAM (1993) focalise son analyse de la *possession* à Zanzibar, autour des similitudes et des différences entre la psychothérapie et la thérapie traditionnelle de l'exorcisme. Les résultats montrent que les deux sont efficaces, on retrouve des objets qui témoignent de la formation et de l'expérience du thérapeute dans les deux cadres. Dans les deux thérapies, l'auteur retrouve une ritualité, un schéma répété des gestes, des postures symboliques et des phases de la thérapie, avec une intense relation émotionnelle entre le patient et le thérapeute. TANTAM reconnaît ainsi trois phases de la relation thérapeutique : association, identification, différenciation. Les deux thérapies ont un objectif commun : prendre des sentiments

antisociaux et perturbateurs, comme l'agressivité, et les transformer en des éléments de cohésion sociale. Les deux thérapeutes stimulent une forte intensité émotionnelle et ils attribuent une grande importance à la catharsis. Au niveau des différences comparées entre les deux cadres thérapeutiques : dans l'exorcisme, le groupe est beaucoup plus nombreux, il n'y a pas de porte pour fermer le cadre rituel, et la musique et la danse jouent un rôle très important. Aussi, le groupe est amené après le diagnostic. Par rapport au cadre théorique, l'exorcisme focalise son attention sur l'esprit, et pas du tout sur le patient ni sur son vécu ou sa personnalité, cela détermine la place que le patient a pendant la thérapie. La maladie est vue comme un accident. Seulement une partie du rituel d'exorcisme est adressée au patient, le reste du temps le thérapeute s'adresse au groupe comme représentation de la communauté (TANTAM, 1993).

Dans son étude sur les patients des églises libres charismatiques qui souffrent de troubles d'anxiété et de schizophrénie, PFEIFER (1994) a rapporté le taux le plus haut de rituels d'exorcisme. Bien que beaucoup de patients aient subjectivement éprouvé les rituels comme positifs, le résultat sur le plan de la symptomatologie psychiatrique n'a pas été amélioré. Le résultat négatif, comme la décompensation psychotique, est associé à l'exclusion de traitement médical et aux formes coercitives d'exorcisme. L'exploration de la croyance des patients en des forces démoniaques a montré principalement un désir d'expliquer leur symptomatologie à l'aide de leurs valeurs sous-culturelles religieuses. Ainsi les patients avec schizophrénie expliquaient fréquemment les hallucinations auditives ou les illusions d'influence comme le travail de forces démoniaques. Le décalage, entre l'idéal émotionnel apporté par la participation religieuse et par contraste le manque de joie de la dépression, est interprété comme un signe de l'influence démoniaque (PFEIFER, 1994).

Dans son article SHARP (1994) étudie l'efficacité de traitements psychiatriques à Madagascar en explorant comment les psychiatres conceptualisent les expériences de leurs patients. Il considère comme centrale la notion de pouvoir dans le processus de restructuration de l'identité du patient, qui s'accomplit par un remaniement de l'ordre symbolique. Ceci est particulièrement évident dans le style d'interactions qui se produisent pendant les sessions d'exorcisme. Ainsi, l'exorciste et le patient assument des positions dominantes ou soumises. À Madagascar, on fait appel aux psychiatres pour traiter les mêmes problèmes que les exorcistes : la folie et la *possession*. Contrairement aux exorcistes, les psychiatres cependant, échouent à intégrer l'utilisation des techniques de guérison malgaches. Selon le chercheur, les limites des soignants occidentaux c'est de ne pas reconnaître la possession comme une catégorie valable

de l'expérience, autrement dit, ils ne reconnaissent pas les expériences des patients comme légitimes mais les considèrent comme une forme, ou un symptôme de la folie. En conséquence, la thérapie qu'ils offrent a moins de succès notamment car elle est façonnée par un modèle appartenant à un milieu culturel qui diffère de celui de beaucoup de leurs patients (SHARP, 1994).

Dans son article sur la possession et la dissociation en Asie, CASTILLO (1994) affirme que la *possession* (morbide) des esprits dans le Sud Est de l'Inde a une étiologie comparable au *trouble de personnalités multiples* en Amérique du Nord. Il s'agit, pour l'auteur, de maladies psycho-culturellement différentes mais qui à la base ont le même processus pathologique. Ainsi, à travers la relecture du cas clinique d'une patiente nommée *Daya*, issu de la littérature scientifique, CASTILLO démontre que ce cas de possession peut être interprété comme un cas de dissociation : la deuxième personnalité de *Daya* (son amie morte suicidée) résulterait chez *Daya* d'un clivage de la conscience. La peur de la sexualité associée au souvenir traumatisant de la mort de deux amies (qui ont été punies pour avoir eu des relations sexuelles hors mariage) s'active au moment de ses premières relations sexuelles après son mariage. Le moyen de fuir de cette situation trop conflictuelle s'exprime à travers un comportement dissociatif culturellement codé : la possession. Face à une charge émotionnelle insupportable, *Daya* tombe inconsciente et son moi se divise. Ainsi, pour CASTILLO, la dissociation s'exprime selon des formes culturellement codées, et serait causée par la cruauté des parents durant l'enfance puis, dans un *après coup*, déclenchée par les violences physiques subies à l'âge adulte (CASTILLO, 1994).

Le cas d'étude, examiné par MAGEO (1996), met en lumière la façon dont les habitants des Samoa ont réinventé les traditions : pas naïvement, comme le suggère la littérature sur la réinvention culturelle, mais comme étant un processus partiellement auto-conscient. Les individus possédés, en effet, peuvent être assaillis par des dilemmes moraux historiques qui portent sur eux personnellement; leurs afflictions peuvent être analysées comme des tentatives créatives pour contribuer à la compréhension collective de ces dilemmes. Selon Mageo, les esprits possédants qui habitent l'esprit de la patiente sont des restes d'une problématisation coloniale notamment autour des questions de sexe et de genre. Le guérisseur local pendant le traitement parvient à mettre en trame une confrontation historique coloniale qui s'exprime à travers les voix des esprits. L'analyse du cas clinique met en évidence de nombreux aspects liés à l'histoire coloniale qui sont ainsi schématisés par l'auteur :

- 1) les voix qui s'expriment pendant la possession sont souvent des personnages de l'époque coloniale;
- 2) les problèmes subis par les individus possédés peuvent être de nature historique;
- 3) à travers la possession et son traitement, les individus peuvent chercher à résoudre ces problèmes historiques culturels, en exposant les contradictions entre l'éthique et l'identité culturelle;
- 4) la possession, et son traitement, peuvent constituer une forme de commentaire sur ces contradictions morales-historiques;
- 5) la possession, et son traitement, sont des formes puissantes de praxis historique (MAGEO, 1996).

SCHIEFFELIN (1996) étudie les processus culturels et historiques impliqués dans l'émergence de la Maladie de *l'Esprit du Mal*, une forme de dérangement mental ou comportemental, qui est apparue chez les *Bosavi* de Papouasie-Nouvelle-Guinée pendant une période d'intense évangélisation chrétienne et d'excitation religieuse. Selon le chercheur, les exorcismes de *l'Esprit du Mal* (*Evil Spirit*) répondent à une motivation idéologique et politique et, lorsqu'ils ont été réalisés avec succès, sont richement productifs en terme de «gains sociaux». De telles performances d'exorcisme vont dans la direction de l'intérêt chrétien. Du point de vue des processus psychologiques, aucune pathologie n'a servi de base à cette forme de possession. Dans les cas cliniques étudiés, leurs symptômes semblent les plus semblables aux dissociations *non pathologiques* ou à *l'hystérie de masse*. Dans le contexte du christianisme *papoui*, la Maladie de *l'Esprit du Mal* représente une façon de résoudre des situations de dilemme moral et social stressants. La maladie, selon SCHIEFFELIN, n'est jamais la création d'individus, mais toujours une émergence de l'interaction sociale. Puisque la maladie de possession était la révélation d'un conflit spirituel intersubjectif et interrelationnel, l'élément critique dans la résolution de cet épisode n'était pas l'exorcisme, mais la confession du patient à son pasteur (devant la foule des spectateurs). À cet effet, la possession donnerait l'opportunité de bénéficier des attentions et de la prise en charge de la part de toute la communauté (SCHIEFFELIN, 1996).

Selon WITZTUM (1996), la croyance en la possession par des esprits *Zar* est un des phénomènes de possession les plus communs en Afrique et dans d'autres continents. La possession par le *Zar* est exprimée par une vaste gamme de comportements, tels les mouvements involontaires (qui ressemblent souvent aux symptômes et aux convulsions de

l'épilepsie), le mutisme et la glossolalie. De tels comportements peuvent être interprétés, à tort, comme la manifestation de symptômes de troubles neurologiques ou psychiatriques. Une telle interprétation erronée a mené à des admissions psychiatriques inopportunes et à des diagnostics infondés de troubles psychiatriques majeurs (WITZTUM et al., 1996).

SATOH et al. définissent l'état de possession comme un symptôme majeur de la *psychose médiumnistique* ou *psychose mystique*. Il en existerait deux types distincts : la forme somnambule et la forme lucide ou obsessionnelle. La possession est, selon les auteurs, le résultat d'une combinaison de croyances locales, qui expliquent des événements normaux comme résultant d'influences surnaturelles, et de phénomènes de manipulations de l'esprit des sujets (SATOH et al., 1996).

Dans leur recherche sur la possession démoniaque à Rome, FERRACUTI et al. (1996), utilisent les tests psychométriques pour évaluer le diagnostic de *trouble dissociatif de l'identité* pour des personnes qui ont eu recours à des exorcismes pour se soigner d'une supposée possession diabolique. Le diagnostic de *trouble dissociatif de l'identité* est très rarement posé en Italie. Selon les résultats, les personnes qui ont une expérience de possession diabolique présentent de sévères troubles de dissociation du Moi et, par conséquent, une capacité très limitée de stratégies d'intégration, et une forte prédominance de stratégies de type extratensif. Il y aurait, en effet, une utilisation de la dissociation extrême avec des finalités régénératives pour le dépassement d'une intense culpabilité et en accord avec le contexte culturel. La plus grande part des participants présente des éléments cliniques du *trouble dissociatif de l'identité* (score 9.3, SD=.13). Les caractéristiques borderline sont peu présentes. Tous nient avoir eu des violences sexuelles dans l'enfance. Seul un participant a déclaré avoir vécu un abus sexuel dans l'enfance pendant l'état de transe, mais il l'a nié lorsque la question lui a été posée pendant l'entretien. Présence très limitée du trauma. Selon les résultats du Rorschach, la plupart des participants présentent des symptômes de dépression (FERRACUTI, SACCO, & LAZZARI, 1996).

L'article de BOSE essaye d'illustrer les complexités impliquées par le diagnostic psychiatrique et le traitement culturel de la souffrance mentale dans une société multiculturelle. Les comportements perturbés associés à la possession (*Upri dosh*) impliquent fréquemment les services psychiatriques, toutefois il n'y a pas d'avantages ici pour l'auteur de la considérer comme un syndrome lié à la culture, telle qu'elle est décrite dans les anciens livres de la psychiatrie. Au contraire, l'importance d'analyser ces cas en lien avec l'étiologie traditionnelle de l'*Upri dosh* réside dans la nécessité de comprendre la fonction de ce modèle indigène, qui

est étroitement liée au concept de protection de la culture, de soi, de la causalité, des préoccupations quotidiennes et des notions de normalité et de déviance.

La prévalence mondiale des idiomes de détresse qui ne correspondent pas aux catégories psychiatriques témoignerait, donc, des limites de la validité universelle des catégories de la psychiatrie occidentale et soulève des questions sur la spécificité culturelle de la psychiatrie.

La souffrance mentale doit, en effet, être comprise dans ses propres termes et dans le contexte de la relation entre les minorités ethniques et la culture occidentale dont les valeurs et les intérêts sont intégrés à la psychiatrie. Pour les minorités ethniques, cette approche est essentielle si la psychiatrie ne veut pas être une institution sociale qui nie le monde vivant de leur culture et ignore la réalité sociale de leur vie.

Les psychiatres qui voient ces adolescents, sont souvent impressionnés par la nature florissante de la présentation symptomatique. Ils utilisent fréquemment la catégorie des psychoses majeures, généralement une psychose affective conduisant à la schizophrénie, alors qu'il serait peut-être plus utile, pour BOSE, de les appeler *désordres émotionnels* (BOSE, 1997).

Dans son article sur la possession, l'exorcisme et le traitement d'un patient bédouin en Israël, AL-KRENAWI (1997) tâche de démontrer que les modèles thérapeutiques modernes et traditionnels peuvent être utilisés en parallèle avec succès. Pour lui, il est à la fois possible et cliniquement bénéfique pour un praticien moderne d'être impliqué dans les deux systèmes et de constituer une passerelle entre eux. Le patient, dans la présente étude, a été guéri avec l'action combinée de la psychothérapie et des rituels derviches, qui ont été introduits dans le cadre thérapeutique. La colère que le patient a ressentie envers sa famille, et notamment son père et sa mère, a surgi pendant une période stressante de chômage et de difficultés économiques. Elle a éclaté avec une intensité qui était étrangère au caractère du patient. Cet excès est en outre étranger aux normes culturelles en vigueur prônant un respect maternel sans concession.

Dans ce contexte, le patient a développé une condition psychiatrique nécessitant un traitement, et il a présenté des symptômes qui ont été incorporés dans un récit culturellement construit. Le travailleur social est parvenu à construire avec succès une alliance thérapeutique avec le patient et, en plus des techniques de la restructuration cognitive et du jeu de rôle, cela lui a permis de commencer à comprendre l'importance des *images de démon* et de chercher à résoudre les sentiments de culpabilité qu'il nourrissait envers sa mère. La cinquième session, ayant lieu volontairement dans la maison du patient, en présence du guérisseur traditionnel, a

permis de résoudre le problème précipitant et l'expression de sentiments tels que la réconciliation. L'analyse du cas clinique démontre combien il est important de connaître les patients et leurs antécédents, en particulier leurs racines ethniques, religieuses et culturelles. Il est important de discerner leur vision du monde, notamment dans le cas d'étiologies traditionnelles de possession, et de considérer comment les formes du symptôme, les hallucinations notamment, sont inextricablement liées à leur contenu subjectif et culturel (AL-KRENAWI & GRAHAM, 1997).

Selon MCCARTY (1997), le terme *diabolique* incarnerait l'expérience frustrante et angoissante de la perte d'identité qui est vécue par le patient comme une possession, et comme le contrôle exercé par le diable. Ceci est également exprimé par des réactions psychotiques transférentielles qui font ressentir l'analyste comme un agent persécuteur du diable. Les troubles psychiques associés à l'hallucination répétée de figures sataniques comporteraient des stratégies d'adaptation pathologiques et complexes qui ont été reproduites dans la relation thérapeutique.

Le contrôle démoniaque impliquerait une forme psychotique de désintégration caractérisée par une fixation délirante. Ce terme restitue les profils d'auto-fragmentation, de morcellement de l'identité et d'angoisse de séparation chez une personne gravement perturbée, qui se traduisent dans une fusion avec des figures démoniaques intrusives. Selon FREUD, les démons représentent, en effet des désirs et des pulsions anarchiques réprimés.

Chez les patients borderline et schizophrènes, qui ressentent une influence intense de la part de «forces cosmiques» et qui sentent des présences sataniques, les angoisses primitives se manifestent à travers des idées délirantes qui diabolisent l'autre. Les sensations d'être possédé et dominé par le diable correspondent à des projections de fusion et, en même temps, d'angoisse de perte de l'identité qui s'expriment à travers une externalisation de la rage et le déni d'un profond et angoissant sentiment d'impuissance (MCCARTHY, 1997).

Selon HODES (1997), pour fournir les soins adéquats au grand nombre d'Éthiopiens qui résident en Israël comme réfugiés, immigrants, ou étudiants, les médecins doivent comprendre les croyances de ces derniers autour de la santé et les logiques qui dictent leurs thérapies. Les résultats montrent que les Éthiopiens croient généralement que la maladie mentale est causée par de mauvais esprits et qu'elle devrait être traitée avec de l'eau bénite et des rituels d'exorcisme. Selon cette étude, les Éthiopiens regroupent une variété de symptômes psychiatriques et de troubles physiques par le terme *Zar* (esprit). Parmi les Juifs Éthiopiens référés à un centre de santé mentale à Netanya, Israël, 14% ont attribué le problème à *Zar*. En

Israël, en utilisant une stratégie sensible à la culture, les médecins adressent les patients affectés par le *zar* aux guérisseurs traditionnels. Les autres croyances incluent l'épilepsie dans les troubles causés par les mauvais esprits. Ceux-ci pénétrant le patient soit par contagion directe (contact par la peau), soit par contamination indirecte (contact avec une personne malade). Le traitement se ferait en faisant respirer au patient de la fumée d'allumettes (HODES, 1997).

Dans la population étudiée par PAL (1997), selon une perspective de psychiatrie médico-légale, les troubles mentaux sévères, comme la schizophrénie, se sont avérés être la cause la plus commune d'actes graves de violence tels que l'homicide. Les syndromes liés à la culture, tels que le *Syndrome d'Amok* et le *Syndrome de Possession d'Esprit*, sont également une des causes principales des comportements violents observés en Papouasie Nouvelle Guinée. Pour l'auteur, une étude plus complète de la relation entre la responsabilité criminelle et les facteurs culturels associés aux comportements violents, semble indispensable (PAL, 1997).

GAW et al. (1998) affirment que les questions autour de la possession sont extrêmement complexes en raison de ses variations transculturelles. Toutefois, appliquer l'étiquette de diagnostic culturel à cette maladie amènerait avec soi le risque de mal interpréter le trouble comme une simple dérive culturelle, alors qu'elle résulte de la combinaison de plusieurs facteurs. L'article se focalise sur l'analyse des caractéristiques cliniques de la possession en Chine en se posant les questions suivantes : quel est le point commun autour de la possession dans des représentations culturelles si différentes ? Comment les membres de différentes cultures apportent des réponses au phénomène de possession ? Selon les auteurs, il est particulièrement important d'examiner les personnes dont l'expérience de possession est dysphorique et perturbatrice, par rapport à leur fonctionnement social et professionnel et, ensuite de croiser les données cliniques et socio-anthropologiques. L'évolution typique de la maladie serait ainsi structurée : un épisode initial de possession – l'aggravation – une phase chronique. Les conclusions préliminaires indiquent que ce type de désordres est un syndrome avec des caractéristiques cliniques distinctes qui coïncident le plus étroitement avec le diagnostic du DSM-IV de désordre de transe dissociatif, dans la catégorie de désordre dissociatif pas autrement indiqué (GAW, DING, LEVINE, & GAW, 1998).

MARTINEZ-TABOAS (1999), dans la description de la thérapie réalisée avec un patient adepte de la *santeria*, déduit que ses états de possession étaient *égo-dystoniques*, (dissonants par rapport aux besoins et aux objectifs de l'*égo*) ; les symptômes et les caractéristiques de son désordre étaient étrangers à l'*égo* et en conflit avec l'image idéale de patient. La possession, et

notamment la glossolalie, sont ici analysées comme le principal *idiome de détresse*¹². Par cet idiome, il a pu exprimer son ressentiment et son angoisse envers le manque d'intérêt sexuel de la part de sa femme, son conflit interne provoqué par l'abandon par la femme qu'il avait aimée le plus dans sa vie et son ressentiment et sa méfiance envers les gens en général, et, particulièrement, envers ses parents qui l'avaient traité avec une froideur émotionnelle extrême pendant toute son enfance (MARTINEZ-TOBOAS, 1999).

Selon PFEIFER, les croyances en la possession, ou l'influence démoniaque, ne se limitent pas aux troubles délirants et ne doivent pas être qualifiées d'hallucinations. Elles doivent plutôt, être interprétées dans le contexte culturel et religieux spécifique du patient qui fournit des modèles causaux de la détresse mentale pour l'individu. Selon les résultats de cette étude menée en Suisse sur 343 patients psychiatriques, la croyance en l'oppression démoniaque tend à être associée à un faible niveau d'éducation et à la provenance de zones rurales. La croyance en la possession est aussi fortement corrélée à l'appartenance à l'église. Ainsi, sur les 343 patients, 129 patients croyaient que le diable était la cause de leur maladie. Cette étiologie de la possession diabolique a été retrouvée chez tous les patients toutes pathologies confondues (PFEIFER, 1999).

Dans leurs articles sur la relation entre l'épilepsie et le système religieux du *vaudou*, CARRAZANA et al., (1999) rappellent comment les attaques épileptiques ont été historiquement associées avec les phénomènes religieux et principalement avec la possession par un esprit. Les personnes souffrant d'épilepsie, interviewées par les chercheurs, ont souvent expliqué leurs attaques comme des expériences religieuses, particulièrement les sensations de dépersonnalisation et de déréalisation. Selon les auteurs, les symptômes qui accompagnent les décharges épileptogènes dans le lobe temporal sont le terrain fertile pour des interprétations mystiques car, dans ce sens, l'expérience est semblable à une attaque de possession dans laquelle le patient n'a aucun contrôle sur soi, sur son corps, sur son temps ou sur ses expressions. La dépersonnalisation, la déréalisation et la conscience double de l'épilepsie sont également décrites dans les crises mystiques et les conversions religieuses. D'autres caractéristiques communes aux deux phénomènes sont : la soudaineté, la profondeur, le manque de contrôle et les changements de perception arrivant pendant les crises, l'autoscopie ou la sensation de quitter son corps et de le voir d'en haut, peuvent aussi être affiliées aux expériences religieuses. En conclusion, les auteurs affirment que la confusion entre possession et crise épileptique peut défavorablement affecter la prise en charge clinique.

12 Le concept d'*idiome de détresse* souligne comment l'expression de la souffrance est à considérer comme un moyen de communication selon une structure construite et culturellement héritée.

En plus de constituer une source importante d'anxiété, elle peut conduire à une errance thérapeutique pour le patient, avec pour effet de retarder le diagnostic et le traitement appropriés (CARRAZANA et al, 1999).

L'étude de AL-KRENAWI et GRAHAM (1997), réalisée en Israël se penche sur un échantillon de patients bédouins-arabes pris en charge en psychiatrie. L'objectif de l'étude consiste à observer de quelle façon ces patients expliquent leurs symptômes. Tous les patients, indépendamment de leur genre, de leur niveau de scolarisation, de leur classe sociale et de leur diagnostic, ont perçu leurs symptômes comme étant causés par une puissance surnaturelle : la volonté de Dieu, les mauvais esprits, ou la sorcellerie. Aucun d'entre eux n'a fait usage des étiquettes médicales conventionnelles pour situer son expérience ou expliquer l'origine des troubles sur un plan personnel. Leurs familles, qui ont été impliquées dans leur traitement, partagent leurs perceptions. Il y avait cependant, des différences de genre, quant à la nature et aux comportements de ces pouvoirs surnaturels. Les hommes ont expliqué que leurs symptômes étaient causés par la volonté de Dieu, directement par Lui, ou indirectement par les mauvais esprits. Dans ces deux cas, les comportements humains n'étaient pas concernés par l'explication de la maladie pour les patients hommes. À l'inverse, 97 % des patients femmes ont expliqué leurs symptômes comme la conséquence d'actes de sorcellerie, un phénomène qui intègre le comportement humain et les pouvoirs surnaturels (AL-KRENAWI & GRAHAM, 1997).

Dans le DSM-IV, la consommation d'alcool est un critère d'exclusion dans le diagnostic du trouble dissociatif de type transe et possession. Cependant, l'étude de BENG-YEONG NG (2000) sur les caractéristiques des états de transe dans trois communautés ethniques différentes (chinoise, malaise et indienne) à Singapour met en évidence que les liens entre la transe et la consommation d'alcool sont complexes. Tout d'abord, l'auteur rappelle que l'alcool et d'autres drogues sont parfois utilisés pour faciliter l'obtention d'états de conscience altérés. L'utilisation d'alcool peut déclencher plus d'agressions au cours des états de transe en raison de son effet désinhibiteur. Deuxièmement, la consommation d'alcool dans un état de transe peut également être compatible avec l'identité des esprits incorporés. Troisièmement, la consommation d'alcool peut devenir une source de conflit. Étant donné que c'est un tabou pour les musulmans de boire de l'alcool, certains ressentent de la culpabilité après avoir enfreint cet impératif culturel. Une autre découverte potentiellement importante de cette étude est que les divinités, qui représentent l'agent possesseur ou l'identité incarnée dans le sujet possédé, sont toujours des divinités mineures (dans le panthéon hindou) et en bas de la

hiérarchie des dieux chinois. Les implications cliniques d'une telle compréhension sont doubles, tout d'abord, car on peut s'en servir pour distinguer une croyance culturelle d'un délire. Par exemple, si un patient se plaint d'être possédé par les divinités supérieures, il est susceptible d'être dans un délire, car une telle croyance ne correspond pas à son origine socioculturelle et n'est pas habituellement acceptée par d'autres membres de la culture ou de la sous-culture de cette personne. Deuxièmement, l'observation peut être utilisée pour mettre en place une nouvelle intervention thérapeutique. Pour les personnes touchées par des attaques répétées de possession, il est potentiellement utile de leur conseiller de prier une divinité plus haute dans le panthéon pour obtenir son aide afin de prévenir les états de transe. Alternativement, elles peuvent faire appel à des divinités supérieures pour exercer une pression sur les divinités inférieures pour faire cesser la possession de leur corps. Une telle intervention est culturellement sensible et le résultat est susceptible d'être positif. Dans certains cas, l'identité incarnée est celle d'un parent décédé. Commun dans les premiers stades du deuil selon ZISOOK, 1987, la conscience de la présence du défunt peut être considérée comme une tentative d'atténuer le sentiment de perte. Au cours de l'attaque, le patient est dominé par un parent décédé qui tente de communiquer avec d'autres membres de la famille par l'intermédiaire du patient. Le contenu de l'attaque exprime parfois des problèmes familiaux clés, et peut servir à la fonction d'adaptation, en manipulant les relations interpersonnelles et d'autres aspects de l'environnement social, qui sont souvent associés à la discorde familiale (NG, 2000).

L'étude de MESTRE (2000) sur un médecin et guérisseur malgache, Apollinaire, affirme que « les médecins peuvent être aussi des médiateurs et des passeurs entre les différents discours et pratiques sur la maladie, même si, à l'inverse, d'autres revendiquent le pur savoir médical, quand bien même ils se heurtent quotidiennement à des situations, pour lesquelles leurs études sont impuissantes à fournir des références (...) quand les deux savoirs sont mis au service de deux niveaux d'efficacité qui ne s'excluent pas, ils sont cohérents : ainsi, si une maladie est le résultat d'un acte de sorcellerie, Apollinaire peut prétendre agir sur l'organisme de la personne atteinte, et sur l'action persécutrice, pour un meilleur résultat global, la disparition du mal. Mais, si une maladie est un signe d'élection, selon une logique magico-religieuse, elle entre en contradiction avec le discours biomédical qui prétend la faire disparaître. » (MESTRE, 2000).

L'étude de FIELOUX et LOMBARD (2000) met en évidence la possession comme forme d'élection.

Selon les auteurs :

la désignation de l'élú s'opère de manière progressive et de plus en plus affirmée, sachant que certains troubles somatiques récurrents, qui restent inexplicables et qui se révèlent incurables par les moyens habituels, certains rêves, des conduites sociales jugées déviantes, une série de malheurs, d'afflictions, qui apparaissent comme autant de signaux envoyés de l'au-delà pour signifier quelque chose aux vivants, peuvent concourir à isoler un être comme étant « doué » pour la possession. Il faut souvent remonter le plus loin possible dans la vie de l'intéressé, en faisant appel aux souvenirs de famille, pour repérer les signes de l'élection ou les formes d'appel (BASTIDE 1972) qui ont jalonné ses différents âges, la naissance, le sevrage, la petite enfance, la puberté, etc. Les formes d'appel varient donc selon l'âge de l'élú pour gagner en intensité et en prégnance. À l'adolescence, il devient plus insistant, les signes se diversifient, les troubles s'aggravent si bien qu'on cherche à « l'amadouer », pour qu'il « s'écarte » le temps que l'élú affirme sa maturité. (...) À l'âge adulte, celui du mariage et de la première grossesse, l'esprit se montre généralement de plus en plus agressif, dominateur, dangereux, et engage alors avec l'élú qui se dit « aimé avec excès », « ligoté », « attaché », un véritable combat, vécu de manière souvent dramatique et douloureuse. (...) Au bout du compte, la lutte s'achève lorsque l'élú a épuisé ses forces, atteint ses limites. (...) comme si la lutte devait s'achever par une mort symbolique, qui apporte avec elle une nouvelle identité sociale. De manière générale, les *tromba* associent cet état liminaire à une intense douleur ressentie au niveau du *vavafo*, du plexus, là où se tient l'esprit. On observe une corrélation entre l'éclosion de la sexualité adulte, la naissance d'une personnalité sociale et affective et l'acquisition progressive du statut de possédé (FIELOUX & LOMBARD, 2000).

STEPHEN et SURYANI (2000) conduisent une étude sur la différence entre la maladie initiatique, associée aux esprits, et la psychose en forgeant le concept d'«*autonomous imagination*» (imagination autonome) comme un cadre pour les interprétations transculturelles des expériences telles que les rêves, les visions éveillées, la transe, la possession d'esprit, la médiumnité et les états chamaniques et méditatifs.

Le concept d'*autonomous imagination* suggère également que la clé pour devenir un *balian* (guérisseur) ne dépend pas de la *folie* initiale, mais de l'acquisition du contrôle de ce mode spécial d'imagerie, d'action à travers les images et les pensées. Ils suggèrent également que la question de la ressemblance superficielle entre les souffrances initiatiques avec la schizophrénie et la nature dramatique/spectaculaire des souffrances initiatiques, a donné une prééminence trompeuse au rôle de la folie initiatique dans le chamanisme (STEPHEN & SURYANI, 2000).

ELMORE (2000) affirme que les symptômes dissociatifs peuvent se retrouver chez des individus normaux en situation de fort stress. Ils sont définis, en accord avec la littérature scientifique, de la façon suivante : dysfonctionnements de la conscience, de la mémoire et de la perception de l'environnement associés à la présence de deux ou plusieurs identités ou

«états de personnalité» distincts : transe et transe de type possession en présence de mouvements stéréotypés et amnésie dissociative + le trouble dissociatif de l'identité (auparavant appelé personnalité multiple) qui est caractérisé par la présence de deux ou plusieurs identités ou « états de personnalité » distincts qui prennent tour à tour contrôle du comportement du sujet, s'accompagnant d'une incapacité à évoquer des souvenirs personnels. Fréquence de comorbidités avec la schizophrénie, PTSD, toxicomanie, trouble de la personnalité, cas d'état limite, troubles schizo-affectifs, troubles bipolaires. Hallucinations auditives dissociatives (voix dans la tête). L'auteur met en œuvre un modèle d'intervention qui peut être appliqué aux soins primaires en cas de symptômes dissociatifs : *SELF – Education of the family (Education de la famille)-Learning new skills* (apprentissage des nouvelles connaissances) et *Follow-up* (suivi).

L'étude de TOLEDO et al. (2001) à Haïti montre de quelle façon la gravité des blessures thermiques, chez les patients qui tombent dans le feu pendant une crise d'épilepsie, est en partie déterminée par la peur de la contagion vécue par les proches. Dans ces contextes, certains individus pourraient abhorrer l'idée d'un contact avec un individu en crise d'épilepsie, car ils ont peur de la contagion ou d'attirer la colère des esprits sur eux-mêmes (DETOLEDO, GILULA, & LOWE, 2001).

Dans sa recherche sur la relation problématique entre le diagnostic d'hystérie et les représentations locales de la possession des esprits *tromba* dans un hôpital de Madagascar, MESTRE (2001) démontre qu'à l'hôpital de Toamasina, l'hystérie est utilisée comme une « traduction de l'état de possession ». Pour cela elle a, ainsi, une fonction instrumentale calmante et de contention, elle permet d'évacuer deux types de discours incongrus et non légitimes dans le contexte hospitalier, celui de la possession et du conflit social.

Les médecins, le plus souvent, ne partageant pas les représentations populaires de leur patientes, convertissent leurs symptômes en désordre mental, leur enlevant ainsi toute autre forme de légitimité et de pouvoir et les réduisant au silence. (...) Le corps de la possédée provoque ainsi une intrusion dans l'univers hospitalier, car lourd de représentations que soignants et soignés appartenant à la même culture partagent, mais sont impuissants à maîtriser. Le terme *tromba* prononcé par l'infirmière en chef comme un cri de guerre induit aussitôt une stratégie de défense contre cette effraction : l'ordre est rétabli par l'hystérie, et ce diagnostic n'a pas ici pour finalité la meilleure compréhension d'un trouble psychologique, mais l'éradication violente d'un symptôme provocateur de désordre. (...) Le passage du *tromba* à l'hystérie n'est pas fait dans un souci de compréhension, mais dans une volonté d'exclure ce que le corps en transe porte d'implicite et d'intolérable pour l'hôpital, et dans un désir de domination d'un corps, jugé obscène. (...) La possédée condense dans son corps en transe les figures d'opposition, de force et de sexualité secrètement débridée qui menacent les ordres établis familiaux et institutionnels.

Dans son récit, le frère aîné témoigne d'ailleurs de la force d'opposition considérable que mobilise la transe de la possession, quand il avoue que la famille a cédé aux exigences matrimoniales de la jeune femme, par crainte de la poursuite des « crises ». (MESTRE, 2001)

BIDOUNGA, étudie, à travers une statuette en bois gardée dans les collections du musée de Kinkala (République du Congo) dont il fut le conservateur à la fin des années 70, le rituel du *Kinguizila* qu'il a lui-même observé, dans le village de ses parents, situé dans la région du Pool. Ce rituel, qui a duré une année, a permis la guérison de sa propre mère et de ses trois tantes malades (fièvres surnoisées, folie, stérilité, fausses couches). La sorcellerie et la magie ont occupé de tout temps une place importante dans l'imaginaire social des Kongo. L'auteur montre comment la croyance dans les sorciers *ndoki* repose sur le fait que la maladie et la mort sont provoquées soit par un esprit irrité (ancêtre ou génie) soit par l'action malveillante d'un humain (sorcier) (BIDOUNGA, 2001).

L'étude de MATTOO et al. (2002) montre l'importance pour une compréhension adéquate de l'hystérie collective au sein de la même famille, de prendre bien en compte son contexte social et religieux pour éviter des erreurs de diagnostic et de prise en charge. En effet, la gestion médicale du trouble, diagnostiqué comme trouble bipolaire, chez les membres affectés n'a pas résolu le « phénomène de contagion » chez d'autres. Au contraire, une prise en charge attentive à la gestion psychosociale et le non-rejet du système de croyance de la famille, qui se croit possédée par une divinité, ont permis un traitement régulier des membres atteints de troubles bipolaires. Il est possible que le contrôle de la maladie affective chez deux membres de la famille ait contribué à diminuer le fardeau de la maladie partagé et, éventuellement, à atténuer l'hystérie familiale. Selon les auteurs, bien qu'aucune mesure thérapeutique spécifique ne soit mentionnée dans la littérature, la guérison sociale et la guérison « médicale » sont considérées comme essentielles pour gérer l'hystérie de masse (MATTOO, GUPTA, LOBANA, & BEDI, 2002).

MOUSTACHE s'interroge sur les problématiques autour du diagnostic pour certaines psychopathologies, notamment l'hystérie, en Guadeloupe. Il affirme que « la véritable hystérie de conversion comporte, tout comme les syndromes de possession rituelle, une alternance plus ou moins perceptible, selon le cas, entre un corps contenu et un corps agité, un corps *tétanisé* et un corps *épilepsié* (NATHAN 1986) et une prédominance du féminin. (...) S'il y a des similitudes entre *possession et théâtralisme*, elles ne doivent pas faire oublier qu'aux yeux du public, aucun possédé n'est véritablement un acteur. Il ne joue pas un personnage, il est un personnage pour toute la durée de la transe. (...) À la différence de l'hystérie qui révèle les

angoisses et les désirs subjectifs au moyen d'un symptôme le mode d'expression personnel, la possession rituelle doit se conformer à l'image classique d'un personnage mythique ou religieux selon le mode d'expression sociale. Certes, du temps de Charcot les hystériques qui, se croyaient la proie du démon, puisaient également les éléments de leur personnalité dans le folklore de leur milieu, mais ils subissaient aussi une suggestion qui n'est pas entièrement comparable à celle des possédés, rencontrés dans les sociétés caribéennes (MOUSTACHE, 2002).

La transe et les symptômes de possession, en lien avec des expériences religieuses et mystiques, sont fréquents chez les patients indiens. La possession, qui est généralement conceptualisée sous la rubrique des troubles dissociatifs, peut être présente dans une grande variété de conditions cliniques. Selon l'étude de Basu et al. la transe et le syndrome de possession sont corrélées avec le système nerveux central. Ils reportent un cas clinique où ce phénomène est en relation avec des lésions dans les ganglions de la base du cerveau et dans le lobe frontal et le lobe pariétal. Cette étude de cas prouve que les cas de lésions neurologiques brutes peuvent se manifester comme un syndrome culturellement déterminé. Néanmoins les épisodes de comportements anormaux dans lesquels le patient prétendrait être, et agir comme une autre personnalité, restent difficiles à expliquer. La description de tels états est commune dans l'épilepsie du lobe temporal, particulièrement dans les cas de lésions dans le système limbique mais, dans ce cas, cependant, il y a peu d'anomalies du lobe temporal. Selon les auteurs, les lésions structurelles étaient les causes principales de la dépression sous-jacente, qui était responsable à son tour de la possession (BASU, GUPTA, & AKTHAR, 2002).

Dans leur article sur le pacte avec le démon comme métaphore et étiologie de la violence, VALENZUELA-PEREZ et al. affirment que :

Pour l'homme métis latino-américain, la maladie prend une véritable signification lorsqu'elle rend compte de la rupture de l'équilibre harmonieux entre les entités physiques, psychologiques et spirituelles de son univers. (...) Il est intéressant ici de voir comment cet homme, dans son vécu de dépossession culturelle, fait appel à des expériences substitutives de « possession » culturelle, le pacte avec le diable, dans un mouvement de libération et d'équilibration des pouvoirs perdus depuis le départ de son pays natal, comme lors de la découverte des Amériques. (...) Concrètement, à travers l'image du pacte avec le diable, le patient arrive à projeter à l'extérieur ce qui pèse beaucoup dans son for intérieur et l'effraie ; ce qu'il n'arrive pas à contrôler tout seul, puisque c'est un désordre dont il n'est pas le seul responsable. C'est l'affaire de toute une famille, un groupe culturel. Par cette révélation, il nous montre également ce qui est principalement perturbé : le mode de relation avec le surnaturel et avec l'ici et le maintenant : sa famille, son rôle d'homme/ chef de famille dans un contexte de migration. (VALENZUELA-PEREZ, ROJAS-VIGER, & STERLIN, 2003).

Dans l'étude de CARROL sur les problèmes mentaux et les étiologies traditionnelles en lien avec le monde invisible dans la communauté somalienne des réfugiés aux EU, presque tous les participants ont estimé que la maladie mentale était un nouveau problème pour leur communauté et que cela n'existait pas dans la même mesure en Somalie d'avant-guerre. Les thèmes qui sont apparus pour expliquer les causes de la maladie mentale ont inclus le choc et la dévastation (l'anéantissement) liés à la guerre et à ses conséquences telles que : la mort, le manque d'un proche, ou la séparation de membres de la famille, la possession d'esprit ou une malédiction. Trois types majeurs de problèmes mentaux ont été identifiés qui ont été associés aux comportements spécifiques et aux stratégies de traitement : *Murug* (la tristesse), *Gini* (folie en raison de la possession d'esprit) et *Waali* (folie en raison de traumatismes sévères, être nerveux, fou). Plutôt que de chercher l'aide d'un clinicien, les participants à la recherche ont déclaré préférer, d'abord, le support familial, la prière, ou les thérapies traditionnelles dans la plupart des situations. Tous les participants ont mentionné les traumatismes concernant la guerre comme une cause majeure de maladie mentale parmi les réfugiés somaliens. Les *Gini* ont été décrits comme des êtres très puissants, capables d'exercer leur influence sur beaucoup d'actions et de comportements de l'homme, y compris (mais pas limité à) des problèmes mentaux. Dans l'application du concept au contexte de maladie mentale, il y avait une variation lexicale pour décrire ou définir les *Gini*.

Gini était souvent décrit comme quelqu'un qui est «mentalement inapte», en apparaissant «inconscient» ou, autrement, «ayant peur, étant fou, ou artificiel». Cela était vu comme une forme particulièrement stigmatisante de la maladie mentale. Contrairement au *Waali*, le comportement associé au *Gini* pourrait être causé par des esprits, des fantômes ou une malédiction. Dans le cas des détresses mentales, le mot *Gini* avait deux occurrences : *Gini* pouvait se référer à la fois au syndrome (les comportements de la personne affligée) et à la fois aux forces surnaturelles qui ont causé la maladie (par exemple, les fantômes, les esprits, ou les malédictions) (CARROLL, 2004).

NG et CHAN (NG et CHAN, 2004) affirment que le DSM-IV a inclus le désordre de transe dissociatif (le DTD), comme une sous-catégorie du désordre dissociatif pas autrement indiqué (DDNOS), pour satisfaire l'exigence d'expliquer le désordre dissociatif dans différents contextes culturels et pour mieux saisir les phénomènes de transe. Une meilleure compréhension des stress psychosociaux qui précipitent le surgissement du DTD augmenterait les capacités à soigner les patients avec succès et permettrait au clinicien de

concevoir des stratégies pour l'intervention et la prévention. Selon les auteurs, les syndromes de transe doivent être tout d'abord distingués des syndromes de transe de possession qui sont caractérisés par le remplacement de la personnalité primaire par une nouvelle identité, d'habitude un fantôme, un démon, ou une déité. Le comportement des personnes avec des syndromes de transe de possession est d'habitude plus complexe, avec une personnalité «autre» structurée dont le comportement suit des modèles culturels pré-établis. Les facteurs de stress plus communs, susceptibles de déclencher le DTD incluent : les problèmes liés à la vie militaire, les conflits sur des questions religieuses et culturelles, les conflits domestiques, les désarrois matrimoniaux, l'exposition antérieure à des états de transe, le fait d'être ou d'avoir été un guérisseur spirituel ou son assistant (NG & CHAN, 2004).

La croyance selon laquelle les démons seraient la cause de problèmes de santé mentale, est un phénomène célèbre et commun qu'on retrouve dans beaucoup de cultures du monde. Toutefois dans l'étude de KABIR et al. au Nigeria, la possession, comme étiologie de la détresse, a été classée en 13ème position par les personnes interrogées (18 % des réponses). Les résultats contrastent avec les recherches D'ADEBOWALE et OGUNLESI qui ont constaté que «les causes surnaturelles» étaient les facteurs étiologiques les plus communément admis par les patients atteints de maladie mentale et parmi les membres de leurs familles au Nigeria du Sud-Ouest (KABIR, ILIYASU, ABUBAKAR, & ALIYU, 2004).

REGURAMAN et al. font la description d'un cas anormal de *Trouble de Stress Post Traumatique*, dans lequel la patiente avait découvert le corps d'un ami mort par pendaison. Pendant la transe, elle fut possédée par l'esprit de l'ami suicidé. Les auteurs font l'hypothèse d'un phénomène dissociatif, en réaction à un événement traumatique, qui s'exprime sous une forme culturellement déterminée : l'attaque de possession (RAGURAMAN et al., 2004).

Dans son article, DONARD focalise son analyse d'un cas de possession démoniaque sous l'angle du traumatisme et de la mémoire du corps. Selon l'auteur *l'adhésion* à l'idée de possession ne signe pas forcément une organisation psychotique caractérisée par un délire de persécution dans lequel l'agresseur prendrait les traits du diable ou d'un esprit malveillant.

(...) Quelle que fût l'organisation psychique du sujet : celle d'un traumatisme indicible – clivé, dénié ou simplement refoulé – qui faisait retour sous la forme d'une thématique de possession (...) ce traumatisme se révélait, le plus souvent, intimement lié à la notion de viol, sous toutes ses déclinaisons : viol psychique (FERENCZI), violence primaire et violence primitive et réalité (AULAGNIER), mais aussi, hélas, viol physique, maltraitance, inceste et abus sexuels de tout ordre. Ces événements traumatiques n'ayant jamais pu être mis en mot, le rôle du

discours de possession était alors de donner du sens à ce qui n'en avait pas. (...) où le moi a effectué un tel travail d'oubli ou d'évitement, que le traumatisme n'apparaît pas dans l'anamnèse du sujet, c'est alors son symptôme qui en fait le récit, qui le dit encore et encore, sans trêve ni repos. Les hallucinations deviennent comme des photographies des événements traumatiques, qui parlent et montrent d'elles-mêmes l'agresseur, ses actes, sa brutalité, ses attouchements (...) la lutte sans merci entre « Dieu » et « le diable », il s'agit de la lutte entre l'effraction continue d'un traumatisme réel et les mécanismes chargés de défendre la psyché de ce viol, et aussi d'un combat plus secondarisé (...) entre les pulsions libidinales (qui se manifestent à travers l'onanisme) et qui sont identifiées comme provenant du diable, jugées et condamnées par un Sur-moi démesuré, tyrannique, tout-puissant et omniprésent, appelé Dieu. (Donard, 2005).

Le Diable est un concept traditionnellement étranger au discours psychanalytique. En utilisant le cadre théorique de Mélanie KLEIN, IVEY affirme que le terme «états d'esprit diaboliques» (*evil states of mind*) décrit utilement l'expérience de la possession comme étant une sous-organisation de personnalités destructives fondée sur l'identification avec un mauvais objet interne. Ces états peuvent être temporaires et susciter la culpabilité et les préoccupations. Dans certains cas, cependant, des parties bienveillantes de soi sont attaquées et effacées. La perte qui en résulte n'est pas vécue et lâchée; la logique perverse la transforme en un triomphe. De cette façon, la douleur de la perte et de l'envie d'une possession positive par les autres est refusée, et la vérité psychique est remplacée par une pensée perverse dans laquelle le bien et le mal sont inversés. Les cultes sataniques représentent l'incarnation organisationnelle pure de la sub-personnalité destructrice. Les variantes des états d'esprit diaboliques sont décrites en référence aux patients en psychothérapie et aux entretiens avec des membres du culte satanique. La figure de Satan, selon les auteurs, constitue un symbole riche et puissant de destruction humaine dissociée (IVEY, 2005).

Dans sa recherche sur les médiums *condomblé* du Brésil, SELIGMAN pose la question de savoir si la transe de possession d'esprit est vraiment dissociative. En effet, les psychologues cliniciens ont observé une relation significative entre la dissociation et la somatisation chez leurs patients. La pensée occidentale a classé la transe de possession des esprits parmi les formes de dissociation car, en surface, elle semble correspondre à la définition de la dissociation. Or, SELIGMAN affirme qu'un examen plus approfondi semble démontrer que dans le *Condomblé* la dissociation n'est pas une expérience pathologique. Il s'agit plutôt d'un mécanisme thérapeutique, transmis lors de la participation à des rituels religieux, qui profite aux individus avec une forte tendance somatique. En fait, il y a de bonnes raisons de croire

que non seulement l'affliction somatique est atténuée par la transe de possession, mais plus encore, qu'elle représente un moyen bénéfique pour les individus aptes à canaliser une tendance à l'*hyper-incorporation* (SELIGMAN, 2005).

SZABO et al. analysent le cas clinique d'une jeune adolescente en République Sud-Africaine, dont les troubles se manifestent avec les caractéristiques du *Désordre de type transe dissociatif* (DTD). Le contexte étiologique est celui d'une dépression majeure survenue après la mort du père de la jeune fille. Selon les auteurs, le rôle des facteurs de stress psychosocial dans la précipitation de la DTD a été clairement démontré dans ce cas particulier. Il semble soutenir que l'établissement de facteurs de stress psychosociaux précipitant est une composante essentielle dans la stratégie d'intervention. De plus, selon les auteurs, en dehors de la religion, de la culture, ou de l'un des facteurs de stress psychosociaux documentés dans l'étude antérieure du même auteur principal, le fait de faire face au deuil peut être un facteur de stress associé (SZABO ET JONSSON, 2005).

ISMAIL et al. ont mené en 2005 une recherche autour des perceptions, des croyances et des expériences des patients du Sud-Est asiatique souffrant d'épilepsie. Les résultats de l'étude réalisé avec des travailleurs sociaux, des membres des communautés et des professionnels de santé en Angleterre, révèlent que pour la majorité des patients, l'épilepsie est causée par la possession d'esprit (pour les Musulmans) ou attribuable aux péchés engagés dans une vie passée (pour les Sikhs et des Hindous). L'adhérence aux traitements conventionnels était haute; la plupart des informateurs ont utilisé les deux traitements (traditionnels et médicaux) simultanément. Les questions principales quant aux difficultés d'accès aux services médicaux étaient : la manque d'informations appropriées, la barrière linguistique et les limites de la communication, ainsi que les problèmes d'interactions avec les professionnels de santé (ISMAIL, WRIGHT, RHODES, SMALL, & JACOBY, 2005).

IGLESIAS et IGLESIAS, en étudiant les relations entre possession et hypnose, affirment que les différences apparemment infranchissables entre les mondes de l'hypnose et de la *Santeria* peuvent être surmontées. Les stratégies thérapeutiques utilisées englobaient les rituels indigènes. Des stratégies hypnotiques ont été conçues dans le cadre de la *Santeria*. L'hypnose a été conduite strictement dans les paramètres des trois plaintes exprimées par le patient : anorexie, nausée et insomnie. Par exemple le praticien peut, incorporer les images *d'orishas* ou de saints (plus particulièrement celles du saint personnel du patient) dans les suggestions d'hypnoses cliniques, et chercher les définitions/descriptions de ces déités, leur rôle et leur influence dans la vie du patient comme dans un système complémentaire (IGLESIAS &

IGLESIAS, 2006).

Les résultats de l'étude de PALMER indiquent que les Somaliens en Angleterre bénéficient moins des services de santé mentale à cause de facteurs culturels, du stress de post-migratoire, de l'anxiété envers leur statut et devenir en tant que migrant, des problèmes de logement, et des facteurs sociaux et socio-économiques. La dépression, l'anxiété, le PTSD et d'autres étiquettes diagnostiques occidentales sont rarement reconnues pour cet échantillon de somaliens, et elles ne sont pas tout à fait efficaces pour comprendre les besoins spécifiques des réfugiés, leurs perceptions et les expériences de santé mentale au Royaume-Uni. Selon les personnes interviewées, le type de traitements souhaité pour la souffrance mentale (qui est considérée en lien avec le *Gini, les esprits*) est une intervention religieuse ou spirituelle. Les guérisseurs traditionnels sont, en effet, censés guérir les maladies causées par les esprits; les individus sont guéris par une cérémonie thérapeutique qui inclut la lecture du Coran, la consommation de produits alimentaires spéciaux et la combustion d'encens. (PALMER, 2006)

Selon IGREJA et al., la possession d'esprit dérive, d'une part de la séparation entre l'identité et l'*agentivité* des esprits et, d'autre part de la séparation entre l'identité et l'*agentivité* de leurs hôtes. Les esprits engendrent des malheurs sérieux, reproduisent ou contestent l'identité culturelle des individus, surveillent la terre et exécutent la guérison dans le sens le plus strict. Pendant la transe de possession, les esprits gamba reproduisent publiquement des événements qui concernent la guerre. Ils ont des comportements très violents envers leur hôte. Pour le public, ces performances évoquent les souvenirs de guerre qui avaient été cachés, et pour l'hôte / le patient ces performances montrent une profonde souffrance. Cette souffrance est considérée comme insupportable dans les cas de possession impliquant des esprits multiples gambas. Par conséquent, les individus affligés d'esprits se plaignent de continuer à souffrir à cause de la guerre malgré le fait que celle-ci soit terminée. Ils vivent en effet les incursions des esprits dans leur corps comme une suite de la violence et des injustices qui ont été commises contre eux par le passé (IGREJA et al. 2006).

Dans l'étude d'ILECHUKWO au Nigeria, il a été observé que beaucoup de patients qui manifestaient des symptômes de l'*ogbanje*¹³ ont fait l'expérience de traumatismes de séparation (par exemple d'hospitalisations prolongées et répétées), d'abus à l'intérieur du *système de nounou* nigérian, et de la peur de la mort. La manifestation des comportements

13 Selon la définition d'ILECHUKWO, les termes *ogbanje* et *abiku* désignent les enfants survivants issus de familles ayant une expérience antérieure de décès infantile. Les symptômes majeurs pour les personnes désignées, avec de telles étiologies traditionnelles, sont une tendance à l'histrionisme, et des symptômes de dissociation et de conversion.

d'*ogbanje* (hallucinations, dissociation) a souvent mis fin à de tels «arrangements» et a conduit à un retour obligé de ces enfants à leurs parents. Les comportements inquiétants ont souvent diminué immédiatement après le retour dans le foyer parental. On reconnaît de plus en plus que la victimisation et la maltraitance pendant l'enfance précèdent les manifestations dissociatives qui peuvent être temporaires mais affectent l'adaptation psychologique à l'âge adulte. Les symptômes décrits pour *l'ogbanje* sont proches de la dissociation. Il semble y avoir un échec de la conscience du processus de pensée et des sentiments, pour que les actions soient déconnectées du processus psychologique, et semblent raisonnablement attribuables à une psyché désincarnée (ILECHUKWU, 2007).

Dans un article du 2007 PIERRE analyse le cas clinique d'un patient philippin reçu à la consultation transculturelle en Belgique. Il avance l'hypothèse d'une dépression mélancolique qui se manifesterait comme une possession, en l'absence de la culpabilité et d'auto-reproches obsessionnels qui en revanche, selon l'auteur, relèvent de l'« élaboration secondaire » propre à la culture judéo-chrétienne, et non comme constituant « universel » ou « primaire » de la névrose en question, qui existe pourtant bel et bien à part entière dans d'autres cultures. (PIERRE, 2007)

Dans l'étude de SAR et al., le rôle de la culture et des représentations culturelles sont complètement négligées, à l'exception de la référence à la persistance d'attitudes traditionnelles dans cette région, les attitudes ne sont pas mieux spécifiées. Il n'y aucune donnée autour de la représentation de la maladie chez le patient. L'état de transe est dit «rare», il est considéré comme un symptôme du trouble dissociatif. La perception du patient de «présences invisibles aux cliniciens» est lue à la fois comme un symptôme de dépersonnalisation, de personnalité borderline et de personnalités multiples (SAR, AKYÜZ, & DOGAN, 2007).

La croyance que les esprits peuvent habiter des êtres humains est partagée par 90 % des cultures de la planète. Tels esprits, qui prennent la possession de l'homme, sont souvent accusés d'être les responsables de maladies physiques et mentales ; les croyances et les rituels impliqués dans la possession des esprits constituent les idiomes de la détresse spécifique à diverses cultures (AL-SINAWI, AL-ADAWI, & AL-GUENEDI, 2008).

A travers son étude du phénomène de possession chez une prêtresse sri-lankaise, et de son évolution/transformation au cours du temps, CHAPIN tente de démontrer le concept du *travail de la culture* d'OBEYESEKERE. La dissociation problématique en dehors d'un contexte rituel peut être utilisée et transformée par la participation à des rituels de possession

culturellement disponibles pour favoriser la guérison. La patiente semble avoir utilisé l'idiome culturellement disponible de la possession de manière similaire à celles qu'OBEYESEKERE décrit comme un passage des expressions régressives, et idiosyncrasiques, de la misère à l'expression culturellement significative de besoins et de désirs plus matures. La deuxième caractéristique que l'auteur propose de prendre en considération quant à *l'efficacité du travail de la culture* est le rôle joué par l'environnement relationnel.

Dans le récit de la vie de la patiente, l'auteur voit une jeune femme qui éprouve des troubles, des pertes et des déceptions écrasantes. Elle traverse chacun d'entre eux avec une variété de stratégies, conscientes et inconscientes. Parmi ces premières stratégies, CHAPIN retrouve des réponses dissociatives qui l'amènent plus tard à s'engager dans des pratiques culturelles de possession. En s'engageant dans ce système de possession elle est, selon l'auteur, capable de traiter plus efficacement plusieurs de ses problèmes, y compris la dissociation compulsive, les craintes liées à la vie sexuelle et les frustrations identitaires. L'importance et le pouvoir des relations sont solides dans le récit des patients, et elles entraînent sa misère aussi bien que son bonheur. Avec les changements de son monde social et les changements de ses états incarnés (de possession) la patiente parvient à une recherche renouvelée de sens en retravaillant les symboles personnels dans sa vie. Dans ce processus, l'auteur voit le potentiel transformateur du travail de la culture, dérivé non seulement de la création de la signification symbolique, mais aussi de la participation à des pratiques incarnées et à des relations avec d'autres personnes essentielles (CHAPIN, 2008).

MAC LOREN et al. posent la question de savoir comment travailler pour incorporer des croyances socioculturelles, y compris celles des personnes possédées par l'esprit *Buru*, dans la pratique clinique ordinaire du nouveau service de santé mental à Atoifi. Le *Buru*, est une catégorie d'esprits sauvages et malveillants qui possèdent les gens dans l'Est Kwaio et incitent les victimes à avoir des comportements antisociaux, inattendus. Les signes de possession *buru* incluent le mutisme, les idées suicidaires, l'illusion, l'agression et l'isolement social, les pulsions homicides et les problèmes matrimoniaux. La plupart des personnes interviewées préfèrent s'adresser aux guérisseurs traditionnels pour avoir des traitements et 50 % des personnes qui ont été traitées, se déclarent guéries. Les défis selon les auteurs, s'annoncent dans la formulation d'un style de clinique qui reflète une appréciation des éléments socioculturels affectant tant le processus que les résultats d'interventions de santé mentale. La question reste de savoir comment respecter et comment efficacement équilibrer les interventions cliniques et communautaires pour assurer de bons résultats pour les patients et

les familles, et pour que les individus aient accès aux services de santé mentale clinique ; et comment la prise en charge de la santé mentale est conceptualisée et traitée au niveau communautaire (MACLAREN, ASUGENI, ASUGENI, & KEKEUBATA, 2009).

La recherche de GUENEDI et al., portant sur la relation entre les données neuro-comportementalistes et la possession, montre comment les états de possession peuvent être accompagnés d'activités structurelles et fonctionnelles neurales spécifiques. Le SPECT a révélé que le patient, dont le changement de personnalité avait été attribué à différents agents causals, qui incluent des forces surnaturelles comme les Djinn, l'envie dédaigneuse (*Hassad*), le *mauvais œil* concernant l'envie (*Ain*), et la sorcellerie (*Sihhr*), avait une maladie biologique avec deux des diagnostics possibles, une schizophrénie ou une séquelle de lésions cérébrales traumatiques. L'hypothèse de l'existence d'une activation cérébrale fonctionnelle corrélée avec la possession d'esprit a été attestée par le fait que la détresse du patient a été invariablement associée à une lésion spécifique du lobe temporelle gauche et à une anomalie structurelle dans le ganglion basal gauche. La présente étude a voulu mettre en évidence l'importance d'étudier les représentations multiculturelles des états modifiés de conscience avec les modèles biomédicaux (GUENEDI et al., 2009).

Dans leur étude, THAKUR et PIRTA tachent de faire des comparaisons sur les mesures de la santé mentale et l'exploration des connaissances religieuses entre le groupe de possédés et le groupe contrôle. Les résultats montrent premièrement que le groupe de possession avait un niveau de bien-être général plus faible que le groupe normal. Deuxièmement, le groupe de possession a indiqué une tendance au névrotisme. Troisièmement, une méthode d'association contrôlée continue a été utilisée pour susciter les souvenirs liés aux divinités locales comme refuge, un concept basé sur la théorie de l'attachement de Bowlby. Le groupe de possédés s'est rappelé d'un plus grand nombre d'associations que le groupe de comparaison. Selon les auteurs, les rituels religieux seraient un prédicteur significatif de la dissociation de possession. Le phénomène de possession peut avoir des éléments communs, mais il semble ancré dans des institutions locales spécifiques, variant d'un village à l'autre, et il dépend du milieu où les gens grandissent (THAKUR & PIRTA, 2009).

SETHI et BHARGAVA étudient un cas de possession collective au sein d'une famille en Inde. Dans le cas décrit ici, la menace de la part d'un membre de la famille, un oncle plus riche, à l'égard duquel il y a eu des sentiments ambivalents, ainsi que la dépendance émotionnelle, peut avoir contribué au développement de la possession et à sa propagation chez les autres membres de la famille. Les auteurs soulignent que, en plus de la dynamique psychologique,

les facteurs socioculturels sont essentiels pour façonner l'apparition d'états de possession de masse. Les personnes vivant dans les communautés indiennes rurales sont disposées à accepter la possession comme une sorte de comportement d'aide, et l'intervention spirituelle est une modalité de traitement commune et importante. Bien qu'il n'existe pas de stratégie thérapeutique spécifique pour traiter de tels cas, selon les auteurs, les praticiens cliniques peuvent rassurer les patients et les encourager à exprimer leurs émotions de manière moins violente sans rejeter leurs systèmes de croyance, ou à demander l'aide de prêtres locaux ou de guérisseurs religieux (SETHI & BHARGAVA, 2009).

La recherche de MOREIRA-ALMEIDA et KOSS-CHIOINO, sur la possession et le traitement de la psychose par les spirites, montre que les guérisseurs traditionnels ont souvent des résultats positifs avec des personnes manifestant des symptômes psychotiques ou diagnostiqués schizophrènes. Les guérisseurs des esprits à Porto Rico reconnaissent une grande importance, dans les causes de la possession, à l'implication négative dans la relation parent-enfant et à la dépendance isolante, pénible et craintive à l'égard d'un parent ambivalent ou rejetant. Selon les auteurs, il y a de nombreux avantages à collaborer avec les spirites dans la prise en charge des patients qui expriment des symptômes psychotiques :

- Le guérisseur peut aller à la maison ou même prendre le patient dans son foyer pendant de courtes périodes, lorsque la famille rapporte des difficultés à faire face au patient. En outre, il existe souvent une continuité dans les relations entre les guérisseurs et les patients et leurs familles au cours des années. La relation est réactivée aux premiers signes de rechute et d'agitation accrue chez le patient. Ce traitement peut être qualifié de « apaisant » pour le patient et il a l'avantage aussi de détourner la pression de la famille.
- L'esprit fournit également un soutien spécial aux familles des patients, et il les soulage de leur culpabilité ou de la honte.

Selon les discours rapportés par les patients et les observations recueillies par les auteurs, en effet, après le traitement traditionnel, les symptômes deviennent moins fréquents et une amélioration dans l'ajustement social est remarquée. Les chercheurs suggèrent des mécanismes psychosociaux pour expliquer ces résultats. Le fait que les guérisseurs spirituels sont prêts à entrer dans des relations continues et étroites avec les patients et les familles leur a fourni une excellente ressource communautaire avec beaucoup de disponibilité. Ils modélisent l'acceptation, le contrôle et le manque de peur sans discrimination pour les familles des patients. Une grande partie de leur travail s'inscrirait, donc, parallèlement aux

lignes directrices suggérées par les méthodes psycho-éducatives (telles que celles basées sur la formule d'émotion exprimée) dans le traitement des familles (MOREIRA-ALMEIDA & KOSS-CHIOINO, 2009).

ERTL et al. (ERTL et al. 2010) ont étudié la validité du diagnostic du *Trouble de Stress Post-Traumatique* (TSPT) et de la dépression à travers une enquête épidémiologique sur la santé mentale parmi des adolescents touchés par la guerre en Nord Ouganda. Les résultats montrent qu'il y a une corrélation significative entre le grand nombre de symptôme de TSPT et la possession d'esprit telle qu'elle est vécue localement, à savoir : la croyance qu'une personne est possédée ou hantée par l'esprit d'une personne décédée. La concordance pour des diagnostics de dépression n'était pas satisfaisante. Selon les auteurs, en dépit des différentes représentations et étiologies, les résultats montrent que les évaluations de santé mentale dans des langues africaines peuvent produire des données fiables et valables, mais que la prudence est nécessaire dans l'évaluation des données (ERTL et al, 2010).

La recherche D'EZEGBELE et al. a pour but d'investiguer la dépression à travers l'analyse des représentations des femmes nigérianes vivant aux USA. Les femmes interviewées ont décrit la dépression comme une folie associée aux mauvais esprits ou une malédiction. Les résultats montrent que :

- La présence de symptômes dépressifs peut causer l'isolement et le rejet de la part de la communauté et peut aboutir aux conflits matrimoniaux et familiaux.
- La spiritualité et la religion sont identifiées comme les sources principales de traitement de la dépression.
- L'éducation est perçue comme le facteur le plus commun pour améliorer l'acceptation des femmes atteintes de maladie dépressive et aiderait à favoriser la prise en charge médicale.

La majorité de l'entourage des patients exprime l'opinion selon laquelle seuls des guérisseurs traditionnels peuvent comprendre la base étiologique surnaturelle des troubles mentaux et sont ainsi, les mieux placés pour offrir des soins plus efficaces que ceux des praticiens de santé mentale. La religion et la guérison par la foi sont identifiées, par les auteurs, comme les principaux recours thérapeutiques pour les Africains et les femmes des Caraïbes pour guérir ou pour empêcher la dépression. Ces auteurs mettent en évidence le fait que la spiritualité et la religion sont cruciales pour aider les femmes à faire face aux problèmes de santé mentale. La croyance en une puissance supérieure, pour traiter les difficultés de la vie, est une source

importante de « force » pour les Africains vivant à l'extérieur de leur patrie. La religiosité serait donc associée au bien-être des Africains et elle serait aussi un facteur protecteur dans la prévention de la dépression (EZEBOLE, MALECHA, LANDRUM, & SYMES, 2010).

L'analyse des données issues de recherches des adeptes du candomblé, l'un des rituels de possession d'esprit, du Nord-est du Brésil, illustre la manière dont les mécanismes d'incorporation (*imbodiment*), y compris les processus psychophysiologiques, contribuent à la construction, à la déconstruction et à la réparation du Soi. Dans cette nouvelle recherche, SELIGMAN tache de théoriser un modèle de Soi qui incorpore l'expérience corporelle comme un élément fondamental, et une source clé, des expériences de discontinuité du Soi dans les phénomènes de possession. L'auteur montre comment les sujets utilisent des outils culturels pour déclencher des transformations dans les processus cognitifs et corporels de l'expérience de la détresse. Ils essayent de créer des effets de « bouclages positifs » selon la définition de l'auteur. En développant cette position, SELIGMAN participe à la compréhension de la dynamique des formes incarnées d'auto-guérison et aux écrits sur le candomblé et, plus spécifiquement, sur la possession. L'identification du sujet avec son *orixa*, le dieu qui le possède, permet le déroulement d'un processus d'objectivation. Ce qui lui permet de gagner une certaine distance émotionnelle ainsi que le contrôle cognitif et comportemental, sur ces aspects précédemment automatiques et incarnés, mais dissonants, de Soi (SELIGMAN, 2010).

Dans les recherches DE VAN DUIJIL et al. en Ouganda, il apparaît que la possession d'esprit sert d'idiome de détresse pour les personnes qui ont vécu des événements traumatiques psychologiques multiples. La possession d'esprit peut leur fournir un discours qui vient donner une signification à leur détresse et leur offrir de l'aide, en fournissant les modèles explicatifs localement disponibles. Ce qui leur permet ainsi de bénéficier de ressources mises à disposition par le contexte, à savoir : les thérapeutes, les remèdes, l'entourage etc. Selon les auteurs, il faut tenir compte du fait, cependant, que la possession d'esprit n'est pas pathologique en elle-même. Seulement quand celle-ci assume un aspect dissociatif, et quand elle cause une détresse cliniquement significative et une diminution de la participation dans le fonctionnement social, et professionnel, on peut la classer comme un désordre pathologique (VAN DUIJL, NIJENHUIS, KOMPROE, GERNAAT, & DE JONG, 2010).

Les données de l'étude d'IGREJA et al. de 2010, sur l'épidémiologie de la possession d'esprit à la suite des violences politiques de masse au Mozambique, révèlent que parmi les 941 individus qui ont été recrutés pour cette étude 175 (18.6 pour cent) ont expérimenté une

certaine forme de possession d'esprit et parmi ce groupe 5.6% avaient éprouvé la possession par plusieurs esprits . Seulement environ un individu sur dix est conscient pendant la transe. Les *taux de prévalence de la possession* sont mesurés selon le nombre d'esprits nuisibles impliqués dans la détresse. Le « *taux de possession* » varie selon la gravité de la possession. Une comparaison entre des individus possédés et non-possédés montre que certains types de possession sont une cause majeure de diminution de la santé. Les résultats de cette étude sont en accord avec les recherches précédentes qui indiquent une forte corrélation entre les expériences de traumatisme et la fréquence d'expériences dissociatives (VAN DER HART, NIJENHUIS et STEELE, 2005). En ce qui concerne le sexe des patients, l'étude est en accord avec l'étude Portoricaine (GUARNACCIA et Coll., 1993) qui a constaté que les femmes ont eu significativement plus d'expériences dissociatives que les hommes (IGREJA, KLEIJN, & RICHTERS, 2006).

Cavanna et al. concentrent leur étude, autour de la possession vaudou, sur l'impact du système traditionnel de croyances sur la prise en charge de l'épilepsie. Selon les auteurs, les attitudes et les idées fausses à propos de l'épilepsie continuent à prospérer dans les pays en développement comme une sorte de « sous-produits socioculturels spécifiques » des divers environnements. Cet article présente quatre cas de patients haïtiens souffrant d'épilepsie dont les crises ont d'abord été attribuées à la possession d'esprit vaudou. Tous les patients ont signalé des phénomènes ictaux (l'aura, le début, le déroulement, le post-ictal, la dépersonnalisation et les symptômes de déréalisation), suivis d'une perte complète de conscience. Les études électro-cliniques ont révélé une localisation au niveau du lobe temporel. L'examen de la littérature sur les attitudes à l'égard des crises au sein de la culture haïtienne et la discussion des résultats des cas cliniques, mettent en évidence selon les chercheurs, l'influence préjudiciable des systèmes de croyances traditionnelles sur le diagnostic et le traitement appropriés des patients atteints d'épilepsie. (CAVANNA, CAVANNA, & CAVANNA, 2010)

ZOUARI et al. analysent le rôle que peut jouer le facteur culturel dans l'expression et la prise en charge de la dépression en Tunisie. Les résultats montrent que dans la société arabe musulmane tunisienne, les liens communautaires demeurent puissants. La perte d'objet, à l'origine de la dépression, au lieu d'entraîner une introjection, ferait appel à un mécanisme prévalent dans la communauté : la projection, qui est à l'origine d'hallucinations et/ou de délires de persécution, vécus par le patient comme une punition infligée par le groupe, rejoignant ainsi la logique dépressive. Les pulsions, les pensées réprouvées par l'individu

seront attribuées à Satan, dont le nom signifie étymologiquement *l'ennemi* ou *l'adversaire*. Celui-ci joue un rôle important pour soulager certaines angoisses, le sentiment de culpabilité et les pensées réprouvées. Il y aurait donc aussi une mise en jeu de la projection. Ainsi, selon les chercheurs, un vécu dépressif et/ou un sentiment de culpabilité peuvent se manifester, dans un contexte culturel déterminé par les croyances dans le surnaturel, par des idées délirantes, avec des thèmes tels que la conviction d'être victime d'une possession démoniaque, d'être ensorcelé par les voisins ou d'être persécuté et renié par le groupe (ZOUARI et al., 2010).

L'étude de BORGOU et al. démontre comment, dans le cas de premiers épisodes psychotiques à l'adolescence, deux éléments essentiels influencent le recours aux soins et par conséquent la durée de la psychose non traitée : les caractéristiques de la maladie et l'implication de l'environnement familial, encore prépondérant à cet âge. Les auteurs remarquent une influence importante des facteurs socioculturels dans les explications fournies par les mères sur les troubles de leurs enfants. En effet, la possession par le *djinn* était selon elles la principale cause rapportée.

Dans son analyse, PIERRE propose que l'entrée dans la drogue puisse constituer une recherche initiatique déformée et peut être interprétée comme le signe d'un mal d'affiliation chez un jeune patient marocain issu d'une famille émigrée en Belgique. Selon la famille, les troubles du comportement et la conduite négative du jeune homme seraient à attribuer à la possession par un *djinn*. Selon les auteurs, on pourrait parler de « destin particulier des enfants de migrants » qui se dévoile à l'adolescence. Ils présenteraient une vulnérabilité particulière à des troubles tels que les bouffées délirantes, la délinquance ou la toxicomanie qui représenteront autant d'occasions pour le jeune de forcer son groupe d'appartenance à réagir et pour exprimer son mal d'appartenance. La possession est vue ici en association avec la circoncision : « ce qui aurait dû être structurant, ce qui aurait dû l'inscrire dans sa communauté, à travers une épreuve qui le grandit » a été, au contraire, vécu de façon traumatique par le jeune homme et comme une mutilation (PIERRE, 2011).

Les résultats montrent que la durée moyenne des psychoses non traitées en Tunisie était de 11,49 mois. 95,1 % des mères n'avaient pas suspecté initialement un trouble psychotique chez leur enfant et dans 63,3 % des cas, la possession par « un djinn » était considérée comme la cause prédominante de la symptomatologie. Les principales causes ayant amené les mères à consulter en psychiatrie étaient : les troubles de comportement dans 77,3 % des cas et l'inefficacité de la prescription du thérapeute traditionnel dans 54,5 % des cas. La crainte de la

stigmatisation, retrouvée dans 70 % des cas, était la cause principale ayant retardé la consultation en milieu psychiatrique. L'accessibilité limitée aux structures de soins explique aussi, en partie dans leur travail, le retard pris par les consultations en psychiatrie (BOURGOU, HALAYEM, BOUDEN, & HALAYEM, 2012).

CRABB et al. réalisent une étude visant à décrire les niveaux de stigmatisation associés à la maladie mentale au Malawi. Les participants ont été interviewés en utilisant une version adaptée du questionnaire développé pour le « Programme mondial d'association psychiatrique pour réduire la stigmatisation et la discrimination en raison de la schizophrénie ». Leur étude démontre que les individus en Afrique subsaharienne attribuent le plus souvent la maladie mentale à trois causes : l'emprise d'alcool, l'usage de drogues illicites et la possession d'esprit (CRABB et al., 2012).

Dans leur article, BRAGAZZI et DEL PUENTE font l'analyse d'une thérapie ethno-psychiatrique d'un cas clinique d'attaques de panique et de possession par les djinns. La patiente est issue de l'immigration tunisienne en Italie. En raison des aspects multidimensionnels complexes présents dans ce cas clinique, le traitement a été axé sur la sphère individuelle et la dimension socioculturelle : la culture italo-tunisienne, la possession par les djinns, la religiosité, les relations familiales et les diverses interactions. Les auteurs utilisent l'expression de *camouflage religieux* pour décrire l'attitude particulière de la patiente envers la religion de ses parents. Elle avait une attitude conflictuelle envers sa propre foi. Le *djinn* dans ce contexte, n'est pas une entité exégétique, mais il est à considérer plutôt comme un mythe familial, quelque chose qui sort du passé du patient et qui *l'embrouille*. Le *camouflage culturel* et l'ambiguïté ethnoculturelle peuvent amener l'identité d'un patient à se retrouver dans de nombreuses contradictions. Le psychiatre devrait, donc, pouvoir capter toutes les métaphores et les processus culturels en acte chez les patients, tels que ceux qui appartiennent à la sphère du traumatisme et aux états de possession de djinn, et qui exercent leur influence sur la santé mentale des patients (BRAGAZZI & DEL PUENTE, 2012).

Dans un autre article de 2012, Pierre analyse les rêves par une double interprétation culturelle marocaine et psychanalytique comme un outil pour apaiser la relation mère-fille. C'est le cas d'une jeune fille, adoptée, qui à ses 14 ans, entre deux crises convulsives, voit des ombres, des petits hommes noirs qui essaient de l'attraper. Un comportement à la fois autodestructeur et transgressif, une relation extrêmement tendue et violente avec sa mère adoptive dominant le tableau clinique. « Selon la conception traditionnelle au Maroc, le rêve est comme un voyage dans l'autre monde ou comme un message de l'au-delà, une sorte d'espace de voyance ; on

peut y voir – dans le contenu manifeste, parfois de façon légèrement déguisée – le djinn (génie) qui menace le rêveur, le saint qui le protège de sa baraka (bénédiction) ou encore les morts qui pourraient l’emmener avec eux dans l’autre monde ».

Le thérapeute donne à la mère et à la fille un objet de protection, une main de Fatima

Ces objets thérapeutiques – ces objets « actifs » selon l’expression de T. NATHAN – appartenant au monde traditionnel marocain – présentent et matérialisent, me semble-t-il, toute la vision du monde, tout l’univers au sens traditionnel : en particulier l’interdit du meurtre et la protection divine contre ce qui échappe à la volonté humaine. Ils représentent également le fait que le thérapeute a bien reconnu le danger, mais qu’à lui seul, il ne peut parer : il faut une référence transcendante. C’est pourquoi je pense que l’objet témoigne en définitive de l’humilité du thérapeute (et certainement pas – comme on pourrait l’imaginer a priori – de sa toute-puissance magique !). Par ailleurs, dans la mesure où la protection de la religion concerne les humains et chasse les mauvais esprits (les *djinns* et les démons), la jeune fille comme sa mère sont implicitement reconnues comme appartenant pleinement à la communauté humaine : elles ne sont pas des démons, elles ne sont pas des monstres, comme elles seraient parfois tentées de le penser. Cette reconnaissance implicite de ma part, à travers ces objets, constitue certainement un soutien narcissique – alors que l’estime de soi est tellement mise à mal par ces déferlements de haine ! CITATION

NEUNER et al. réalisent une étude épidémiologique auprès de jeunes dans des régions du nord de l’Ouganda touchées par la guerre, et notamment auprès des prédicateurs et des personnes possédées par les *Cens* (les esprits des morts assassinés qui prennent possession de l’assassin pour se venger). Les résultats des tests d’évaluation psychopathologique montrent que la possession était plus commune parmi les soldats enfants, que parmi les sujets sans antécédent d’enlèvement. La possession des esprits *Cen* serait donc associée à des événements traumatiques extrêmes et fortement liée à la psychopathologie (le TSPT et la dépression). Selon les auteurs, une longue guerre, la prolifération de croyances magiques, et la diffusion de la propagande, peuvent provoquer un nombre élevé de cas de possession, en plus du lien entre la possession et les troubles liés au traumatisme dans ce contexte (NEUNER et al., 2012).

HARMANT fait l’hypothèse que la tension née de conflits, niés et non reconnus, ressurgissent sous la forme de crises de *djinns*. « Le *djinn*, lorsqu’il s’exprime, vient signifier un dysfonctionnement dans l’équilibre communautaire, il permet une catharsis individuelle et groupale chargée d’apaiser la tension interne accumulée et non extériorisée. C’est ainsi une loyauté au groupe qui contraint l’individu à nier lui-même ses conflits « individuels » et relationnels, qui peuvent s’exprimer à travers les crises de possession et qui ne peuvent être réglés qu’une fois reconnus comme tels par la communauté. » Selon l’auteur,

chez les mahorais, la possession est considérée comme un élément exogène, le trouble, en fait, serait la conséquence d'une *invasion* par un être invisible et extérieur à lui-même, ou par l'envoi d'un mauvais sort. Dans l'analyse du cas clinique, HARMANT avance aussi l'hypothèse que les *djinns* sont le signifiant du lien mère-enfant et la manifestation d'un conflit de loyauté entre parents d'adoption versus parents biologiques chez le jeune patient adopté. La voix entendue par les patients serait, donc, le signe de la perte et elle vaut comme substitut de la perte. Les crises de *djinns* prendraient ainsi la valeur d'une tentative de restauration fantasmatique, hallucinatoire, de la présence et du lien, avec la mère biologique, qui n'a jamais pu advenir. L'environnement, la communauté deviennent ainsi, pour l'auteur, le tiers par lequel la reconnaissance du *trouble* peut être possible. Le contenant culturel offre un terrain d'expression de cette partie méconnaissable du psychisme car son inscription sociale semble permettre au patient de maintenir une adaptation et un lien à la réalité lorsqu'il n'est pas en crise (HARMANT, 2013).

L'étude de cas en 2013 de BENOIT DE COIGNAC et BAUBET, d'une adolescente prise en charge par la consultation transculturelle *traumatisme* à Bobigny, montre comment « les symptômes de transe et de possession ne répondent pas à un modèle théorique unique, d'autant plus à l'adolescence où ces symptômes sont étroitement liés aux enjeux de construction identitaire de ces jeunes. Les symptômes de transe et de possession deviennent un véritable levier thérapeutique qui permet de travailler sur de nombreuses problématiques cruciales pour l'adolescent : l'articulation filiation-affiliation, le sentiment identitaire de continuité de soi, la question de l'étrangeté et de l'hétérogène en soi, de l'altérité, etc. (...) ne pas entendre ce symptôme dans sa polysémie, ou vouloir établir un diagnostic (notamment de psychose) uniquement à partir de celui-ci, c'est condamner l'adolescent isolé à se taire, à se cliver et à continuer à errer. » (BENOIT DE COIGNAC & BAUBET, 2013).

L'article de DEIN et ILLAIEE examine la relation entre la possession de *djinns* et la maladie mentale chez les musulmans britanniques. Le recours aux explications traditionnelles de la maladie mentale semble être commun parmi certains groupes de musulmans au Royaume-Uni. Les découvertes d'études empiriques sur les *djinns* et la santé mentale citées dans cet article ont d'importantes implications cliniques. Selon les auteurs, les professionnels de la santé mentale devraient être conscients des modèles explicatifs adoptés par leurs patients et il est nécessaire que ces professionnels collaborent avec les imams pour fournir des soins holistiques de santé mentale qui intègrent des facteurs biologiques, psychologiques et spirituels. Alors que les professionnels de santé mentale peuvent enseigner aux imams à

reconnaître les maladies mentales, les professionnels religieux islamiques peuvent sensibiliser les professionnels de santé à l'importance des facteurs religieux dans les troubles psychiatriques. L'article met en évidence la nécessité de faire attention à distinguer les croyances culturellement déterminées, autour de la possession des esprits, des symptômes psychotiques : afin d'éviter que le patient ne soit traité inutilement avec des antipsychotiques. D'autre part, les auteurs invitent, également, les cliniciens à faire preuve de prudence et à ne pas supposer que toutes les croyances inhabituelles chez un patient d'une culture inconnue sont d'ordre culturel, de sorte que la psychose ne soit ni détectée ni traitée. Les membres de la communauté religieuse du patient devraient être consultés en relation avec ces questions. En conclusion, selon DEIN et ILLAIEE, la promotion de la complémentarité entre la prise en charge psychiatrique et les traitements traditionnels, tels que la *ruqya*, favoriserait le bien-être du patient (DEIN & ILLAIEE, 2013).

L'étude de HOSSEINI et al. montre comment un diagnostic clinique d'épilepsie comporte souvent une stigmatisation sociale silencieuse puisque, en Iran, elle est associée à des forces métaphysiques, voire à la possession par les esprits. Les résultats de cette étude indiquent que les perceptions des patients sur l'épilepsie par rapport à l'identité de soi, la stigmatisation sociale, telles que la possession d'esprits maléfiques, l'incompétence, la folie et le retard mental créent un sentiment de discrimination et un rejet social pour les patients. Par conséquent, les patients atteints d'épilepsie vivent dans la peur. Une autre opinion exprimée par les participants était le sentiment de vivre une vie de dégradation, de disgrâce et une faible estime de soi, et de se sentir sans valeur et jugé péjorativement par la communauté. Ces patients vivent avec une maladie qui menace une vie normale, un emploi, une sécurité d'emploi, des possibilités d'éducation et de gains économiques. Les patients ressentent un fardeau personnel, social et familial. Une meilleure compréhension du contexte psychosocial, et de ses représentations, peut accroître la compétence et la diligence familiale pour les patients atteints d'épilepsie afin de préserver leur personnalité et leur identité personnelles (HOSSEINI, SHARIF, AHMADI, & ZARE, 2013).

Selon l'analyse de ROSS et al., la possession et les syndromes propres à une *culture-bound syndromes* en anglais (selon le DSM-III) sont de nature majoritairement dissociative et ils ne sont pas déterminés que par le contexte culturel. Il existerait, selon les auteurs, des idées primitives stéréotypées sur la possession qui est vue comme une maladie exclusivement «exotique». L'étude, au contraire, montre que même dans la population blanche américaine, nous pouvons retrouver certaines troubles propres à une culture tels que *latah*, *bebainan*,

amok, et le *pibloktoq* qui ont été retrouvés chez des patients américains, contrairement à l'attaque de *nervios*. - Les participants à l'étude ont eu de nombreuses expériences de possession et de *culture-bound* en dépit d'être blancs, américains et ils peuvent évoquer des rituels tels que l'exorcisme. Les résultats montrent que la possession est liée aux expériences dissociatives mais pas toujours aux troubles dissociatifs. Les auteurs proposent que cette catégorie diagnostique de troubles dissociatifs de type transe et possession devrait être revue. (ROSS, SCHROEDER, & NESS, 2013)

JONG et REIS utilisent une nouvelle définition du concept de *distress* (détresse) pour analyser le comportement dissociatif observé dans le *Kiyang-yang* (un rituel dissociatif en Guinée Bissau) qui est ici entendu, non pas comme une pathologie, mais comme un langage symbolique pour traiter des vérités politiquement dangereuses. Les auteurs emploient le concept de *traitement collectif du trauma* pour analyser comment le langage de la souffrance offre à la population locale une voie pour tempérer les conséquences de la violence politique. En conclusion, les chercheurs mettent en évidence le manque de définition d'une théorie globale et *écologique du trauma* qui prenne en compte les mécanismes locaux traitant le stress traumatique (JONG & REIS, 2013).

Alter met l'accent sur le rapport ambigu et indéterminé, notamment au niveau sémantique, entre la possession d'esprit et les boissons spiritueuses. La possession d'esprit ne peut pas être réduite à la simple présence d'esprits, pas plus que l'alcoolisme à l'alcool. Ce sont, selon l'auteur, des conditions métaphoriques qui traversent à la fois les domaines chimiques, neurochimiques, somatiques et psychosomatiques. Il s'agit de métaphores qui ont une importante fonction performative, en plus de symbolique, en raison de leur impact sur la réalité du sujet. Elles incarnent, également, ce qu'Alter appelle *un glissement ontologique* et ce qui est particulièrement important, c'est la façon dont ce glissement ontologique est incorporé dans les symptômes.

L'addiction et la possession des esprits peuvent être comprises comme des phénomènes similaires, même si elles peuvent aussi être nettement distinguées l'une de l'autre en termes de facteurs culturels, biologiques et psychologiques. En examinant un cas d'exorcisme dans lequel la guérison implique la coexistence et le mélange de la dépendance, du *delirium tremens* et de la possession démoniaque, cet article combine les bio-sémiotiques avec la cybernétique afin de comprendre la signification des symptômes alcooliques, le problème du diagnostic et l'épistémologie de la spiritualité dans la pratique de la récupération. L'efficacité du traitement des dépendances devrait être considérée, selon l'auteur, comme l'expression de

la fonction spirituelle des relations sociales, et du contexte, qui sont ancrés dans les diagnostics, qui sont une sorte de langage symptomatique. En tant que tel, cet article offre un contrepoint sémiotique critique aux interprétations de l'efficacité rituelle qui reposent sur la phénoménologie et l'herméneutique. C'est aussi, en substance, la reconnaissance que la structure des relations sociales et supra-humaines sont physiquement incorporées et exprimées dans la relation *pathologique* avec les esprits et les spiritueux (ALTER, 2014).

Dans leur étude sur la possession, comme interprétation locale et culturellement déterminée des troubles du post-partum, les mères ont décrit les *djinns* comme des esprits malins qui causent des symptômes tels que la tristesse, l'anxiété et le malaise physique pendant la période postnatale. De nombreux facteurs de risque de possession ont émergé, comme le manque de soutien familial, la pauvreté et une naissance traumatique. Les résultats montrent des parallèles clairs entre les concepts occidentaux du syndrome post-partum et la possession par des djinns. Les mères dans les cultures musulmanes peuvent expérimenter la possession par un Jinn pendant la période postnatale, ce qui reflète des symptômes et une étiologie similaires aux concepts occidentaux de maladie postnatale.

Le *djinn* qui, possède une femme qui vient d'avoir un enfant, affecte à la fois la manière dont elle se sent et celle avec laquelle elle se comporte envers son bébé, son mari et sa famille. La possession par un djinn, qui peut causer une grande tristesse, une anxiété et une douleur émotionnelle, renvoie directement aux émotions éprouvées par les femmes souffrant de dépression post-partum dans les pays occidentaux (HANELY & BROWN, 2014).

KINSON et al. relèvent le défi de comprendre les différences entre les comportements de l'épilepsie, de la psychose fonctionnelle, et des comportements culturellement déterminés tels que la psychose à Singapour. Les troubles dissociatifs, la psychose et l'épilepsie partagent de nombreuses caractéristiques cliniques telles que l'amnésie, la fugue, la dépersonnalisation, le déséquilibre et le changement d'identité, ce qui en fait un défi diagnostique. Les études sur les patients atteints d'épilepsie et d'états dissociatifs montrent que les états de la fugue organique sont également fréquents. Lorsque des changements positifs de personnalité se produisent, ils le sont habituellement dans un laps de temps limité. Les symptômes dissociatifs peuvent être mal diagnostiqués et pris pour un cas d'épilepsie en l'absence d'un EEG grave. Inversement, l'épilepsie peut être mal diagnostiquée et considérée comme un trouble dissociatif si l'EEG est normal et non-ictal. Un diagnostic plus clair de l'épilepsie, par rapport à la dissociation, peut être effectué en utilisant la surveillance vidéo-EEG, qui devrait être normale dans les états dissociatifs.

Les deux cas cliniques analysés par les auteurs, avaient des caractéristiques de présentation similaires. Les patients avaient tous les deux des convictions religieuses profondément enracinées ; pour chacun les esprits étaient considérés comme responsables de l'apparition d'états dissociatifs. Ce qui a permis de bien diagnostiquer et de soigner ces patients a été la prise en compte et la compréhension des représentations culturellement déterminées des patients autour de leur souffrance.

En conclusion, KINSON et al. affirment que la distinction entre un phénomène épileptique, la psychose fonctionnelle, et l'état de type possession et transe n'est pas facile à réaliser. Le seul moyen de pouvoir améliorer le diagnostic et la prise en charge, se base sur une sensibilisation aux nuances culturelles, une adhésion stricte aux critères diagnostiques, l'utilisation d'entretiens structurés, les recherches neurologiques et le suivi longitudinal pour faciliter le diagnostic curatif aigu et fournir les soins appropriés (KINSON, ANG LYE POH, & CHEN, 2014).

L'analyse de deux situations cliniques de REAL et al. met en lumière les «tenants et aboutissants» du processus thérapeutique de la psychose en consultation transculturelle auprès de deux patientes originaires des Antilles. Ici l'esprit *dorlis*, qui est considéré comme l'agent responsable de la souffrance d'une des deux patientes, est analysé à la lumière « de sa capacité, par ses caractéristiques singulières, de permettre une réappropriation de la sexualité et du plaisir féminin ». Ce qui n'était pas autorisé aux esclaves par le passé. La possession par le *dorlis* :

est à l'image du déchainement sexuel du Maître puisque comme lui, il possède la femme par effraction, le *dorlis* procure cependant un plaisir qui exorcise le mal proféré et répété depuis le fantasme du viol originel. Le *dorlis* tente également de répondre à la question de la non-filiation puisque l'enfant né du viol de la femme esclave par le Maître, n'a pas de père. Le *dorlis*, être invisible, est une figure redondante du père esclave, caché, invisible, impossible. Il en va de même de ce mari absent du foyer, figure qui participe encore aujourd'hui de la structure matrifocale de la famille antillaise. C'est pourquoi aux Antilles la filiation ne peut qu'être sorcière ; l'homme antillais est absent du mythe originel. (ROLLE-ROMANA, 1999).

Bien que le fonctionnement psychique de ces patients relève de la psychose, le fait qu'il soit néanmoins structuré par les étiologies traditionnelles, permet que celles-ci puissent être accueillies et élaborées dans l'espace de la consultation transculturelle. Selon les auteurs « dans ces consultations transculturelles, le groupe tend à agir comme une machine à retisser des liens entre le dehors (culture) et le dedans (psychisme). S'il contribue à lire les désordres des patients à travers leur univers culturel, il n'alimente pas les manifestations délirantes mais

tend à les contenir dans un espace porteur de sens» (REAL, COHEN, KOUMENTAKI, & MORO, 2014).

L'étude démontre la thèse de SINHA et al., selon laquelle les guérisseurs traditionnels locaux renforcent souvent la détresse, l'inconfort et la stigmatisation du patient psychiatrique violent et de sa famille, en raison de leur pauvre compréhension et de leur manque de connaissances scientifiques. Sous l'influence de ces guérisseurs mystiques, les gens du village font souvent subir l'ostracisme à la famille entière. La présente étude souligne fortement que la première intervention au niveau communautaire serait d'autant plus nécessaire qu'elle pourrait aider à réduire le retard dans la demande de traitements psychiatriques, dans cette région rurale de l'Inde. Ce qui aurait pu sauver les vies des membres de la famille du patient, victimes d'actes homicides accidentels malheureux commis par le patient (SINHA, 2014).

VAN DUJIL et al. conduisent une étude sur le parcours de recherche d'aide et de modèles explicatifs de la part des patients souffrant de possession par les *omuzimu* (les esprits des ancêtres), les *emandwa* (les messagers esprits) et le *bachwezi* (semi-dieux) en Ouganda. Les résultats montrent que les processus thérapeutiques traditionnels jouent un rôle important dans la restauration des connexions avec le monde supra-inter et extra humain. La possession peut être considérée comme un idiome de la souffrance dans un contexte de répression et de perturbation sociale, qui est comparable au rôle d'un contenant émotionnel de la personnalité (VAN DUJIL, KLEIJN, & DE JONG, 2014).

L'étude de DJAZIRI, en Tunisie, analyse la possession par le djinn, lorsque celle-ci s'illustre sous la forme du chat noir apparaissant auprès des femmes qui viennent d'accoucher. Cette possession par l'intermédiaire de la figure du chat noir est le signe d'un syndrome culturellement déterminé appelé chat du post-partum.

Le chat du post-partum est une métaphore culturelle (KIRMAYER 2010) qui déculpabilise la mère en ne la rendant pas responsable du rejet de son enfant, ni de l'ensemble des troubles qui peuvent la rendre malade. (...) Si elle est malade, c'est que l'enfant est étrange, il est un esprit djinn-chat qu'il faut amadouer, apprivoiser et des fois nourrir.(...) On raconte à la mère une histoire, on lui donne à manger une bonne soupe, on lui fait des massages, et s'il le faut, on sacrifie un chat, on fait couler le sang (nourriture des djinns) pour nourrir l'esprit du chat du post-partum qui la torture; celui-ci content, il la laisse en paix et s'en va. (...) La créativité culturelle dans le champ de la périnatalité — féminine pour une large part — a tissé une métaphore culturelle dans le but de comprendre, de soigner et de prévenir les troubles du post-partum (DJAZIRI, 2014).

PIERRE Danièle analyse un cas clinique d'un patient réfugié en Belgique. Un cas très particulier d'interprétation de rêves répétitifs chez des patients réfugiés atteints de névroses

traumatiques. Le patient a des épisodes bizarres au cours desquels il entend une voix. Cette voix l'appelait à sauter par la fenêtre pour la rejoindre dans la mort. L'auteur affirme que le cauchemar est considéré comme une rencontre *effective* avec un être surnaturel, un être qui peut attaquer et tuer.

Dans une vision traditionnelle du monde qui cherche davantage à donner sens à toute chose, comme celle marocaine par exemple, si une personne est en état d'alerte permanent, sursaute au moindre bruit etc., et qu'on ne voit pas *qui* l'attaque, on ne va pas en conclure simplement et « naïvement » que ses attaquants n'existent pas – on va en conclure que les attaquants en question sont des *êtres invisibles* ! D'où la pensée théorique traditionnelle : *la frayeur rend vulnérable à l'attaque des djinns*; ce que nous appelons « état de stress post-traumatique » est interprété, *symbolisé* ou élaboré secondairement comme un état de possession par les djinns et c'est désormais contre eux qu'il faut mobiliser ses défenses psychiques (LHEIMEUR, 1991) (...) L'étiologie traditionnelle peut effectivement fournir la trame consciente et préconsciente, notamment dans les rêves, qui va permettre le travail d'élaboration psychique et de résorption après-coup du traumatisme. (PIERRE, 2014)

L'article de CARRUTH étudie le pluralisme thérapeutique parmi les Somali en Ethiopie entre traitements traditionnels, médecine somatique et psychiatrie. Les résultats montrent qu'en dépit d'une demande importante de traitements médicaux et de médecins, les traitements traditionnels sont toujours suivis et pratiqués en Ethiopie. On peut donc parler d'un véritable pluralisme médical que la médecine humanitaire doit prendre en compte pour mieux comprendre les patients et pour prendre des décisions plus efficaces. Les ethno-médecins locaux se basent sur les idées populaires de fluides humoraux, de possession par les déités ou les esprits (CARRUTH, 2014).

SAPKOTA et al. en 2014 reprennent le concept de la possession comme idiome de la détresse. Ils affirment que la possession d'esprit est perçue comme un malheur qui, en même temps, fournit un contexte unique de communication entre les humains et les esprits. La possession procure aux individus un moyen d'exprimer la souffrance liée à la maladie mentale, à la violence socio-politique, aux événements traumatisants et à l'oppression subie par les femmes. Les résultats de l'étude indiquent clairement que la possession d'esprit est un phénomène multidimensionnel qui ne peut être réduit à aucune catégorie diagnostique psychiatrique ou psychologique. Les prises en charge socio-sanitaires et cliniques devraient, selon les auteurs, faire l'effort de prendre en considération le contexte socioculturel et la dynamique systémique afin d'éviter de créer une pathologie iatrogène, et aussi afin de pouvoir renforcer des stratégies de *coping* (SAPKOTA et al., 2014).

L'étude de SOMER et al. sur les troubles dissociatifs et les expériences de possession en Israël porte sur trois groupes de patients. Un groupe composé de patients souffrant de troubles consécutifs à l'utilisation d'opiacés, un autre de femmes arabes soumises à des violences conjugales, et un troisième groupe témoin non clinique. L'étude démontre l'existence d'une relation entre l'exposition à la violence domestique et les symptômes dissociatifs. Les résultats montrent que la possession est extrêmement rare chez les participants non-cliniques. Un tiers des participants aux deux groupes cliniques ont reporté des expériences de possession de la part d'une entité, dans la plupart des cas il s'agit d'une entité avec une nature désincarnée. Selon les auteurs, la dissociation serait une stratégie de conversion, chez les femmes abusées qui vivent dans des environnements conservateurs, et dans un contexte culturel essentiellement machiste, pour pouvoir gérer des souvenirs douloureux à travers une incorporation de la souffrance. La conclusion de la recherche propose l'idée que le Trouble Dissociatif et les expériences de transe et de possession pourraient avoir une construction commune qui n'est pas nécessairement liée au trauma. La dissociation, la possession et la transe peuvent, en effet, représenter des idiomes de la maladie ou des formes alternatives d'expérience spirituelle (SOMER, ROSS, KIRSHBERG, BAKRI, & ISMAIL, 2015).

La recherche de BETTMANN et al. sur les représentations de la maladie mentale chez les réfugiés somaliens aux Etats-Unis, montre que, en dépit des taux élevés de *Troubles post traumatiques*, les patients refusent souvent les traitements car ils sont en contradiction avec leur système de référence. En accord avec les résultats de la recherche, les symptômes somatiques sont très utilisés par les somaliens pour décrire une souffrance mentale, donc les cliniciens devraient faire très attention à ces manifestations. Selon les auteurs, il faut bien tenir compte dans la prise en charge, que l'aspect religieux est étroitement lié à la souffrance. Les médecins occidentaux utilisent des termes tels que *dépression* ou *stress* qui n'ont pas d'équivalents en langue somali. Les somaliens, en effet, croient que les esprits sont une des causes de la maladie mentale, alors que les cliniciens attribuent des causes biologiques, génétiques ou environnementales à la maladie. Certains somaliens estiment que les thérapeutes traditionnels sont plus efficaces que les médecins. Les participants déclarent ne pas considérer la thérapie verbale comme une thérapie efficace pour la maladie mentale. Parler du problème serait, en effet, utile mais dans le contexte familial. Certains chercheurs considèrent que la thérapie occidentale basée sur la parole pourrait donner trop d'importance à la résolution du traumatisme alors que les réfugiés sont plus intéressés à résoudre les

problèmes qu'ils rencontrent au quotidien. (PALMER 2006). Pour cette raison, les praticiens devraient envisager d'inclure la famille dans le traitement de la maladie mentale (BETTMANN, PENNEY, CLARKSON FREEMAN, & LECY, 2015).

Dans le cas clinique analysé par CHARTONAS et BOSE d'une jeune fille d'émigrés au Royaume-Uni, la possession est considérée comme la manifestation d'une crise sociale après un épisode de stress traumatique. Grâce à l'analyse du discours des parents de la patiente, et à la considération des symptômes comme idiome narratif, les auteurs ont pu réaliser le diagnostic de *Trouble de l'adaptation*. Le traumatisme de migration de la patiente, serait donc composé par le stress d'acculturation, qui s'exprime à travers le langage de la détresse psychologique déclenchée par la rivalité avec le nouveau-né dans la famille. Les symptômes et les comportements de la jeune fille étaient partiellement traduits, dans le récit de la famille, par un malheur mental causé par un esprit qui a possédé la jeune fille pendant son voyage de l'Érythrée à l'Éthiopie. En conclusion, les auteurs ont mis en évidence :

- L'importance du stress d'acculturation, du conflit culturel et des facteurs de vulnérabilité personnels.
- L'école a été identifiée comme un lieu majeur de conflit culturel et un déclencheur du stress d'acculturation chez les enfants d'immigrants.
- Chez les enfants, les idiomes de détresse peuvent se manifester seulement, ou principalement, dans une incorporation somatique et non verbale de la souffrance.
- L'idiome de la détresse peut être une expression de malaise et de conflit et, en même temps, il constitue une communication de la souffrance, une narration, qui cherche une aide culturellement et socialement significative et une interaction avec les autres (CHARTONAS & BOSE, 2015).

L'étude de RANGANATHAN, sur le séjour dans le temple de *Mahanubhav*, explore les caractéristiques uniques et transformatrices de la guérison dans les temples, où le séjour dans le sanctuaire est l'élément clé du processus de guérison. Les pratiques de guérison les plus importantes dans le sanctuaire (p. ex. la transe) nécessitent une présence physique dans le temple, ce qui permet aux pèlerins de se *désenclencher* temporairement des relations existantes et de former de nouveaux liens. La résidence temporaire dans le sanctuaire, en tant qu'espace social, est importante pour le patient, non seulement pour les avantages d'un environnement apaisant ou d'un système de soutien, mais aussi parce qu'elle permet aux individus de développer des associations à long terme avec la communauté religieuse et la

secte. (RANGANATHAN, 2015).

L'étude de ROWAN et DWYER sur la possession, l'exorcisme pentecôtiste et la psychopathologie constate que les expériences de possession démoniaque, signalées par leurs informateurs, étaient particulièrement similaires aux symptômes psychotiques comme ils sont définis dans le DSM-V. Les patients, en effet, décrivent les expériences de perte de contrôle pendant la possession, telles qu'on les retrouve dans la passivité associée à la schizophrénie. La majorité des informateurs ont également donné des descriptions de l'expérience de possession en tant qu'observateur de leurs propres actions. Par exemple, ils affirment «s'entendre» en train de parler, ou en train de sauter, tout en manquant la prise de conscience de leur propre agentivité ou le sens de la volatilité de ces actions, accompagné d'une acceptation non critique du contrôle d'un agent externe. L'externalisation de l'agentivité est également considérée comme le principal moyen de discernement de la possession par rapport aux états de rêves intrusifs et pénibles. Les thèmes importants qui ont été identifiés à partir des transcriptions de la cérémonie de délivrance de la possession du démon et des entretiens des évangélistes avec les participants étaient les suivants :

- les cauchemars étaient généralement la manifestation de la possession,
- un thème commun des cauchemars était celui des visites d'un *mari spirituel*,
- la plupart des participants au moment des crises de possession avaient des problèmes relationnels / conjugaux.

Pendant la cérémonie de délivrance les participants ont généralement signalé une perte de contrôle ou *d'agentivité*, l'amnésie de ce qui a été dit ou fait n'était pas totale. (ROWAN & DWYER, 2015)

La recherche de KHAN et SANOBAR sur l'association entre manie délirante et possession montre comment la possession par un *djinn* peut être utilisée dans la société pakistanaise comme une explication de graves maladies psychiatriques telles que la manie délirante. Le manque de connaissances sur cette association parmi les médecins, la sensibilisation limitée du public aux maladies psychiatriques en général, ainsi que l'accès insuffisant aux soins de santé, les faibles niveaux socio-économique et éducatif, la stigmatisation des conditions de santé mentale, la grande disponibilité/accessibilité des guérisseurs spirituels reconnus par la communauté et le manque de perspicacité de la personne atteinte à la suite du processus de la maladie sont quelques-uns des facteurs qui contribuent à cette pratique et compromettent le traitement psychiatrique en provoquant une non-adhésion aux traitements psychiatriques

(KHAN & SANOBER, 2016).

L'étude de HECKER et al. se focalise sur la santé mentale dans la RDC (République démocratique du Congo), dans un contexte d'exposition continue des civils à la violence massive et aux atrocités liées à la guerre. Il a été observé un fort taux de prévalence de l'étiologie de possessions pathologiques et de Troubles de Stress Post-traumatique. Les résultats indiquent que la possession pathologique est à considérer comme un large cadre explicatif pour différents problèmes de santé mentale et physique. Les corrélations positives entre les symptômes TSPT et d'autres troubles concernant le traumatisme suggèrent que la possession d'esprit peut être une interprétation culturelle de symptômes concernant un traumatisme subjectivement inexplicable. Contrairement à la possession d'esprit qui dure tout au long de la vie, les phases aiguës de la possession d'esprit peuvent mener à des souffrances graves et à des difficultés à accomplir les tâches de la vie quotidienne. Ceci peut aussi indiquer que les guérisseurs traditionnels et spirituels ne peuvent pas guérir complètement les problèmes de santé mentale, mais ils peuvent néanmoins aider l'individu affecté à « fonctionner socialement ». Les thérapies traditionnelles, qui se basent sur une approche qu'on pourrait qualifier de réconciliation, peuvent supporter la négociation entre des parts affligées du sujet pour régler des conflits et l'amener à se réconcilier.

Selon les auteurs, l'observation du traitement des phénomènes de possessions d'esprit pathologiques peut enseigner sur comment améliorer la prise en charge du traumatisme individuel. Une thérapie concentrée sur l'action avec les familles et les communautés, la collaboration avec des guérisseurs traditionnels et spirituels, ou la garantie de l'assistance juridique et de l'action politique se révèlent fondamentales pour pouvoir réaliser une prise en charge vraiment efficace (Hecker, Barnewitz, Stenmark, & Iversen, 2016).

La recherche de SCHAFFLER et al. examine l'association de la possession des esprits avec la dissociation somatoforme et les troubles du sommeil, et les événements potentiellement traumatisants, en République dominicaine avec un groupe de pratiquants du *Vaudou* qui ont eu, ou pas, une expérience de possession. Les résultats montrent qu'il n'y a pas une grande différence entre le groupe atteint de possession et celui qui n'a pas vécu cette expérience ; qu'il n'y a pas un rapport de causalité nécessaire entre possession, traumatisme, et dissociation somatoforme, et que la possession offre des avantages économiques (SCHAFFLER, CARDEÑA, REIJMAN & HALUZA, 2016).

3.16 Tableau récapitulatif de la section : recherche

Auteur/ Année	Lieu de l'étude	Langue de l'étude	Problématique clinique	Nombre de cas/ N. cas détaillés	Critères diagnostique: - émique - étique	Méthodologie	Formation chercheur/ clinicien
MAYER (1911)	Pennsylvania U.S.A	n.s	Expliquer en termes psychanalytiques la possession diabolique	1 cas détaillé	Etique : psychiatrique Délire, paranoïa	Analyse cas clinique. Transcription et analyse des fragments du discours du patient	n.s
FRASER (1916)	Royaume- Uni	n.s	La possession des esprits et l'hystérie	1 cas détaillé	Etique : Hystérie/ Démonomanie	Analyse cas clinique	n.s
MISCHEL et MISCHEL (1958)	Trinidad	n.s	Aspects psychologiques de la possession	1 cas détaillé	Emique : possession	Analyse cas clinique	n.s
OBEYESEKERE (1970)	Ceylan	n.s	Analyse d'un idiome de la maladie culturellement déterminée : la possession et ses liens avec la maladie mentale	1 cas détaillé	Emique : possession par un démon	Analyse cas clinique	n.s

WINTROB 1970	Liberia	n.s	Les croyances en Mammy Water et les manifestations psychotiques	2 cas détaillés	Emique : possession par l'esprit Mammy Water	Analyse cas cliniques + recherche ethnographique	Directeur du service psychiatrique
YOUNG 1975	Ethiopie	n.s	<i>Kuruynya</i> maladie et possession dans le culte Zar en Ethiopie	2 cas détaillés 2 femmes	Emique : kureynya	Qualitative, narrative	Anthropologue
WIJESINGHE et al. (1976)	Sri Lanka	n.s	Spécificité et difficultés de prise en charge des patients considérés possédés par leur communauté au Sri-Lanka	37/ 4 cas détaillés	Emique : Possession	Quantitative entretien structuré	n.s
CRAMER (1980)	Mexique	n.s	La relation entre la possession et les troubles psychiques dans le contexte rural mexicain	1 cas détaillé	Emique : Possession	Qualitative. Analyse cas clinique	n.s
CHANDRASHEKAR (1981)	Inde	n.s	La possession comme résultat de l'influence que les croyances, les représentations et les attentes de la communauté ont sur le sujet	1 cas détaillé	Emique : DSM Transe et possession disorder	Qualitative. Analyse de cas clinique	Psychiatre

VENKATARAM AIAHET al. (1981)	Karnataka	n.s	Phénomène de possession et transe de masse parmi les étudiants d'une école primaire. Echech thérapeutique des rituels religieux	43 cas	Emique : Possession	Méthode mixte quantitative + qualitative: entretien semi-structuré + tests psychométriques	n.s
WARD et BEAUBRUN (1981)	Ouest Inde	n.s	La relation entre possession d'esprit et le névrosisme, évaluée par des techniques psychométriques	20 cas	Emique : Possession	Qualitative. Entretien structuré : l'EPI et l'échelle d'hystérie du MMPI.	n.s
WARD 1982	Trinidad	n.s	La possession : comme crise personnelle, forme de protestation sociale et facteur de stress psychosocial lié au rôle de femme	4 cas détaillés	Emique : possession par les démons	Qualitative. Observation participante + entretiens en profondeur. Histoire de vie	Professeur School of Comparative Social Sciences
SATIJA et al. (1982)	Inde	Hindi	Les aspects psychodynamiques et psychiatriques de la transe chez les patients	100 cas	Etique : - Hystérie - phénomènes	Quantitative : Tests : -T. suggestibilité (APRG,	Faculté psychiatrie Faculté

			névrosés qui fréquentent le MEHANDIPUR BALAJI TEMPLE		de type transe et possession	1977)-Punitive Scale-Guilt scale Questionnaire structuré: Middlesex Hospital Questionnaire (MHOJ)	psychologie
TOBIN, FRIEDMAN (1983)	E. U	n.s	La possession des esprits, les cauchemars et le syndrome du survivant chez un patient réfugié	1 cas détaillé	Emique : Problème causé par un esprit	Qualitative. Analyse cas clinique	n.s
PFLEIDERER (1985)	Gujarat, Inde	n.s	La possession comme stratégie d'aménagement de la crise d'âge/passage à la vie adulte	1 cas détaillé	Emique : Possession	Qualitative. Analyse cas clinique	n.s
KUA et al. (1986)	Singapore	n.s	Étude transculturelle à Singapore sur les phénomènes de type transe et possession chez des militaires renvoyés du	36 cas	Etique : DSM Syndrome propre à une culture ;	Qualitative. Entretiens en profondeur.	n.s

			service militaire et envoyés à l'hôpital psychiatrique de Woodbridge		phénomènes de type transe et possession		
MELIA et MUMFORD (1987)	Nepal	n.s	La possession et les erreurs diagnostiques. La possession réelle ou présumée, peut produire des symptômes physiques et psychiques chez les patientes népalaises qui peuvent passer pour une maladie physique ou psychiatrique	4 cas détaillés	Étique : Maladies somatiques 3 neurologiques 1 infectieuse Émique : Possession	Analyse cas cliniques	Senior Spécialiste Psychiatre
PETERS 1988	E.U	n.s	La possession comme variable transculturelle des troubles de personnalité borderline (TPB)	1 cas détaillé	Étique : troubles de personnalité borderline (TPB)	Recherche ethnographique analyse de cas clinique	n.s
ETSUKO (1991)	Japon	Japonais	La possession par l'esprit du renard comme une	1 cas détaillé	Emique : Possession	Qualitative : Approche narrative	n. s

			métaphore de la maladie et analyse de ses significations dans le contexte culturel japonais.		renard Etique : DSM schizophrénie		
MULL (1991)	Pakistan	Ourdou	La catégorie diagnostique de malnutrition n'est pas reconnue au Pakistan par les mères des enfants souffrants de malnutrition. Les symptômes sont associés à la possession d'esprit et à la peur	150 cas	Etique : Somatique : 3ème degré de malnutrition Emique : sukhay kr bmnrr (maladies liées à la peur et à la possession des esprits)	Qualitative : Entretiens structurés complétés par des questions d'approfondissement	Department of Family Medicine, University of California,
KUA et al. (1993)	Singapore	n.s	Analyse de la possession des esprits comme un «comportement lié à la maladie» (illness behaviour) culturellement déterminé chez les patients	100 cas	Emique : Possession Etique : DSM - dépression - névrose	n.s	Department de Psychological Medicine, National University of Singapore

			psychiatriques chinois		- maniaco-dépressive		
TANTAM 1993	Tanzanie	Langue locale/anglais	Analyse d'un rituel thérapeutique d'exorcisme d'une patiente diagnostiquée comme un cas de malaria	1 cas détaillé : 1 femme	Emique : Possession	Analyse cas clinique Observations ethnographiques + entretien.	Professeur de psychothérapie Angleterre
PFEIFER (1994)	Suisse	n.s	La croyance aux démons chez les patients psychiatriques Protestants en Suisse	343 patients/ 1 cas détaillé	Emique : Possession par les démons Etique DSM-III - trouble de l'adaptation - décompensations psychotiques	Quantitative : Enquête systématique	Medical Director, Psychiatric Clinic
SHARP (1994)	Madagascar	n.s	Conflit entre des « réalités épistémologiques	2 cas détaillés	Emique : Possession	Qualitative : Analyse cas cliniques	Anthropology Program, Butler

			alternatives» autour du phénomène de la possession parmi les psychiatres, les patients et les thérapeutes traditionnels en Madagascar.		esprits <i>tromba</i>	Entretiens avec les professionnels de santé Observations cliniques	University, Indianapolis,
CASTILLO (1994)	-Inde -Pakistan	n.s	La possession des esprits dans le Sud de l'Inde. Analyse de cas classiques de possession de la littérature anthropologique selon la théorie de la dissociation : les phénomènes dissociatifs sont considérés comme des réponses à des situations extrêmes du contexte, notamment des abus sexuels dans l'enfance	2 cas détaillés	Etique : DSM Trouble dissociatif de type transe et possession	Analyse cas cliniques	n.s
MAGEO 1996	Samoa	n.s	Les esprits comme vestiges d'une problématisation historique coloniale, du sexe et du genre	1 cas détaillé	Emique : possession	Qualitative. Recherche ethnographique	Anthropologue

SCHIEFFELIN (1996)	Papouasie Nouvelle Guinée	n.s	L'émergence de la Maladie de l'Esprit du Mal en Papouasie Nouvelle Guinée : implications historiques et processus culturels	3 cas détaillés: 2 femmes 1 homme	Emique : Maladie de l'esprit du mal	Qualitative. Recherche ethnographique	n.s
WITZTUM et al. (1996)	Israël	n.s	Étude de l'étiologie culturellement déterminée, « le Zar», qui est liée aux états modifiés de conscience et qui a été observée parmi de nouveaux émigrés éthiopiens en Israël	3 cas détaillés	Etique : DSM État dissociatifs aigus avec des épisodes psychotiques. Symptômes de troubles obsessionnels compulsifs, symptômes d'agoraphobie Emique : possession Zar	Qualitative. Analyse cas cliniques + revues de la littérature anthropologique sur le sujet	Faculty of Health Sciences, Beer-Sheva Mental Health Center, Institute for the Culture of Ethiopian Jewry

<p>SATOH et al. (1996)</p>	<p>Japon</p>	<p>n.s</p>	<p>La difficulté de diagnostiquer des troubles sous-jacents impliqués dans la possession au Japon. Analyse d'un cas de possession avec des tendances suicidaires qui se sont manifestées à la suite d'une vente à domicile d'articles comme des amulettes et des talismans</p>	<p>1 cas détaillé</p>	<p>Etique : DSM - troubles dissociatifs - troubles dissociatifs non spécifiés - troubles psychotiques</p>	<p>Qualitative. Analyse cas clinique Approche phénoménologique.</p>	<p>Institute of Community Medicine, University of Tsukuba, Psychiatric Research Institute of Tokyo, Department of Criminal Psychiatry, Tokyo Medical and Dental Univerxty,</p>
<p>FERRACUTI et al. (1996)</p>	<p>Italie</p>	<p>Italien</p>	<p>Une analyse clinique, sous l'angle des troubles de dissociation, des cas de possession démoniaque à Rome et qui sont soumis à des exorcismes dans les églises catholiques</p>	<p>10 cas</p>	<p>Etique : DSM-IV / APA Trouble Dissociatif de type transe</p>	<p>Recherche qualitative, Outils : Passation des Tests - DDIS (Dissociative Disorder Interview Schedule) - le Test Diagnostique de Troubles</p>	<p>Department of Psychiatry and Psychological Medicine, University of Rome La Sapienza</p>

						Dissociatifs Rorschach - Matrices progressives de Raven Observation participante des exorcismes	
BOSE 1997	Royaume- Uni	n.s	Compréhension et prévention des erreurs diagnostiques dans le cas de patients d'origine bengali à Londres qui présentent des symptômes qui sont reconnus par leur communauté comme étant des signes de possession	2 cas détaillés : 1 femme 1 homme	Emique : possession Etique : 1) hypomanie 2) psychose affective	Qualitative. Analyse cas cliniques	Pédopsychiatre d'origine bangladaise et travaillant dans la communauté bangladaise à Londres
AL-KRENAWI (1997)	Israël	n.s	Une étude autour de l'efficacité de l'intégration entre les systèmes psychiatrique et traditionnel	1 cas détaillé : 1 homme	Etique : schizophrène paranoïaque.	Qualitative. Analyse cas clinique	Ph.D. Lecturer Department of Social Work Israel

			(exorcisme par un derviche) dans la prise en charge d'un patient bédouin				
MCCARTHY (1997)	EU	n.s	La possession diabolique chez les schizophrènes et les <i>borderlines</i> comme une manifestation des agonies primitives et de l'angoisse d'effondrement	1 cas détaillé : 1 homme	Étique : borderline et schizophrénie	Qualitative. Analyse cas clinique	Psychanalyste
HODES (1997)	Israël	n.s	Un grand nombre d'Éthiopiens réside en Israël comme réfugiés, immigrants, ou étudiants. Pour leur fournir les soins adéquats, les médecins doivent comprendre leurs croyances autour de la santé et des thérapies, notamment le <i>Zar</i>	19 cas détaillés : 1 cas de possession de <i>zar</i>	Étique : DMS psychose Émique : <i>Zar</i>	Qualitative. Analyse cas cliniques	n.s
PAL (1997)	Papua Nouvelle	n.s	La relation entre la responsabilité criminelle et	64 patients/ 2 cas détaillés	Étique : DSM-III	Qualitative. Analyse cas cliniques	Consultant Psychiatrist,

	Guinea		les facteurs culturels associés aux comportements violents. Les syndromes liés à la culture : le Syndrome d'Amok et le Syndrome de Possession d'Esprit, sont une cause majeure des comportements violents en Papouasie Nouvelle Guinée		Les syndromes liés à la culture	(dossiers)	Mental Health Services, Boroko, Papouasie Nouvelle Guinée
GAW et al. (1998)	Chine	Langue vernaculaire chinoise	Analyse des caractéristiques cliniques de la possession en Chine. Les cas de possession présentent un défi pour le diagnostic et le traitement	20/ 2 cas détaillés	Emique : Le diagnostic chinois de yi-ping (l'hystérie) Etique : DSM-IV Trouble dissociatif spécifié	Qualitative : Entretien structuré	Division of psychiatry Boston University School of Medicine, departement of neuropsychiatry Shijiazhuang
MARTINEZ-TABOAS (1999)	Porto-Rico	Espagnol/anglais	Discussion du cas clinique d'un patient glossolalique qui	1 cas détaillé	Etique : DSM-IV	Analyse cas clinique	n.s

			se considère possédé par un esprit		trouble psychotique avec délires paranoïdes		
PFEIFER (1999)	Suisse	n.s	Comprendre la nature des idées de possession et d'influence diabolique chez les patients psychiatriques non-délirants	343 cas	Étique : DSM-III psychotiques et schizophrènes, troubles de la personnalité, non-délirants	Quantitative. Entretiens semi-structurés	Psychiatre
CARRAZANA et al. (1999)	Florida, EU	n.s	La relation entre l'épilepsie et le système religieux du vaudou	4 cas détaillés	Étique : Épilepsie	Qualitative. Analyse cas cliniques	Neurologic Center School of Medicine and University General Hospital
AL-KRENAWI (1999)	Israël	Bédouin-Arab	Cette étude examine comment un échantillon de	60 cas	Étique : DSM (des	Qualitative. Entretiens semi-	Assistant social psychiatrique

		dialecte	patients psychiatriques bédouins-arabes explique leurs symptômes de santé mentale		différents troubles) Emique modèles explicatifs patients	directifs	bédouin-arabe en Israël et le coordinateur des services de santé mentale du Bedouin Arab of the Negev Mental health clinic
BENG-YEONG NG (2000)	Chine	n.s	Caractéristiques des états de transe dans trois communautés ethniques différentes (chinois, malais et indiens) à Singapour	55 patients	Emique : DSM-IV Troubles de type transe et possession	Qualitative. Entretiens semi- structurés	Psychiatre
MESTRE (2000)	Madagascar	n.s	Le choix de devenir médecin entre histoire personnelle et double vocation : devenir guérisseur et médecin. Exemple clinique entre possession et maladie de Parkinson	1 cas détaillé	Emique : Possession	Qualitative. Observation participante	Anthropologue, psychiatre

FIELOUX et LOMBARD (2000)	Madagascar	n.s	Une analyse comparative du phénomène de la possession dans la société malgache. La possession des esprits <i>tromba</i> à Madagascar comme signe d'élection, la maladie comme rejet de l'appel à l'initiation	128 cas	Emique : Possession esprits <i>tromba</i>	Qualitative : recherche ethnographique Observations cliniques Entretiens semi-structurés	Anthropologues
STEPHEN et SURYANI (2000)	Indonésie	Balinais	Réfuter les théories du chaman psychotique et de folie initiatique. Les chamans seraient plutôt dotés d'une «autonomous imagination» une capacité spéciale de l'imaginaire	108/ 5 cas détaillés	Emique : Possession/élection par un esprit	Qualitative. Entretiens non-directifs	Collaboration entre un anthropologue occidental et un psychiatre balinais
ELMORE (2000)	Caroline du Sud, EU	n.s	Fréquence d'erreurs diagnostiques des troubles dissociatifs dans le cadre des soins primaires chez des patients qui croient au Vaudou	3 cas détaillés	Etique : DSM-IV Troubles Dissociatif Difficultés diagnostiques	Qualitative. Etude de cas	n.s

DE TOLEDO et al. (2001)	Haiti	n.s	Epilepsie, possession et brûlures liées aux crises épileptiques	4 cas détaillés : 3 femmes 1 homme	Etique : Somatique. Crise d'épilepsie- brulures	Qualitative. Analyse cas cliniques	Chercheurs du département de Neurologie, Université de Miami
MESTRE (2001)	Madagascar	n.s	La relation problématique entre le diagnostic d'hystérie et les représentations locales de la possession des esprits <i>tromba</i> dans un hôpital au Madagascar	1 cas détaillé	Etique : DSM hystérie Emique : Possession esprits <i>tromba</i>	Qualitative. Analyse cas clinique, observation participante	Médecin et anthropologue
BIDOUNGA (2001)	Kongo	Lari	Le fétiche et sa possession comme objet/entité qui est évoqué au Kongo pour soigner de nombreuses maladies : la maladie du sommeil, la goutte, la stérilité, les fausses couches, les fièvres sournoises du soir	2 cas détaillés	Emique : Fétiche Kongo le Kinguizila	Qualitative : Recherche ethnographique et observation participante	Conférencier et restaurateur au Musée National du Congo à Brazzaville, conservateur du Musée Régional de Kinkala, il conduit une recherche personnelle sur les

							coutumes et l'art traditionnel du Congo
MATTOO et al. (2002)	Inde	n.s	Le cas d'une famille de 31 membres présentant une hystérie de masse et les problèmes liés à sa gestion médicale et sociale	31/ 2 cas détaillés : 2 hommes	Etique : Hystérie de masse et troubles affectifs bipolaires	Qualitative. Analyse cas cliniques	Psychiatre
MOUSTACHE (2002)	Guadeloupe	n.s	Problématique autour de l'élaboration de diagnostics pour certaines psychopathologies se rapportant dans les grandes lignes au tableau clinique de l'hystérie en Guadeloupe	2 cas détaillés	Etique : DSM hystérie	Qualitative. Etude de cas.	Psychothérapeute d'origine antillaise, psychologue, anthropologue
BASU et al. (2002)	Inde	n.s	La transe et le syndrome de possession peuvent être corrélés avec le système nerveux central.	1 cas détaillé	Etique : Troubles neurologiques : lésions	Qualitative. Etude de cas.	Psychiatry, Directeur du Central Institute of Psychiatry, Kanke,

					causées dans le système nerveux central (SNC)		RAP ICHI
VALENZUELA-PÉREZ et al.(2003)	Canada	Espagnol/ Anglais	Le pacte avec le démon comme métaphore et étiologie de la violence dans l'itinéraire thérapeutique d'un homme latino-américain <i>immigré au Canada</i>	1 cas détaillé	Etique : DSM Syndrome culturellement déterminée <i>susto</i>	Qualitative. Analyse cas clinique	Équipe multidisciplinaire : - Psychologue, Consultante de la Clinique Transculturelle de l'hôpital Jean-Talon, Montréal. -Médecin et anthropologue, Chercheur et co-thérapeute à la Clinique Transculturelle de l'hôpital Jean-Talon.

							- Psychiatre et anthropologue, Directeur de la clinique Transculturelle de l'hôpital Jean-Talon, Montréal
CARROLL (2004)	N.Y, EU	Anglais/Somalien	Problèmes mentaux et étiologie traditionnelle, en lien avec le monde invisible, dans la communauté somalienne des réfugiés aux EU	17 cas	Emique : Murug, Waali, Gini	Qualitative : Combinaison de méthodes, entretiens semi-structurés Théorie ancrée. Analyse des processus contre-transférentiels	Equipe multidisciplinaire
NG et CHAN (2004)	Singapour	n.s	Reconnaitre les facteurs de stress et les éléments susceptibles de précipiter les patients dans des troubles de type transe et possession à Singapour.	58 cas	Etique : DSM I-V Trouble dissociatif de type transe et possession	Qualitative : Entretiens semi-structurés	Psychiatre et Chef département Behavioural Medicine, Singapore, Head of Biostatistics

							Clinical Trials and Epidemiology Research Unit, Singapore.
KABIR et al. (2004)	Nigeria	Hausa	Etude des connaissances, attitudes et croyances autour des causes, des manifestations et des traitements de la maladie mentale. Groupe étudié : adultes d'une communauté rurale au nord du Nigeria	250	Emique : Troubles liés au monde invisible. Problèmes liés à l'abus de substances	Quantitative : Entretiens semi-structurés	n.s
RAGURAMAN et al. (2004)	Inde	n.s	Présentation d'un cas anormal de Trouble Stress Post Traumatique	1 cas détaillé	Emique : TSPT	Qualitative. Analyse cas clinique	Psychiatre
DONARD (2005)	France	n.s	La relation entre <i>traumatisme</i> et possession diabolique	1 cas détaillé : 1 homme	Emique : Conflits psychiques Emique : possession par	Qualitative. Analyse cas clinique	Psychologue, écoutante en centre de prise en charge psychologique des troubles liés aux

					le diable		perceptions du surnaturel
IVEY (2005)	Afrique du Sud	n.s	Décrire ce que l'auteur définit comme « états d'esprit diaboliques », et lier cela aux phénomènes de possession démoniaque volontaire et involontaire	2 cas détaillés	Emique : Possession par les diables/ Etique : « états d'esprit diaboliques »	Qualitative. Analyse cas cliniques	Psychologue
SELIGMAN (2005)	Brasil	Portugais	Comprendre le lien entre détresse émotionnelle, dissociation et médiumnité	71 dont la plupart des femmes (numéro non spécifié)	Emique : médiumnité	Qualitative : Entretiens semi-structurés + The Questionario Morbidade Psiquiatrica dos Adultos (QMPA) + (DES)Dissociative Experiences Scale	Post-doctorat au Département de Psychiatrie Transculturel, McGill University.

SZABO, JONSSON, VORSTE (2005)	République Sud-Africaine	n.s	Analyse du cas clinique d'une jeune adolescente dont les troubles se manifestent avec les caractéristiques du désordre dissociatif de type transe (le DTD) dans le cadre de la récupération de la dépression majeure après la mort de son père	1 cas détaillé	Etique : DSM-IV Trouble dissociatif de type transe et possession	Analyse cas clinique	Division of Psychiatry, Faculty of Health Sciences, University Witwatersrand, Adolescent and Eating Disorders Unit, Tara Hospital, Johannesburg
ISMAIL et al. (2005)	Angleterre	Urdu, Punjabi, Anglais	Explorer les besoins, les nécessités et les représentations de la maladie et de sa prise en charge chez les patients asiatiques qui souffrent d'épilepsie	30 cas	Etique : Somatiques Epilepsie	Qualitative Entretiens semi-directifs	Health Services Research Unit, Bradford Teaching Hospitals School of Health Studies, University of Bradford, Division of Public Health
IGLESIAS et IGLESIAS (2006)	E. U	Espagnol/anglais	Intégration entre les stratégies thérapeutiques de	1 cas détaillé	Etique : possession	Qualitative. Analyse cas clinique	n.s

			l'hypnose et le système de prise en charge de la Santeria chez un patient cubain émigré aux EU		Somatique : cancer du pancréas, insomnie.		
PALMER (2006)	Angleterre	Anglais	Analyser les représentations de la communauté somalienne autour de la maladie mentale et comprendre certaines des barrières à l'accès et à l'utilisation des services de santé à Londres	7	Etique : Dépression légère/modéré Emique : Murug, Waali, Gini	Méthode mixte : quantitative + qualitative Entretien semi- directifs	Deputy Director of the Migrant and Refugees Communities Forum
IGREJA, KLEIJN, ET RICHTERS (2006)	Mozambique	n.s	La possession par les esprits gamba et les effets psychosociaux d'exposition prolongée de femmes à la guerre civile dans le centre du Mozambique	91 cas	Etique : DSM-IV TSPT	Méthode mixte : qualitative : entretiens en profondeur + observation ethnographique quantitative : Entretiens structurés Harvard Trauma	Research School of Asian, African, and Amerindian Studies (CNWS), the Netherlands;

						Questionnaire (HTQ). Self-Report Questionnaire (SRQ)	
ILECHUKWU (2007)	Nigeria	n.s	Le rôle des étiologies traditionnelles Ogbanje/abiku et Abiku dans l'élaboration de réponses adaptées individuelles et collectives à la mortalité infantile élevée au Nigeria	108/ 3 cas détaillés	Emique : ogbanje or abiku	Méthode mixte : quantitative/ Qualitative	n.s
PIERRE (2007)	Belgique	Philippin/français	Hypothèse de dépression mélancolique qui se manifeste comme une possession par un esprit chez un patient philippin.	1 cas détaillé	Etique : Psychanalytique : dépression mélancolique	Qualitative. Analyse cas clinique	Psychiatre
ŞAR, AKYÜZ, DOĞAN (2007)	Turquie	Turc	Prévalence des troubles dissociatifs chez les femmes, conséquences de traumatismes vécus pendant l'enfance qui	628 cas	Etique : DSM-III Trouble dissociatif non	Quantitative Entretiens structurés - Dissociative Disorders Interview	Clinical Psychotherapy Unit and Dissociative

			se manifestent par des épisodes de type transe et possession		spécifié états de personnalités multiples	Schedule (DDIS) - Borderline Personality Disorder section of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II) - PTSD- Module of the Structured Clinical Interview (SCID)	Disorders Program, Department of Psychiatry, Medical Faculty of Istanbul, University, Istanbul, Department of Psychiatry, Cumhuriyet University Medical Faculty
AL-SINAWI, AL-ADAWI ET AL-GUENEDI (2008)	Oman	n.s	Les patients alcooliques présentent souvent des symptômes de manques sévères pendant chaque Ramadan qui, souvent associées à des états modifiés de conscience, sont	1 cas détaillé	Etique : Symptômes de sevrage d'alcool (psychiatre)	Qualitative. Analyse cas clinique	Clinician in the Department of Behavioral Medicine at Sultan Qaboos University Hospital, with research and

			interprétés par les patients comme un signe de l'influence des djinns				academic interests in psycho- pharmacology
CHAPIN (2008)	Sri-Lanka	n.s	Rituels de possession, l'amélioration de la qualité de vie du patient et « le travail de la culture » dans le traitement de la dissociation pathologique	1 cas détaillé : 1 femme	Emique : Possession	Qualitative. Ethnographique	Professeur adjoint d'anthropologie au Département de sociologie et d'anthropologie, Université du Maryland
MAC LAREN et al. (2009)	Îles Salomon	n.s	Comment incorporer les croyances socio-culturelles locales, y compris celles autour de la possession d'esprit <i>buru</i> , dans le Service de Santé Mentale de l'Hôpital	20 cas	Emique possession <i>buru</i>	Qualitative Entretien semi- structurés	Public Health Researcher, School of Public Health, Tropical Medicine and Rehabilitation Australia, Mental Health Coordinator, Adventist Hospital, Senior Lecturer,

							College of Nursing, Village Health Worker, Health Centre, Solomon Islands
GUENEDI et al. (2009)	Oman	n.s	La relation entre les données neurocomportementales, la fonction cérébrale, et un idiome local de la détresse : la possession	1 cas détaillé	Emique : possession	Qualitative. Analyse cas clinique	n.s
THAKUR et PIRTA (2009)	Inde	Dialecte local Himachal Pradesh	Possession, connaissances religieuses et capacité cognitives	30 cas	Emique : Possession	Qualitative avec un groupe de possédées et un groupe contrôle. Questionnaire directif.	Phd, chercheur au département de Psychologie l'Université de Himachal Pradesh
SETHI et BHARGAVA (2009)	Inde	n.s	Description d'un cas de possession de masse dans une même famille	7 cas détaillés	Emique : Possession	Qualitative. Analyse cas cliniques	Phd Institute of Medical Sciences

MOREIRA-ALMEIDA AND KOSS-CHIOINO (2009)	Puerto-Rico/ Brazil	n.s	Epilepsie, possession, brûlures liées aux crises épileptiques	4 cas détaillés: 3 femmes 1 homme	Etique : Somatique Crise d'épilepsie-brûlures	Qualitative. Analyse cas cliniques	Professeur Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde, Federal Université du Brazil. PhD, Professeur à Arizona State University
ERTL et al. (2010)	Uganda	Luo	La validité du diagnostic de TSPT parmi des adolescents et des adultes en Ouganda en corrélation avec des indicateurs de probabilité (c'est-à-dire, l'exposition à des trauma) et les idiomes locaux de détresse : possession d'esprit.	504 cas	Etique : DSM-IV Trouble de type transe et possession - TSPT	Quantitative : E. Structurés Questionnaire : -Harvard Trauma Questionnaire -The Impact of Event Scale -the PTSD Checklist -Civilian Ver- sion - Post-traumatic	Bielefeld University Vivo Foundation University of Konstanz

						Diagnostic Scale - Depression section of the Hopkins Symptom Checklist	
EZEOBELE et al. (2010)	EU	n.s	Relation entre dépression et possession. Difficultés de diagnostic et de prise en charge de la dépression pour les femmes nigériennes aux EU, puisque la folie est associée par les patients aux mauvais esprits ou à une malédiction	19 cas	Etique : Dépression Emique : Possession Malédiction	Qualitative : Entretiens semi- structurés	Femme nigérienne qui vit aux USA, praticien infirmière de santé mentale.
SELIGMAN (2010)	Brazil	n.s	L'incorporation (<i>imbodiment</i>), l'expérience corporelle comme élément clé des expériences de discontinuité du soi dans les phénomènes de possession	51 cas détaillés	Emique : Medium (capacité de communiquer avec les esprits) du <i>condomblé</i>	Mixte : qualitative + quantitative.	Assistant Professor of Anthropology and Faculty Fellow at the Institute for Policy Research at Northwestern University.

<p>VAN DUIJL et al (2010)</p>	<p>Uganda</p>	<p>Runyankore</p>	<p>Association entre la possession et les symptômes somatoformes et psychoformes des troubles dissociatifs et du TSPT</p>	<p>119 cas/ 1 détaillé</p>	<p>Emique : Possession Etique : DSM-IV Troubles dissociatifs TSPT</p>	<p>Quantitative : Questionnaires : -The Spirit Possession QuestionnaireUganda - The Checklist Dissociative Symptoms for Uganda -The Dissociative Experiences Scale - The Somatoform Dissociation Questionnaire-The Harvard Trauma Questionnaire -The Traumatic Experiences Checklist</p>	<p>Clinic for Refugees, Foundation Arq Psychotrauma Research, Referent Trauma Center HealthNet TPO, Komproe Faculty of Social and Behavioral Sciences, Department of Psychiatry, J. T. de Jong Cultural and International Psychiatry, VU University, The Netherlands Jong Department of Psychiatry,</p>
--------------------------------------	---------------	-------------------	---	----------------------------	---	--	---

							University School of Medicine, Boston, USA
IGREJA et al. (2010)	Mozambique	n.s	Le taux de prévalence de la possession d'esprit pathologique, ses caractéristiques, la fonction des différents esprits et de leurs hôtes, la corrélation entre l'expérience de la possession d'esprit, les modèles de santé et les services médicaux consultés par des adultes dans la période post-guerre civile au Mozambique entre 2003 et 2004.	941 cas	Emique : ku tekemuka (l'équivalent de transe dissociative) et transe de possession	Mixte quantitative et qualitative. Entretiens semi-structurés	The University of Queensland, Institute for Social Science Research Psychology Department, Oklahoma State The New School of Psychology, Interdisciplinary Centre Department of Public Health and Primary Care, Anthropology & Sociology University of Amsterdam

CAVANNA et al. (2010)	Haiti	n.s	L'impact négatif du système traditionnel des croyances, autour de la possession et du vaudou, sur le diagnostic et le traitement de l'épilepsie	4 cas détaillés	Etique : Somatique épilepsie	Qualitative. Analyse cas cliniques	Department Neuropsychiatry, Birmingham Mental Health NHS Foundation Medical School, Birmingham, UK University of Turin
ZOUARIA et al. (2010)	Tunisie	n.s	Analyser le rôle joué par les représentations culturelles de la maladie (notamment la sorcellerie et la possession) dans l'expression et la prise en charge de la dépression en Tunisie	3 cas détaillés	Etique : DSM-IV - dépression psychotique	Qualitative. Analyse cas cliniques	Psychiatre service de psychiatrie CHU Hedi-Chaker, Sfax, Tunisie
PIERRE (2011)	Belgique	n.s	L'entrée dans la drogue comme une recherche initiatique déformée et comme le signe d'un mal d'affiliation. L'épilepsie interprétée comme la	1 cas détaillé	Emique : possession Etique : Épilepsie, toxicomanie	Qualitative. Étude du cas	Psychiatre

			possession par les djinns dans l'histoire du patient				
BOURGOU et al. (2012)	Tunisie	Arabe dialectal	La possession par le «djinn» est la principale étiologie rapportée par les mères et cela pourrait expliquer le retard pris dans le diagnostic et la prise en charge de la psychose	22 cas	Etique : DSM-IV schizophrénie, troubles schizo-affectifs, troubles schizophréniformes	Qualitative. Questionnaire semi-structuré	Unité de recherche « Troubles cognitifs dans la pathologie psychiatrique », service de pédopsychiatrie, hôpital Razi, Tunisie
CRABB et al. (2012)	Malawi	Dialectes local	Comprendre la nature et la fréquence du stigma associé à la maladie mentale en Malawi	210 cas	Etique. Générique : Troubles mentaux	Quantitative Questionnaire de la «World Psychiatric Association Program to Reduce Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia»	Forth Valley Royal Hospital, Department of Mental Health, College of Medicine, University of Malawi, Scotland-Malawi Mental Health Education

							Project, Wishaw General Hospital, Netherton St, Wishaw, UK. Sackler Institute of Psychobiological Research, Section of Psychological Medicine, UK.
BRAGAZZI et DEL PUENTE (2012)	Italie	Italien /Arabe	Attaques de panique et possession par les djinns, analyse d'une thérapie ethno-psychiatrique	1 cas détaillé	Etique : Anxiété et troubles de panique Emique : possession par les djinns	Qualitative. Analyse du cas clinique	Psychiatre/ Ethnopsychiatre
PIERRE (2012)	Belgique	n.s	Les discours culturels marocains, les rêves et l'étiologie traditionnelle autour de la possession, comme outil pour apaiser la	1 cas détaillé	Emique : possession par les djinns	Qualitative. Analyse du cas clinique	Psychiatre

			relation mère -fille, selon une double interprétation ethnopsychiatrique et psychanalytique				
NEUNER et al. (2012)	Uganda	Luo	La prévalence de phénomènes de type transe et possession parmi les enfant-soldats. Etude sur les prédicteurs, les caractéristiques de la possession en Ouganda parmi les enfant-soldats en comparaison avec les civils	1113 cas	Etique : DSM-IV critères de Trouble transe et possession	Quantitative : Test d'évaluation de psychopathologie - TSPT - dépression	Department of Psychology, Bielefeld, Germany b Vivo Uganda, Gulu, Uganda University of Konstanz, Germany
HARMANT (2013)	Mayotte	n.s	La possession par les djinns comme signifiant de la quête identitaire et du lien défaillant mère/enfant	1 cas détaillé	Emique : Possession djinn Etique : Approche psychanalytiq ue : conflits intra-	Qualitative. Analyse cas clinique	Psychologue clinicien, Centre Médico Psychologique de l'hôpital de Mayotte

					psychiques, trauma		
BENOIT DE COIGNAC et BAUBET (2013)	France	n.s	Troubles de type transe et possession chez les patients étrangers mineurs isolés en France	1 cas détaillé	Emique : Transe et possession	Qualitative. Analyse cas clinique	Service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent, psychiatrie générale et addictions, Hôpital Avicenne (AP-HP), Bobigny.
DEIN, ILLAIEE (2013)	Royaume-Uni	n.s	Le rôle des djinns dans la souffrance mentale chez les musulmans au Royaume-Uni	1 cas détaillé : 1 homme	Emique : Possession par les djinns	Qualitative. Étude de cas.	Membre du Comité exécutif du Groupe d'intérêt spécial de la spiritualité et de la psychiatrie du Collège royal des psychiatres.

HOSSEINI et al. (2013)	Iran	n.s	Stigmatisation sociale et diagnostic d'épilepsie	21 cas	Etique : épilepsie	Qualitative : Des entretiens non structurés et semi-structurés	Chercheurs en sciences infirmières, Psychiatrie, Sciences Médicales, Neurologie Université de Yasuj et Teheran, Iran
ROSS et al. (2013)	EU	Anglais - américain	Prévalence des syndromes propres à une culture chez les patients psychiatriques américains avec des troubles dissociatifs en Amérique du Nord	100 cas	Etique : DSM-IV Syndromes propres à une culture : latah, bebainan, amok, and pibloktoq.	Quantitative : entretiens structurés	n.s
JONG et REIS (2013)	Guinée Bissau	n.s	Le culte dissociatif Kiyang-yang comme « traitement du trauma collectif ». L'idiome local de la possession offre à	12% de la population de Balanta (Nombre non	Emique : Kiyang-yang Etique : DSM-IV	Qualitative : Recherche ethnographique et psychiatrique	n.s

			la population une stratégie pour mitiger les conséquences morbides de la violence politique	spécifié)	-troubles de type dissociatif - TSPT		
ALTER (2014)	Inde	n.s	Le rapport ambigu et indéterminé, notamment au niveau bio-sémantique, entre la possession de l'esprit et les boissons spiritueuses	1 cas détaillé	Emique : Possession Etique : addiction	Qualitative. Analyse cas d'étude	Anthropologue
HANELY et BROWN (2014)	États arabes du golfe Persique	Arabe	La possession comme une interprétation locale et culturellement déterminée des troubles du post-partum	10 cas détaillés	Etique : Troubles du post-partum	Qualitative : Entretiens en profondeur	Département de la santé publique et des études politiques
KINSON et al.(2014)	Singapore	n.s	Difficultés diagnostiques et de différenciation entre l'épilepsie, la psychose fonctionnelle et la possession à Singapore	2 cas détaillés	Etique : Neurologique : Epilepsie du lobe frontal gauche. DSM-IV	Qualitative. Analyse de cas cliniques	n.s

					Psychose Emique : Possession par un esprit taoïste		
RÉAL et al. (2015)	France	n.s	La psychose analysée selon une approche théorique et clinique transculturelle qui se base sur les étiologies traditionnelles de la possession et de la sorcellerie	2 cas détaillés	Emique : possession, sorcellerie Qualitative : Étude du cas clinique	Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis, Bobigny, <i>France</i> Université Paris Descartes	
SINHA, GAJENDRAGAD (2014)	Inde	n.s	L'étude des difficultés socioculturelles rencontrées par une famille pauvre d'une région rurale de l'Inde face à un fils malade psychiatrique et violent	1 cas détaillé	Etique : DSM IV-V Psychose Emique : L'esprit du démon, punition pour des fautes commises dans le passé,	Qualitative. Étude du cas clinique	Department of Psychiatric Social Work, Institute of Human Behaviour & Allied Sciences, Delhi

					y compris les vies passées		
VAN DUIJL et al. (2014)	Uganda	Runyankore Anglais	L'efficacité des processus thérapeutiques traditionnels dans la prise en charge de la possession et sa valeur psycho-sociale dans le contexte de l'Ouganda d'après-guerre	119 / 4 cas détaillés	Emique : Possession Etique : DSM-IV/V Troubles dissociatifs - TSPT	Qualitative : Entretiens semi-directifs Questionnaire The Spirit Possession Questionnaire-Uganda (SPQ-Ug)	n.s
DJAZIRI (2014)	Tunisie	Arabe	En Tunisie, Qatûs nifâs (littéralement : chat du post-partum) est une dénomination qui désigne une pathologie en rapport avec les troubles du post-partum. Analyser ses causes, les soins prodigués en cas d'atteinte et les aspects en rapport avec la prévention. Description, causes, soins et prévention	20 cas	Emique : QATUS NIFÂS (chat du post-partum)	Qualitative : Entretiens semi-directifs	Professeur de psychologie clinique, directeur de l'unité de recherches Enfances

PIERRE (2014)	Belgique	Russe/ Français	Possession et interprétation des rêves répétitifs de la névrose traumatique chez les patients réfugiés	3 cas détaillés	Emique : DSM- état de stress post-traumatique Emique : Frayeur Possession Attaque djinn	Qualitative. Etude de cas	Psychiatre
CARRUTH (2014)	Ethiopie	Somalien/ anglais	Le pluralisme thérapeutique parmi les somalis en Ethiopie entre traitements traditionnels, médecine et psychiatrie	146 cas	Emique : Possession des djinns	Qualitative : Recherche ethnographique entretiens semi-directifs ethnographiques	Ethnologue
SAPKOTA et al. (2014)	Népal	Népalais	La relation entre la possession d'esprit épidémique et la psychopathologie au Népal rural	22 cas/ 1 cas détaillé	Emique : Possession	Qualitative : Entretiens ethnographiques + tests - the Beck Anxiety Inventory t - and the Post-	Une équipe pluridisciplinaire constituée d'un psychologue et de deux assistants sociaux, médecin, statisticiens

						Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian	
SOMER et al. (2014)	Israël	Hébreu, arabe	L'existence d'une relation entre l'exposition à la violence domestique et les symptômes dissociatifs. La fréquence des cas de possession, de Troubles Dissociatifs de type Transe et la relation entre ces trois phénomènes chez des patients de culture arabe et juive en Israël	68 cas	Étique : DSM IV - TSPT - Trouble de transe dissociatif Trouble Dissociatif de l'identité (TID).	Quantitative : Entretiens structurés : - Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS) - Dissociative Trance Disorder Interview Schedule (DTDIS), - Dissociative Experiences Scale (DES)	University of Haifa, Israel, The Colin A. Ross Institute for Psychological Trauma, USA, University of Haifa, Israel, University of Haifa, Israel, University of Haifa, Israel
BETTMANN et al. (2015)	EU	Anglais/somali	Les malades mentaux sont fortement stigmatisés dans les contextes non-occidentaux = difficulté d'accès aux soins - En dépit de taux élevés de	20 cas	Étique : - (tristesse) causée par des événements traumatiques et/ou	Qualitative : Technique d'échantillonnage en boule de neige. Entretiens semi-structurés à l'aide	University of Utah College of Social Work, Salt Lake City, Utah, USA

			Troubles post traumatiques chez les patients somaliens, les patients refusent souvent les traitements car ils sont en contradiction avec leur système de référence		d'intenses difficultés -folie/maladie mentale - Gini (les esprits qui peuvent provoquer un large nombre de maladies)	d'une grille d'entretien	
CHARTONAS et Bose (2015)	UK	Tigrigna-anglais	Présentation du cas clinique d'une petite fille, avec des comportements de type transe et possession, un diagnostic très difficile à poser, dans un contexte de traumatisme migratoire, de stress d'acculturation et de changements dans la fratrie	1 cas détaillé	Etique : DSM-IV Troubles de l'adaptation <i>avec</i> perturbation <i>mixte</i> des émotions et des conduites et symptômes dissociatifs	Etude du cas	n.s

					Emique : Possession par un esprit diabolique		
RANGANATHA N (2015)	Inde	n.s	Le séjour dans le temple comme un moment fondamental du traitement religieux	30 femmes	n.s	Qualitative : Ethnographique	Professeur du Département des arts libéraux, Institut indien de technologie
ROWAN & DWYER (2015)	Royaume- Uni	n.s	Possession, exorcisme pentecôtisme et psychopathologie	18 cas détaillés : 18 femmes	Emique : possession	Qualitative : Approche phénoménologique	Professeur du Département de linguistique, Université de Londres
KHAN & SANOBAR (2016)	Pakistan	n.s	La manie délirante et la possession par djinns en Pakistan	1 cas détaillé : 1 femme Membres de la famille avec des troubles	Emique : possession par les djinns/ Etique : Manie	Qualitative. Analyse de cas clinique	Psychiatre

				similaires : Troubles bipolaires chez un frère et une sœur	délirante		
HECKER et al. (2016)	République démocratique du Congo	Kiswahili	Possessions d'esprits pathologiques comme une interprétation culturelle des symptômes liés au traumatisme dans la République démocratique du Congo	73 cas	Étude : DSM-IV (TSPT) Étude : Possession par les esprits - ancêtres	Qualitative : Entretiens semi- directifs -Spirit Possession Questionnaire	Department of Psychology University of Zurich, International and Center on Violence Mid-Norway, St. Olav's University Hospital. Psychiatry, St. Olav's University Hospital and Department of Neuroscience, Norway

<p>SCHAFFLER et al. (2016)</p>	<p>République Dominicaine</p>	<p>Espagnol</p>	<p>Examiner l'association de la possession des esprits avec l'expérience des événements traumatiques, la dissociation somatoforme et les troubles du sommeil chez les participants aux rituels vaudous</p>	<p>87 cas</p>	<p>Etique : DSM-5 Dissociation somatoforme, troubles dissociatifs Emique : possession esprits <i>voudou</i> «<i>mistero</i>» et <i>loas</i></p>	<p>Qualitative : GROUNDED THEORY Entretiens narratifs Questionnaires : - Somatoform Dissociation Questionnaire SDQ-5 -TEC-DR Traumatic Experience Checklist -SPQ-DR Spirit Possession Questionnaire-Dominican Republic (SPQ-DR)</p>	<p>CERCAP, Department of Psychology, University, Institute of Environmental Health, Center for Public Health, Medical University of Vienna, Austria</p>
---------------------------------------	-------------------------------	-----------------	--	---------------	---	---	---

3.17 Observations

En dépit du grand intérêt manifesté par les chercheurs sur la possession, sur son lien avec les aspects psychologiques et psychopathologiques, sur les traitements et les problèmes de prise en charge, un nombre encore limité de recherches s'est focalisé sur la prise en charge de la possession dans les systèmes sanitaires publics des pays occidentaux et notamment en France.

Dans l'observation clinique reportée et dans l'analyse de cas cliniques, très peu d'attention a été portée à l'entourage du patient et, en particulier, aux membres de la famille souffrant éventuellement de troubles similaires.

Pour surmonter ces lacunes, nous avons décidé d'orienter notre recherche vers la prise en charge de patients étrangers ayant fréquenté les structures publiques sanitaires en France et qui manifestaient des phénomènes de type transe et possession.

Pour pouvoir investiguer systématiquement le lien entre la manifestation de la possession chez le patient et les antécédents d'expériences/troubles liés à la possession chez les autres membres de la famille ou de l'entourage proche, nous avons choisi comme outil méthodologique, pour les entretiens semi-directifs, le questionnaire *McGill Illness Narrative Interview* (MINI). En effet, la section 2, « LE RECIT DES PROTOTYPES », de ce questionnaire interroge directement le patient afin de savoir si un membre de la famille ou de l'entourage a déjà vécu un problème similaire.

4 - SITUATIONS CLINIQUES

4.1 Alphonsine

Nous demandons à Alphonsine de faire partie de notre recherche, car la possession s'est tout de suite imposée comme une hypothèse dans les discussions de *debriefing* parmi les co-thérapeutes de la *consultation* de psychiatrie *transculturelle*. Sa souffrance, lors de la première séance, se manifeste en effet comme étant étroitement liée et déterminée par la manifestation des présences du monde de la nuit, des esprits sous une forme humaine ou animale, et notamment d'un serpent. Madame sentait ce serpent pénétrer dans son corps et dans son ventre, ou encore circuler dans les pieds et les yeux, à son grand dam.

Nous avons rencontré Alphonsine dans le groupe thérapeutique ethno-psychiatrique spécialisé dans le traitement du Traumatisme et les prises en charge des demandeurs d'asile, dans le service de psychopathologie de l'hôpital Avicenne de Bobigny (service du Pr BAUBET)¹⁴.

La consultation d'ethnopsychiatrie se base sur le cadre théorique d'ethnopsychanalyse tel qu'il a été proposé par DEVEREUX G. et sur le modèle clinique institué par NATHAN Tobie au centre *Georges Devereux*. Une séance d'ethnopsychiatrie se déroule de la manière suivante : autour d'une famille, conduite par l'un de ses référents institutionnels (assistante sociale, psychologue, médecin), se réunit une dizaine de professionnels (en général psychologues cliniciens, mais aussi, médecins, psychiatres, anthropologues, linguistes). Parmi ces professionnels, au moins l'un d'entre eux parle la langue maternelle de la famille et connaît les habitudes thérapeutiques ayant cours dans l'environnement habituel de la famille. Les autres, souvent spécialistes d'autres régions, sont sensibilisés avant toute chose à l'importance des traditions thérapeutiques locales. Le référent qui a conduit la famille parle d'abord, explique ce qu'il attend de cette consultation, expose ce qui, à son sens, constitue les difficultés, les souffrances et la problématique de la famille. La consultation d'ethnopsychiatrie est surtout une procédure de traduction, favorisant l'expression dans la langue maternelle. C'est aussi un « dispositif démocratique », car les thérapeutes, les médiateurs, les patients et sa famille, sont tous considérés comme des co-thérapeutes, ils sont les partenaires obligés d'une recherche de sens entreprise en commun, dans laquelle tous sont activement engagés, avec des rôles différents. Le pouvoir thérapeutique est, en effet, réparti. La multitude d'intervenants rend

¹⁴ Service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent, psychiatrie générale et addictions, Hôpital Avicenne (AP-HP), Bobigny.

possible l'expression d'une multiplicité d'interprétations et la création d'un espace narratif pluriel.

Selon la définition de NATHAN Tobie, l'ethnopsychiatrie « est une discipline qui se propose d'éprouver les concepts de la psychiatrie, de la psychanalyse et de la psychologie aux risques des théories des groupes dont elle étudie les dispositifs thérapeutiques. Elle ne prend donc pas parti dans la querelle opposant les tenants d'une validité universelle des concepts psychanalytiques, des entités nosographiques de la psychiatrie, des concepts issus des recherches en psychologie cognitive et les tenants d'un relativisme culturel. Elle se contente d'inventer des méthodes destinées à mettre ces théories à l'épreuve des réalités culturelles et cliniques qu'elle observe » (NATHAN, 1997).

4.1.1 Note de recherche

Nous avons réalisé deux entretiens de recherche en français, langue qu'Alphonsine maîtrise parfaitement, dans un bureau du service de l'hôpital où Madame a l'habitude de venir en consultation.

Madame semble être bien à l'aise dans cet espace, elle échange des blagues avec le psychiatre de la consultation qu'elle rencontre et elle manifeste à plusieurs reprises son envie de se saisir de cette opportunité pour parler et être utile à la recherche.

En complément des informations collectées pendant les entretiens de recherche, nous avons eu accès au dossier médical, aux notes des consultations transculturelles, auxquelles nous avons participé aussi en tant que co-thérapeute (jusqu'au début de l'entretien de recherche), ainsi qu'aux notes des discussions de « briefing » après les séances, et celles des préparations. Nous avons quitté le cadre thérapeutique pour privilégier celui de la recherche, et pour nous assurer de ne pas induire le patient dans une confusion, et/ou une ambiguïté par rapport à notre rôle et les objectifs de l'entretien. Nous avons, également, interviewés le psychologue qui a le rôle de thérapeute principal avec Madame, dans la consultation transculturelle, un co-thérapeute de la consultation, et le clinicien qui a été responsable de l'accueil et de l'évaluation de la demande de prise en charge dans la consultation de psychiatrie transculturelle, faite par l'équipe de l'association socio-sanitaire qui a pris en charge Alphonsine.

4.1.2 Anamnèse

Alphonsine est une femme *lari*, originaire de la République du Congo de 58 ans, au moment de notre entretien. Elle est arrivée en France pour fuir la guerre civile pendant laquelle elle a été torturée et gravement blessée dans le corps et dans l'esprit. Au Pays elle était fonctionnaire, ce qui signifie un bon niveau d'étude et un statut social moyennement élevé ; mais, aussi, le risque de s'exposer à l'accusation d'être une collaborationniste du gouvernement et des français de la part des opposantes au gouvernement, ce qui a été le cas. Pendant la guerre civile au Congo, Madame a été kidnappée, emmenée dans la forêt et torturée. Jetée dans un trou et confrontée à de nombreuses horreurs, elle a commencé à crier et elle n'a plus jamais arrêté depuis.

A son arrivée en France, son état de santé empire. Les conditions d'extrême précarité, l'errance comme SDF dans les rues de Paris, la peur, la visions des militaires qui patrouillent dans les gares et qui déclenchent des réminiscences post-traumatiques, la fait tomber dans un état de confusion et de souffrance aiguë.

Alphonsine est logée dans un foyer pour demandeurs d'asile, après deux hospitalisations, une première notamment pour recevoir des soins somatiques, et une deuxième dans un hôpital psychiatrique.

Quatorze ans se sont écoulés depuis son arrivée en France, actuellement elle ne travaille pas à cause de ses problèmes de santé, son temps est ponctué par de nombreux rendez-vous médicaux et administratifs. Alphonsine, aujourd'hui, est encore en train de se battre (l'expression est la sienne) pour trouver un peu de paix, ce qui est loin d'être atteint.

Elle habite maintenant dans un appartement, avec son petit-fils qu'elle soupçonne d'avoir la même « *maladie de la famille* » qui a touché des nombreux membres de son groupe familial. Le petit-fils, en effet, a des comportements imprévisibles et parfois agressifs tout comme la fille, qui a été déplacée dans une maison d'accueil suite à des crises pendant lesquelles elle agissait « comme si elle avait un diable à l'intérieur », selon les mots de sa mère.

Nous avons connu Madame dans le cadre d'une consultation de psychiatrie transculturelle où nous travaillons comme co-thérapeute. Alphonsine a été orientée vers la consultation, par l'équipe soignante de l'association socio-sanitaire dans laquelle elle est prise en charge, pour lui offrir un espace de parole afin d'évoquer ce qu'elle appelle « la maladie de la famille ». Et, aussi, afin d'explorer les différents aspects de cette *étiquette* qui semble relier des étiologies traditionnelles nombreuses et diversifiées.

Madame se saisit avec enthousiasme de cet espace, où un cercle de thérapeutes l'accueille et l'entoure, pour l'écouter et l'aider à réfléchir, et trouver le sens derrière tous les malheurs qui l'ont touché, elle et sa famille. Alphonsine arrive toujours à l'heure aux consultations, un sourire ouvert et radieux se dessine sur son visage dès qu'elle franchit la porte de la consultation. Presque toutes les séances commencent avec des échanges riches en humour avec le thérapeute principal, au dépit de son corps endolori. Comme elle le dit : « être avec les gens, parler, écouter les conseils, me fait un bien fou ».

4.1.3 L'enchaînement des événements liés au problème de santé

Alphonsine raconte que déjà quand elle était enfant, elle avait une sorte de prédisposition à la maladie, une sorte d'hypersensibilité qui se présentait sous forme de migraines et d'une nervosité, comme elle le dit, mais qui ne devait pas l'amener à la maladie. Son problème de santé a éclaté pendant la guerre au Congo quand elle a été kidnappée, ligotée, malmenée, et jetée dans un trou par des militaires.

« Ils m'ont dit « arrête de crier ! », mais c'était partie, quand je suis sortie je n'étais pas bien. On sort de la forêt, de l'autre côté du Pays mais là, on vous prend, et on vous livre dans les mains des rebelles. Ils m'ont malmenée, c'est là que les yeux sont partis¹⁵.

Effrayée par les images épouvantables, qu'elle a vu, d'animaux qui se nourrissaient de cadavres, Madame a perdu le sommeil et a commencé à avoir des crises des cris qu'elle ne parvenait pas à arrêter. Donc, c'est de là que tout est parti.

Mais selon Alphonsine, la maladie était déjà dans la famille avant sa naissance et il y a beaucoup de gens, parmi ses parents, qui ont été atteints. La maladie s'est manifestée dans la famille par des décès brutaux et des attaques d'épilepsie.

Dans son foyer, cela a commencé par le père, qui est tombé malade, quand Madame était petite. Après, ce fut le tour de son petit-frère, à l'âge de 16/17 ans, qui a commencé à avoir des visions de personnes avec des cornes.

Cela a commencé tout d'un coup. Une fois, elle raconte, son frère était à la maison avec des copains, la famille ne sait pas ce qu'il s'est passé, mais pendant deux jours le jeune parle sans arrêt et il refuse de manger. « Moi aussi » dit Alphonsine « à certains moments, j'étais comme ça. Je parlais sans me fatiguer, sans arrêt ».

15 Alphonsine, extrait de l'entretien de recherche.

Ensuite, c'est sa sœur qui est tombée malade, des chutes. Juste avant que sa maladie ne se déclenche, elle voit un oiseau. Sa sœur commence à le suivre, mais, nous dit Alphonsine, « c'est comme si cet animal se moquait d'elle. Après elle est tombée et c'était des crises de folie. Parfois elle s'enfuit dans la forêt et il faut la suivre ».

4.1.4 Symptômes et manifestations de la maladie

Pour Alphonsine, le début de la maladie coïncide avec les événements traumatiques vécus pendant la guerre et elle se manifeste par des crises de cris, invalidantes au quotidien, qui la dépassent et qui l'empêchent de dormir. Elles sont associées à des états de confusion, une sensation d'être égarée, désorientée comme après un naufrage, ainsi que des états de nervosité et d'agressivité qui l'envahissent comme s'ils étaient extérieurs à elle-même, qui la dépossèdent de sa personnalité jusqu'à perdre le contrôle d'elle-même. La nervosité accompagne la perception des présences invisibles « Parce que ces choses-là aiment la nervosité » selon Alphonsine « Ils viennent, ils t'énervent pour que toi, tu donnes un coup de poing dans le mur. Tu n'es plus toi-même ».

Madame se plaint de sensations anormales dans le corps « c'est comme si les nerfs s'ouvrent ». Elle se retrouve avec des bleus et des courbatures sans pouvoir en trouver la cause ; elle a la perception de mains invisibles qui la touchent avec violence « comme si on m'a jeté du poison »¹⁶.

Elle a aussi des sensations de rigidité et lourdeur dans certaines parties du corps comme la tête. Alphonsine a l'impression d'avoir l'esprit d'un serpent qui bouge dans le ventre et des *choses* qui lui rentrent dedans par le vagin, quand l'effet des médicaments se dissipe :

« C'est comme si ces choses-là attendent ce moment-là. Ou alors c'est qu'avec les médicaments elles ne se produisent pas. (...) quand elles veulent attaquer, tu commences avoir envie de faire pipi. Donc, quand j'allais faire pipi, il y avait quelque chose qui me rentrait dans le ventre »¹⁷.

Pendant les crises elle dit avoir des comportements inexplicables et bizarres, comme détruire de l'argent, dont elle ne se rappelle pas une fois que la crise est passée.

Elle se dit animée par une énergie extraordinaire pendant les crises, et son corps a aussi une résistance hors de commun, elle se compare à une machine, un robot, qui peut marcher et

16 Ibid.

17 Ibid.

marcher sans se fatiguer. Elle commence, parfois, à déraisonner et à tenir des propos incohérents sans lien apparent entre eux.

Souvent Alphonsine attribue aux autres les sentiments agressifs qui l'animent. Elle expérimente des états de dépersonnalisation, pendant lesquels elle se sent dirigée, comme «téléguidée », selon ses propres mots, «C'est comme si tu étais commandée, un esprit commandeur qui est à l'intérieur de toi et qui te dirige».

Pendant ces épisodes, Madame dit ne pas avoir le contrôle de son corps, et elle n'est pas maîtresse, non plus, de sa propre parole. Ces crises sont toujours suivies par des amnésies. Elle fait souvent des insomnies, qu'elle attribue aussi à son ventre, comme s'il était un autre sujet dans son corps « Le ventre, aussi souvent me fait des insomnies. (...) Le médecin me dit que c'est un deuxième cerveau, c'est pourquoi le ventre me fait mal, c'est quand le ventre me fait mal s'est pire de tout »¹⁸.

Au niveau somatique, Alphonsine raconte sentir des sensations altérées dans son cœur, comme des sortes de palpitations. Et, elle a souvent des migraines qui sont associées à un état de nervosité et à la perte du contact avec l'entourage « C'est là-dedans qu'il fait mal, et tu ne peux plus entendre les gens »¹⁹.

Elle entend des sons qui n'ont pas de source apparente et elle a des visions de présences qui se manifestent sous forme d'animaux (des souris, des lézards), qui traversent les murs et les ampoules de la chambre.

Les présences se manifestent aussi, sous une forme humaine. Alphonsine raconte que déjà au Congo, toutes les nuits, elle voyait un homme noir avec une casquette, à côté de son lit et il partait toujours avant l'aube. L'esprit semble être le mari décédé d'une tante considérée sorcière.

4.1.5 La nomination de la maladie

Alphonsine nomme sa maladie « la maladie de/dans la famille ».

Premièrement, avec cette expression, Madame désigne la famille, comme la victime de la maladie et donc, idéalement, comme le sujet des soins. Comme nous le savons, grâce aux apports de l'anthropologie de la santé, la détermination du sujet du soin dans une perspective transculturelle, n'est ni naturelle ni universelle, elle dépend des conceptions de la personne qui

¹⁸ Alphonsine, extrait de l'entretien de recherche.

¹⁹ Ibid.

se construisent sur l'image que la société a de soi. Comme nous le montre Bastide (1993)²⁰, en Afrique, le concept de « personne » est essentiellement pluriel et relationnel ; nous pouvons donc observer différents degrés de fusion de la personne dans son environnement, dans son altérité. Pour le dire autrement, le problème de santé chez Madame n'est pas conçu comme divisible ou autonome par rapport au reste du groupe, ou comme une pathologie radicalement différente par rapport aux autres maladies qui touchent les différents membres de la famille. La « maladie de la famille » semblerait donc être d'une seule et même nature, bien que ses manifestations soient hétérogènes, et que les épisodes morbides soient déclenchés par des événements qui sont différents pour chaque personne. Pour Madame, par exemple, ça a commencé avec la guerre, beaucoup des membres de la famille ont eu des morts soudaines, dont les causes sont décrites comme mystérieuses et il y également maints cas d'épilepsie.

Alphonsine donne des interprétations multiples, concernant la maladie, qui coexistent en parallèle, pour ainsi dire, et qui agissent métaphoriquement dans les différents domaines d'interprétation. Elle relie dans une seule étiologie, créée par elle-même, les nombreuses et différentes maladies qui ont touché de nombreux membres de sa famille, toutes générations confondues et aussi bien dans la lignée matrilinéaire que patrilinéaire. Elle les nomme avec différentes étiquettes en jonglant avec plusieurs mondes linguistiques, culturels et thérapeutiques :

1. **lawuka** (la folie, en Lari)

*«Lawuka, laukoa, ou lauki. On appelle ça des crises d'angoisse, crises de stress»
(Alphonsine)*

2. **le mauvais sort**

«A. : Dans les prières j'entends le mot «le mauvais sort». On me l'a dit plusieurs fois : « les gens de la famille vous ont jeté un mauvais sort pour que l'argent ne reste pas ». (Alphonsine)

3. **l'envoutement**

4. **la psychose**

5. **le Mo-kishi** : la maladie des fétiches

6. **l'«être mariée avec un esprit (nstar)»**

7. **l'épilepsie (nzeta) «maladie du tourne sol»**

20 Bastide, R., & Dieterlen, G. (1993). *La notion de personne en Afrique noire*. Editions L'Harmattan.

« Nzeta, tourne-sol. Quelque chose qui retourne au sol, qui tombe. L'épilepsie, parfois ça te fait tomber par terre. Ma sœur, par exemple, dès qu'elle se réveille, elle fuit dans la forêt, elle a l'épilepsie mais après ça devient une crise de folie. Parfois elle enlève ses habits en les arrachant. L'épilepsie, c'est aussi ça, une crise de folie ». (Alphonsine)

Ces maladies, bien qu'elles soient décrites et reconnues par Madame comme étant des manifestations pathologiques différentes, sont assimilables à différents symptômes de la même maladie de la famille dont la cause principale est l'attaque sorcière, l'envoutement. Selon Alphonsine, le sorcier pour ne pas se faire reconnaître et découvrir, donne aux personnes ciblées des maladies différentes. « *A ma sœur ainée on lui a donné l'épilepsie et moi regarde !* ». (Alphonsine)

Deuxièmement, l'attribut « de la famille » veut désigner la famille, elle-même, comme la cause de la maladie.

Beaucoup de membres de la famille sont, en effet, accusés de sorcellerie, d'autres sont des guérisseurs et féticheurs, dont l'activité attirerait indirectement les malheurs sur l'entourage et certains sont considérés comme des « orgueilleux » qui alimentent intentionnellement les conflits et la discorde dans la famille.

Enfin, le conflit intra-familial, nous dit Alphonsine, est considéré, par le Pasteur, comme la cause principale de tout le malheur qui afflige cette famille ; cela est une hypothèse à laquelle Madame semble adhérer particulièrement.

4.1.6 Parcours de soins

Les parcours de soins d'Alphonsine tracent une sorte de carte de mobilité thérapeutique dont les coordonnées spatiales, temporelles sont inscrites sur un double axe de « migrations/circulations thérapeutiques » des différents croisements entre déterminants migratoires et déterminants de l'accès aux soins (SAKOYAN, 2012).

La *migration thérapeutique*²¹ de Madame trace, en effet, le dessin d'un pluralisme thérapeutique complexe, voir tortueux, qui touche des lieux différents et qui met en jeu des soignants (psychiatres, médecins, infirmiers, guérisseurs) et des figures professionnelles diverses (cliniciens, assistants sociaux, pasteurs de l'église). La « maladie de la famille » d'Alphonsine met en relation des systèmes de soins qui se basent sur des paradigmes

21 Alphonsine raconte être venue en France, pour soigner ses yeux, elle n'utilise jamais dans l'entretien l'étiquette de demandeur d'asile, ni n'explique son départ du Pays pour des raisons politiques.

potentiellement contradictoires, au Pays comme en France, que Madame semble en revanche bien orchestrer et s'en servir de façon absolument complémentaire. Nous avons ainsi schématisé les différents lieux thérapeutiques :

Au Congo :

- a) Hôpital, service psychiatrique
- b) Lieux de consultation (non spécifiés) pour les thérapies traditionnelles

En France :

- c) Hôpital
- d) Association d'aide aux Victimes :
- e) Foyer demandeurs d'asile
- f) Centre Psycho-Médical et Social
- g) Consultation d'Ethnopsychiatrie spécialisée dans le Trauma
- h) Lieux de consultation (non spécifiés) des thérapeutes traditionnels
- i) Eglise Evangélique : soins contre l'envoutement par le « Pasteur mystique »
- l) maison : automédication
- m) maison : traitements envoyés par une fille de Madame qui est restée au Congo

4.1.7 Diagnostics reçus

Chaque lieu thérapeutique a ses propres cadres, ses règles, ses symboles, ses objets, ses références théoriques et ses outils pratiques. Ils s'expriment à travers différents idiomes de la détresse qui a ses propres structures communicatives, faites de mots, de silences, de moyens d'expressions, de supports matériels ou non, qui permettent de réceptionner et d'émettre des informations. Chaque langage thérapeutique se différencie par son contenu, son aspect formel et l'usage qui correspond à l'ensemble des circonstances sociales et le contexte de la communication thérapeutique.

Les diagnostics, donc, comme les paroles, ont la double caractéristique d'être représentatifs et performatifs, de réaliser donc une action sur la réalité par le fait même de son énonciation. Nous avons schématisé les diagnostics dans les différents lieux de soin, comme suit :

- a) TSPT

b) choc de guerre (effroi, stress)

maladie dans la famille

lawuka (la folie)

sorcellerie

maladie des fétiches mo-khishi

c) /

d) TSPT

e) /

f) psychose

g) /

h) sorcellerie,

i) envoutement

4.1.8 Traitements reçus

Dans l'histoire d'Alphonsine, nous pouvons voir de façon très nette, cette pluralité de systèmes thérapeutiques qui analysent les signes de la souffrance, qui ont chacun un pouvoir et une influence sur la vie de Madame, qui produisent plusieurs diagnostics et qui imposent des traitements divers, tels que :

a) traitement psychiatrique, magnésium pour les migraines

b) tisanes, herbes à inhaler, de bains à base d'herbes, divination avec une bougie pour connaître l'agent de la sorcellerie, lecture des extraits de la Bible, prières, des poudres, des encens et des herbes à brûler, des gris-gris.

« Il allume une bougie et là il vous regarde. Les guérisseurs chez nous ils se réfèrent à la Bible et pourtant c'est un féticheur mais toujours il utilise la bible et la bougie. Il a donc regardé dans la flamme, il a fait semblant de prier et il a dit « oh, c'est vos deux tantes qui sont derrière vous » »²².

c) soins somatiques pour les yeux, les oreilles, les genoux, des interventions

22 Alphonsine, extrait de l'entretien.

gynécologiques, gastro-entérologie, de soins en diabétologie et en allergologie, des traitements psychiatriques, des prises en charge psychologiques, des médicaments, piqûres, relaxation.

d) accompagnement demande d'asile, suivi psychologique

e) hébergement, aide sociale et administrative

f) accompagnement social et suivi psychologique et traitement psychiatrique

h) des tisanes, des bains

i) des tisanes, des bains avec de la sauge, de l'ail, de l'eau bénite et des allumettes et des conseils sur comment agir avec les esprits :

« Ne pas crier, parlez tranquillement aux êtres invisibles »

« Dites tout doucement, ne criez pas ! Quand vous vous mettez à crier c'est la folie. Ils vous prennent ».

« Le pasteur a dit « quand vous le voyez, parlez leur tranquillement » il dit « ceux sont des êtres qui dérangent »²³

j) automédication :

- mettre les mains dans l'eau froide, se laver
- se masser avec l'huile de l'église

«A. : J'ai une huile de l'église, parfois quand je le sens dans les pieds je les masse, il fuit le ventre et il part aux pieds.» (Alphonsine)

k) traitements envoyés par une fille de Madame qui est restée au Congo

Quand il est question de savoir quels traitements elle aurait souhaité mais qu'elle n'a pas pu obtenir, Alphonsine répond qu'elle souhaite se soumettre au rituel de délivrance avec le Pasteur de son Église en France, un rituel qu'elle n'a pas pu faire encore car il est trop cher et elle n'a pas encore cotisé la somme demandée.

23 Alphonsine, extraits du 1er entretien.

4.1.9 Opinions sur les traitements

Alphonsine reconnaît une amélioration dans son état de santé grâce aux différents traitements. Les traitements psychiatriques, selon Madame, ont la vertu de l'aider à se poser, ils ne font pas partir complètement les présences, mais ils lui permettent d'avoir des moments de trêve.

Alphonsine attribue également un pouvoir très fort à la parole des thérapeutes du groupe transculturel, qu'elle compare à celle de la prière.

«A. : Ils m'ont donné beaucoup des conseils, là dans le groupe. La nuit, moi, je veux dormir ! (Elle frappe sur la table). Je vois le même groupe dans mes rêves. C'est comme s'il vient prier pour moi, c'est comme s'il était au Ciel. Le même jour, je me suis réveillée et c'est comme si la lourdeur que j'avais étais tombée, c'est comme si le groupe a fait quelque chose en moi ».²⁴

Une *émanation* du groupe se manifeste, donc, dans le rêve de Madame, un rôle qui est normalement joué par le guérisseur traditionnel, qui s'invite dans les rêves, dans le corps, dans l'esprit du patient pour pouvoir le traiter. La double présence du groupe thérapeutique, semble ici, avoir la fonction du lien entre les différents plans du réel, de réorganiser les frontières entre le sommeil et la veille, de donner une protection à Madame, contre la menace d'envahissement des présences, tantôt dans la veille tantôt dans le sommeil. Dans la vie d'Alphonsine, comme « dans la vie de tout être humain, il existe une troisième partie que nous ne pouvons ignorer, c'est l'aire intermédiaire d'expériences à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure. (...) »²⁵ Nous pourrions avancer l'hypothèse que le groupe, en tant que lieu et que sujet, joue, donc, un rôle d'aire intermédiaire entre le dehors et le dedans du patient, et il se situe entre l'ordre convoité et la menace portée par le désordre de la maladie. Le groupe peut jouer ce rôle, car comme le jeu, « Il n'est pas *au dedans*, quel que soit le sens du mot ... Il ne se situe pas non plus *au dehors*, c'est-à-dire qu'il n'est pas une partie répudiée du monde, le non-moi, de ce monde que l'individu a décidé de reconnaître (quelle que soit la difficulté ou même la douleur rencontrée) comme étant véritablement au dehors et échappant au contrôle magique. »²⁶

Dans les discours d'Alphonsine autour de l'efficacité des traitements et les lieux de soin, nous voyons à l'œuvre le même mécanisme de projection symbolique, du registre religieux, sur l'hôpital sur lequel il semble se greffer le système des règles, symboles, logiques, structure et fonction que nous retrouvons dans les lieux Saints. Le diable est réputé avoir horreur de l'eau

24 Ibidem

25 WINNICOTT, D. W. 1975, Jeu et réalité. L'espace potentiel, Gallimard, Paris.

26 Ibid.

bénite, et des territoires sacrés (comme la maison après avoir été bénie, aux églises, au cimetière²⁷), Alphonsine nous apprend que le diable ne peut pas, non plus, rentrer dans les hôpitaux.

«A. : Surtout dans les hôpitaux là, le diable n'agit pas.

S.T : Pourquoi ?

A. : Il ne vient pas. L'hôpital est béni. Sauf que le diable, puisqu'il veut rentrer et il ne peut pas, il reste dehors et il fait tout pour te faire sortir. Par exemple, ma fille a commencé avoir des comportements agressifs et les médecins ont dit «il y a une loi qui dit, que si la personne est majeure, elle ne peut pas insulter les médecins, si elle insulte les médecins on la sort».

S.T : Donc, si j'ai bien compris, vous pensez que le diable essaye de faire sortir votre fille de l'hôpital ?

A. : Oui ! De l'hôpital.

S.T : Et donc c'est pour ça qu'il lui fait faire des choses qui sont contre la loi ?

A. : Voilà !²⁸

Cette juxtaposition qui donne à l'hôpital le pouvoir de chasser le diable, semble trouver son explication dans son architecture, réelle et symbolique.

La barrière surveillée à l'entrée devient, dans le discours de Madame, une frontière symbolique qui protège, qui tient le mal à l'extérieur, et l'agent de sécurité de l'hôpital devient ici un sort de Saint Paul qui a les clés du Paradis et qui décide du destin des âmes mortelles en lui ouvrant, ou pas les portes du Paradis.

« Là, là (*elle indique la salle où nous sommes*), le diable ne va pas se manifester. Toutes les maisons de l'hôpital sont protégées. Tu vois quand il y a la queue à l'entrée, là où il y a le gardien, ça veut dire *alt*. Le gardien, dès que tu arrives il te demande « tu vas où ? ». Dans le monde du ciel, aussi c'est comme ça. *Hospitalier* ça veut dire « Dieu agit ici ». Le gardien est ici pour veiller et, donc, le diable il va attendre les gens qui vont sortir de l'hôpital. Parce que si les gens ne prennent pas le traitement, les gens ne survivent pas ».²⁹

27 Le cimetière en italien, par exemple, il est appelé il *Campo Santo* qui signifie « le champ Saint ».

28 Alphonsine, extrait de l'entretien de recherche.

29 Ibid.

Madame, à la manière du chaman *Kuna* de LEVI-STRAUSS³⁰, propose une métaphore pour rendre sa maladie, ainsi que les soins, intelligibles et symboliquement opérables. Cela désigne une opération strictement symbolique qui consiste à provoquer un effet de symboles sur d'autres symboles à travers une opération de type métaphorique³¹. L'hôpital comme lieu-Saint, et Paradis, c'est une *structure*, à la fois architectonique et linguistique, qui permet à Alphonsine de réordonner, dans une trame symbolique connue et reconnue, les manifestations du monde invisible, ainsi que les signes sur son corps qu'elle percevait avant comme des signes dépourvus de signification.

La métaphore de l'hôpital comme maison de Dieu nous semble être le pilier sur lequel Madame acte, envers le dispositif des soins, un « transfert de base » selon la notion développée par Parat (PARAT, 1995), c'est à dire qui correspond à la constitution du lien premier et spontané, « à tonalité positive qui dérive des premiers attachements et s'enrichit de vécus secondaires »³². Alphonsine investit cette relation avec le lieu « d'éléments objectifs perçus par le patient dès les premiers contacts » et auxquels Parat attribue une origine libidinale narcissique.

L'hôpital, ici, n'est pas seulement le cadre où s'inscrit la relation thérapeutique, mais le co-sujet même d'une alliance thérapeutique selon la définition donnée par HOUZEL. L'hôpital comme lieu de protection magique et de bénédiction divine, nous semble la manifestation d'une « adhésion à une expérience d'un type nouveau, qui inclut des aspects émotionnels, imaginaires et symboliques, et qui permet (...) d'entrevoir un autre mode de fonctionnement psychique que celui qu'il est habitué à reconnaître et de découvrir la possibilité, l'espoir de donner un sens à ses symptômes et à sa souffrance »³³.

4.1.10 Les prototypes

Les problèmes de santé précédents d'Alphonsine, et qu'elle considère similaires à son actuelle maladie, sont la migraine et une tendance à l'hypersensibilité.

Comme nous l'avons détaillé auparavant, Madame considère plusieurs malheurs qui ont affligé les différents membres de sa famille, comme étant tous des cas «de la maladie de la famille » qui s'exprime selon des modalités diverses pour tout un chacun. Nous les avons ainsi

30 LEVI-STRAUSS, 1958, *L'efficacité symbolique*, In LÉVI-STRAUSS, Claude. *Anthropologie structurale* [1958]. Chapitre X. Presses Pocket, 1990. Coll. Agora.

31 Ibid.

32 PARAT C., 1995, *L'affect partagé*. Paris : PUF.

33 HOUZEL D., 2000, *L'alliance thérapeutique* In C. GEISSMANN et D. HOUZEL *L'enfant, ses parents et le psychanalyste*, Bayard Éditions.

synthétisés :

- stérilité

« Avant, il y avait beaucoup de mamans qui étaient stériles, dans ma famille elles étaient au moins huit. Ma mère plus, au moins, cinq tantes, n'arrivaient pas à mettre au monde ». ³⁴

- des nombreux décès

« Ma sœur est décédée, celle qui la suit vient de décéder, la petite dernière est décédée. Tu trouves ça normal ? C'est toujours des problèmes comme ça. Moi entre moi et ma sœur il y a deux sœurs qui sont déjà mortes ». ³⁵

- par une mort soudaine et mystérieuse

«A. : Oui! C'est arrivé à la famille des décès brutaux »

«Le matin il se réveille, il ne pouvait plus respirer. Le jeune là il ne voulait pas partir au village, il dit : « ne m'amenez pas au village, ce sont des sorcières là-bas !», mais ils l'ont amené de force. (...) Dès qu'ils sont partis (...) il est décédé. Problèmes de respiration. La maladie était toujours là !» ³⁶

- *nziéta*, l'épilepsie, maladie du « tourne sol »

«A. : l'épilepsie, comment on attrape ça ? Déjà notre sœur, elle tombait sur le trajet pour aller à l'école. Les gens disent que si tu marches sur la salive, toi aussi, tu aussi tu vas tomber malade » ³⁷.

Chez le père, la maladie de la famille, s'exprime à travers une souffrance qui dure 2 ans mais dont Alphonsine ne connaît pas les détails. Il était un douanier en fonction, quand il a eu la maladie qui lui a imposé un long congé.

Chez le petit-frère la maladie se manifeste à travers:

- une incontinence verbale
- le refus de manger
- les visions de personnes avec des cornes

34 Alphonsine, extraits du 1er entretien

35 Ibid..

36 Ibid.

37 Ibid.

« Des cornes de mouton, des cornes de bœuf. Il dit « c'est qui cette personne » ? Il voit la personne, mais la personne a des cornes de mouton. Il dit qu'il veut venir le piquer, l'encorner, donc il les imitait »³⁸.

Chez la fille, Alphonsine avait repéré une certaine singularité qui se manifestait déjà pendant l'enfance.

«S.T : qu'est-ce que vous voulez dire ? Qu'il y a une présence chez votre fille ?
A. : oui, il y a quelque chose. Déjà elle a commencé à voir des chats noirs aux gros yeux. Quand elle était petite elle se battait avec le doudou ours. Elle commençait déjà ! Donc c'est le même esprit qui la pousse à faire ces choses-là. Ça c'est l'esprit. Chez nous on ne dit pas que c'est la maladie, mais c'est l'esprit mauvais qui lui fait faire des choses »³⁹.

Alphonsine nous fait le récit, presque comme dans un conte de fées, du moment où la jeune fille tombe malade. La maladie s'est déclenchée, un soir, où la fille était partie de la maison pour aller à une fête. Elle n'était pas encore arrivée, quand, quelque part dans la rue, elle voit un chat noir, avec des yeux brillants. Elle commence crier : « le chat, le chat noir ! Regardez comme il me regarde ! ». Celle, qui était avec elle, dit : « moi, je ne vois pas le chat ».

La maladie de la famille, comme ça a été le cas pour sa mère, se révèle par des comportements inhabituels de la fille. Elle se mettait devant la porte du hall de l'immeuble de la maison, et dès que quelqu'un passait, elle l'agresse en réclamant une cigarette alors qu'elle n'a pas l'habitude de fumer !

Pendant ces crises, Alphonsine raconte que la jeune a un regard noir qui fait fuir tout le monde et des comportements agressifs, comme si elle a « le diable au corps ». Elle crie, elle lance des accusations de sorcellerie envers la mère de sa copine et elle a commencé à faire peur aux gens de son entourage.

« Quand les gens font ça, tout le monde commence à avoir peur. C'est pourquoi j'ai dit qu'il y a un démon à l'intérieur qui l'anime »⁴⁰.

Pendant ces épisodes, elle a une force terrible, extraordinaire, la même qu'Alphonsine, pendant ses crises.

Chez une sœur, Alphonsine reconnaît la même maladie mais qui prend, plutôt, la forme de la « maladie des fétiches », dont les symptômes sont une paralysie temporaire des extrémités du

38 Ibid.

39 Ibid.

40 Ibid.

corps.

La petite-sœur d'Alphonsine, qui vit à Londres, a commencé à avoir des crises caractérisées par des cris et de(s) violence(s) similaires à celle de Madame et de sa fille, après l'abandon du domicile conjugal de la part de son mari. Elle se dit aussi « être mariée avec un esprit (nstar)» et elle a des comportements inadaptés et des comportements agressifs.

Chez une cousine, également, Madame repère la « maladie de la famille » après l'accouchement de son premier enfant. La maladie s'exprime à travers des crises, pendant lesquelles elle tombe. Une fois elle s'est cassé le bras. Le moment de lui mettre le plâtre, apparemment, déclenche d'autres crises.

Une autre sœur d'Alphonsine, aussi, est sujette à des crises et elle a des comportements extrêmement agressifs et toujours la même force terrible, une énergie extraordinaire.

« Elle s'énervait énormément notre sœur là, ah ! Il y avait besoin de beaucoup de monde pour la calmer car c'était difficile, surtout si son mari n'était pas là. Elle pouvait casser les fenêtres»⁴¹.

Madame avait déjà entendu d'autres personnes qui ont le même problème, dans son entourage, les médias ou autre, mais dans aucun cas la maladie lui est apparue aussi diffuse et forte comme dans sa famille.

4.1.11 Facteurs déclencheurs la maladie

Selon l'explication d'Alphonsine, la maladie était déjà présente en elle, comme chez les autres membres de la famille. Le choc de la guerre, ne serait donc pas la cause de sa maladie mais une sorte de détonateur d'une maladie latente :

«A : la maladie était là dans la famille, on se disait que peut-être le choc a soulevé la maladie. Déjà la maladie était là dans la famille et elle s'est déclenchée la première fois, pendant la guerre, au moment de la capture dans la forêt. »⁴²

La maladie est réveillée par des bruits forts ou par la venue d'une odeur étrange (l'odeur d'une brochette cuisinée chez une connaissance) dans un lieu où celle-ci ne devrait pas se trouver (la chambre de Madame). Alphonsine interprète cette odeur comme le signe de l'envoutement jeté par la dame qui lui avait cuisiné la brochette, l'objet de la sorcellerie qui est également associé à la vision d'un serpent, et qui déclenche de fortes migraines.

41 Ibid.

42 Ibid.

« Il y a des jeunes filles ici que sont des sorcières eh ! Le soir je rentre et à 2 heures de matin, j'ai senti l'odeur de la brochette dans toute ma chambre. Elle, la dame, m'a suivie jusqu'ici avec la brochette. Un peu plus tard, vers 3 heures du matin, je vois comme un serpent, et là j'ai une migraine, une migraine terrible, mais d'un seul côté ».

4.1.12 Étiologies

Le parcours thérapeutique d'Alphonsine est en même temps, pour elle, une quête du sens de la « maladie de la famille ».

Les différents acteurs de la prise en charge, proposent à Alphonsine différentes hypothèses étiologiques que Madame utilise comme du matériel pour alimenter sa recherche, comme des clés pour ouvrir des nouvelles portes et pour s'approprier le contenu de l'histoire, du sens, et l'appartenance qui y sont cachés.

Parmi ces propositions nous retrouvons :

- le stress

Il s'agit d'une hypothèse envers laquelle Alphonsine semble adhérer.

Il nous semble utile ici de citer la définition de stress, dans le contexte transculturel selon la définition donnée par Devereux « Il est indispensable de distinguer systématiquement entre le stress et le traumatisme. Le terme de « stress » doit être appliqué uniquement aux *forces* nocives qui atteignent l'individu ; celui de « traumatisme », aux *résultats* nocifs de l'impact de ces forces » (Devereux & Jolas, 2010).

Elle explique, en effet, le début de la maladie chez sa sœur, comme du stress suite à l'abandon de la part de son mari.

- les cauchemars et le «le choc de la guerre»

Selon les médecins en Afrique, c'est la guerre qui a provoqué la maladie de Madame, et notamment les cauchemars et ceux qu'Alphonsine nomme comme « le choc de la guerre ».

Toutefois, cette hypothèse, a selon nous, les limites d'isoler Madame en la désignant comme malade-victime, et de ne pas mettre cet épisode en relation avec l'histoire de la maladie de la famille. Nous verrons qu'au cours de l'entretien cette hypothèse est utilisée pour expliquer l'occasion qui a permis à la maladie de se déclencher.

- l'absence d'entente familiale

La proposition étiologique du pasteur est bien différente et repose sur l'idée que la cause de tout ce malheur est l'absence d'entente familiale et la présence de l'orgueil dans la famille.

«A. : L'orgueil était encore jeune quand ça a commencé. (...) C'est l'orgueil, la haine, l'orgueil on l'appelle comme ça, lui il est là et il ne s'occupe pas de la famille, il s'occupe que de ces enfants et il ne s'occupe de rien »⁴³.

Ici l'orgueil, il nous semble, est à entendre dans son acception chrétienne de péché capital, qui est considéré par certains à l'origine de tous les autres péchés. Selon Saint Grégoire, en effet, tous les autres péchés capitaux (la vaine gloire, la jalousie, la colère, la tristesse, l'avarice, la gourmandise, la luxure) ne sont que les fruits de l'orgueil (S. Grég. Mor., 31, 87) et en étroite relation avec la jalousie. Selon le discours chrétien, en effet, l'orgueil est apparu au moment où Satan, étant jaloux du bonheur d'Adam et Eve, a réussi à les détourner, en faisant croire que s'ils mangeaient le fruit défendu ils deviendraient comme Dieu. C'est ainsi qu'Adam et Eve furent condamnés par leur orgueil.

Nous retrouvons cette idée de l'orgueil, et de son lien avec Satan, dans le discours d'Alphonsine, qui affirme que les orgueilleux auraient fait un pacte avec le diable.

- le mauvais esprit

Selon Alphonsine, le changement de personnalité est à attribuer à la présence du mauvais esprit qui agit sur la personne, sous les ordres des autres personnes qui envient sa vie, et qui ont le désir de lui nuire par jalousie.

- les conséquences des activités des guérisseurs, qui sont des membres de la famille

Alphonsine a aussi une autre hypothèse qui met en lien les membres de la famille avec la maladie dans la famille. La maladie serait, en effet, une conséquence des activités des guérisseurs parmi les membres de la famille, tels que, par exemple, l'oncle féticheur, dont tous les enfants étaient atteints d'épilepsie.

- La contamination : à qui donner la maladie extraite du corps du patient ?

Les guérisseurs exposeraient les membres de leur propre famille au risque de contracter la maladie selon un principe, logique-symbolique, de la contamination. La maladie extraite devient un élément dangereux qui peut s'attacher à d'autres personnes. Alphonsine dit que

43 Alphonsine, extrait de l'entretien.

quand une personne malade va chez le guérisseur, il le lui enlève le mal et il le jette quelque part. Mais il n'a pas moyen de la jeter loin. Il y aurait donc le problème d'où et à qui donner, la maladie qui a été enlevée du patient et parfois ça revient au guérisseur ou à son entourage, ou il peut la donner à un enfant ou jeter ça quelque part où les enfants vont jouer et la ramasser.

- la mort soudaine d'un guérisseur proche à la famille

Et, aussi, de gérer les esprits qui ont été invoqués pour guérir, et qui errent après la mort soudaine du guérisseur.

« L'oncle de papa est décédé subitement comme ça, sans avoir le temps de parler à ses génies. Lui, chaque soir, il parlait à un gros arbre, il avait ses génies là-bas, mais s'il meurt subitement, les esprits restent... »⁴⁴

- la rencontre avec un féticheur

La maladie pourrait être aussi causée par le contact avec un féticheur, quand Madame était enfant

«A. : Mais oui, ce sont les mêmes choses, que normalement prenait le fétiche. Moi en tout cas, je vois le fétiche rouge mais c'est comme si c'est un gris-gris, mais dès qu'il est dans mon ventre cela me dérange ».

- la sorcellerie

Par la sorcellerie, dont l'accusation touche plusieurs membres de la famille : les tantes, la sœur, la mère. La tante maternelle sorcière car elle était la préférée et la plus aimée par l'oncle féticheur, malgré le fait qu'elle était la dernière des épouses et qu'elle était stérile, ou la dame qui a cuisiné la brochette, sorcière car l'odeur de la brochette aurait réveillé la maladie chez Alphonsine.

La maladie pourrait donc, être transmise par contamination/contagion, mais elle peut, aussi être envoyée, selon Madame, par Satan :

En tout cas, la recherche du sens de la maladie pour Alphonsine, s'articule selon les questions *classiques* du système *personnaliste* théorisé par Foster et Anderson en 1978 : quelle technique a été utilisée pour la rendre malade ? Qui est le responsable ? Et pourquoi elle a été ciblée ?

44 Alphonsine, extrait de l'entretien.

Dans cette logique la maladie serait, en effet, déterminée par l'intervention active, consciente et intentionnelle d'un agent extérieur, qui peut être le fait d'un être humain, d'un sorcier, ou d'une entité non humaine, un fantôme, un esprit ou un être divin. Les systèmes *personnalistes*, en effet, élargissent leur regard au-delà des systèmes corporels, pour inclure les relations sociales de la personne avec d'autres personnes vivantes, ou mortes, comme des ancêtres ou, encore, d'autres entités spirituelles. (G. FOSTER et B. ANDERSON, 1978⁴⁵). Dans ce système, c'est donc tout à fait cohérent que Madame ne distingue généralement pas sa maladie et de nombreuses autres sortes d'infortunes qui peuvent toucher les autres personnes de la famille.

Tout en suivant cette logique, la prise en charge du guérisseur, et du pasteur, pour pouvoir passer à une contre-offensive, commence tout d'abord par la recherche des réponses aux questions : qui a agi ? A travers qui ou quoi ?

4.1.13 Les agents responsables de la maladie

Les agents responsables de la maladie seraient les sorcières. Des accusations, souvent réciproques, traversent toute la famille et les différentes générations. Les membres de la famille soupçonnés de sorcellerie sont :

- du côté paternel et maternel de la famille
- la mère et ses sœurs
- la belle-sœur

Les sorcières envoyèrent des agents de la maladie, des esprits (ex. l'esprit suicidaire dont Alphonsine parle) qui se manifeste sous forme de tourbillon, ou qui peut avoir une forme animale telle que :

- un serpent
- une souris
- un lézard
- un chien
- un oiseau

45 Foster, G. M., & Anderson, B. G. (1978). *Medical anthropology*. John Wiley & Sons.

Les esprits pourraient habiter un objet comme *le fétiche rouge* nommé par Madame, ou ils peuvent avoir une forme humaine, comme *l'homme au chapeau* qui toutes les nuits allait à côté d'Alphonsine.

Selon Alphonsine, les présences ont un rôle actif dans l'adhésion, ou pas, au traitement de la part des malades. Tout au long de l'entretien, Madame nous explique en nous donnant beaucoup d'exemples, comment les esprits empêcheraient de prendre les médicaments et donc de se soigner. Pour le dire autrement, le fait de ne pas vouloir prendre son traitement au risque de sa vie, c'est un signe, pour Alphonsine, de la présence du monde invisible qui veut le mal de la personne malade.

Dans un autre passage de l'entretien, Alphonsine avait pu synthétiser cette idée que la non adhésion au traitement, voir une certaine impulsion suicidaire était l'œuvre d'un esprit, avec l'étiquette de « esprit suicidaire ». Le désir de prendre le médicament serait donc un signe que la personne est en train de se libérer de l'emprise des esprits et c'est ce même désir de délivrance qui rend efficace le traitement.

Alphonsine parle à plusieurs reprises du destin qui a touché les personnes n'aimant pas les médicaments : la mort.

Il y a une sorte de continuité et aussi des différences dans la manifestation des présences du monde invisible en France par rapport à l'Afrique. En France, les premières visions ont été celles d'hommes en uniformes, qui ont été pour les psychiatres des réminiscences traumatiques, des symptômes du TSPT, et qui pour Madame sont les manifestations du monde invisible, qui pour leur forme humaine sont une sorte de trait d'union entre les présences en Afrique et celles du pays d'accueil.

«A. : Oui, ici c'est devenu différent. Ça a commencé par des gens armés, en tenue, qui venaient, après ça a changé ils sont venus des chats, des chiens, des serpents sont venus, surtout la présence du serpent. Allez, ils ne voulaient plus partir !

S.T : et le serpent vous ne l'avez jamais vu en Afrique ?

A. : En Afrique jamais. En Afrique c'était des présences des gens.

S.T : Des gens ?

A. : Oui tu le sens, il est là mais tu n'as pas la force de le chasser.

S.T : En tout cas il ne rentrait pas dedans ?

A. : Il ne rentrait pas, mais tu n'avais pas la force de le chasser, mais il est là debout et il ne parle pas »⁴⁶.

Comme Alphonsine le dit, les présences en France ont d'avantage une forme animale plutôt qu'humaine et c'est toujours en France qu'elle commence à avoir la sensation d'être pénétrée, voir habitée, et *d'être agie* par des présences, dont la plus puissante de toutes serait les serpents. Toutefois, à l'hôpital les esprits, selon Madame, ne peuvent pas se manifester, à l'exception de *l'homme au chapeau*.

4.1.14 Evolution de la maladie

Maintenant, avec les médicaments, Madame se dit plus posée. Elle trouve que son propre regard a changé, il n'est plus menaçant et elle sent que la raison, qu'elle avait perdue par moment, revient.

4.1.15 Impact de la maladie sur la vie et réactions des personnes

Selon Alphonsine, la maladie a eu un fort impact, notamment au niveau de la relation avec les autres. Elle reconnait, en effet, à plusieurs reprises que son regard noir, ses comportements déplacés (comme les crises de cris ou le fait de mal interpréter les discours des autres) ainsi que son incapacité à rester sur place pour plus de quelques minutes, lui attiraient des réactions de peur, de colère, de méfiance de la part des autres.

Certaines personnes, pourtant, sont restées solidaires avec Madame et ils manifestent leur soutien en l'appelant pour aller à l'église, en lui rappelant de dire ses prières et en lui faisant part de ses prémonitions sur son état de santé...

« Elle m'a dit «je vois des attaques ». Mais moi je les ai senties déjà. J'ai eu des attaques. Déjà là, je sens des lourdeurs, ce n'est pas bon. C'est comme s'ils voulaient me jeter dans un trou (presque avec de l'angoisse) ⁴⁷».

D'autres amies l'invitaient à faire des choses ensemble, mais à condition de cacher sa maladie, ce qui n'est pas vécu par Alphonsine comme une attitude négative à son égard, bien au contraire, mais comme un signe de respect de son intimité et de sa pudeur.

« Ils sont comme ça : « Viens, viens je t'amène quelque part. Il ne faut pas dire que tu es malade ».

46 Alphonsine, extrait de l'entretien.

47 Alphonsine, extrait de l'entretien.

Contrairement à l'assistante sociale au foyer, qui l'empêche de travailler car elle serait trop malade pour se fatiguer. Cela est décrit par madame comme un abus, un acte de malveillance, car elle révèle sa maladie à l'employeur. Les autres ont également des réactions de peur de la contagion, notamment dans le cas de l'épilepsie. Pendant la phase aiguë de la maladie, Alphonsine raconte que les personnes avaient peur d'elle ou la détestaient, face à son « étrangeté » provoquée par la maladie.

4.16 Thèmes émergents

- **Singularité dans l'enfance. Madame, enfant singulier**

Dans cette partie du récit, Alphonsine semble nous transporter dans un conte initiatique. Ici, en effet, on voit une jeune fille naïve, comme le veut l'âge, envoyée par la Grand-mère guérisseuse acheter des choses magiques chez un homme au marché. Madame obéit à sa grand-mère et elle se retrouve dans l'ancre du féticheur et... tout d'un coup l'image de son souvenir s'embrouille et quelqu'un lui demande si elle veut « le toucher ». Dans l'espace d'un instant nous nous ne demandons où nous sommes et qu'est-ce qu'il en était de cette fillette face au féticheur. Dans le discours, il y a en effet, un glissement dans un autre souvenir, celle de la grand-mère qui lui dit *tu soignes* et qui lui demande de mettre la main sur quelqu'un, peut-être sur un malade. Le terme toucher fait revenir le sujet masculin «il » et le guérisseur d'emblée revient sur scène, il reprend, apparemment la même proposition du « toucher » mais quoi ou qui ?

Dans la construction du discours, il semble ici que la demande du féticheur représente une reconnaissance d'un don de guérison chez Madame. Un don qui lui avait été déjà annoncé par sa grand-mère. La demande d'accepter de rentrer en contact avec le fétiche représente une première étape d'acceptation du don et, peut-être de l'initiation à son utilisation, mais Alphonsine refuse le don car le pouvoir de guérir est trop étroitement lié à la mort.

Nous faisons l'hypothèse pour Alphonsine que la maladie des esprits, pourrait être un effet néfaste du rejet du don de guérison. La possession pathologique, comme une conséquence du refus d'un appel à l'initiation, c'est un thème récurrent dans la littérature scientifique sur la transe et possession. Selon Fiéloux et Lombard « Les formes d'appel varient donc selon l'âge de l'élue pour gagner en intensité et en prégnance. À l'adolescence, l'appel à l'initiation devient plus insistant, les signes se diversifient, les troubles s'aggravent si bien qu'on cherche à *l'amadouer*, pour qu'il *s'écarte* le temps que l'élue affirme sa maturité. À l'âge adulte, celui du mariage et de la première grossesse, l'esprit se montre généralement de plus en plus agressif,

dominateur, dangereux, et engage alors avec l'élus qui se dit « aimé avec excès », « ligoté », « attaché » ; un véritable combat, vécu de manière souvent dramatique et douloureuse » (FIELOUX & LOMBARD, 2000). Dans beaucoup de sociétés différentes, la personne possédée transforme son rôle culturel dans un sens positif, grâce à son don et en passant par l'initiation, qui a le but de donner les outils pour maîtriser la singularité et la rendre socialement et culturellement acceptable et avantageuse, pour le sujet et sa communauté. LITTLEWOOD déclare que l'on offre parfois à un individu culturellement disloqué une position alternative qui est fréquemment une inversion du modèle accepté et qui le ramène dans la culture. Ce processus peut être observé aussi bien dans la possession que dans la psychose (LITTLEWOOD 1983⁴⁸).

- **La « présence du groupe »**

« A. : Je sais qu'il y a toujours la présence du groupe, je vois toujours des choses, mais je me dis «je vous vois, sortez !» ».

Madame établit sa relation avec le groupe ethno-psychiatrique selon le même processus de métaphorisation que nous avons vu à l'œuvre pour l'hôpital comme Maison de Dieu. Le groupe de thérapeutes assume ici la même valeur de protection magique, il devient une sorte d'objet magique qui donne à Alphonsine la possibilité de se protéger des forces invisibles. En même temps il est le sujet d'une action thérapeutique qui a ici la valeur d'un acte magique.

Nous pourrions affirmer que le processus transférentiel d'Alphonsine sur le groupe devient un « bon guérisseur ». Dans le dispositif transculturel Madame semble pouvoir projeter, et renverser positivement, l'anxiété de sorcellerie et l'angoisse de la mort vis à vis du féticheur. « Dans ces consultations transculturelles, le groupe tend à agir comme une machine à retisser des liens entre le dehors (culture) et le dedans (psychisme). S'il contribue à lire les désordres des patients à travers leur univers culturel, il n'alimente pas les manifestations délirantes mais tend à les contenir dans un espace porteur de sens » (REAL, COHEN, KOUMENTAKI, & MORO, 2014).

4.1.17 Fonction de la maladie

«S.T : et selon vous, qu'est-ce que c'est qui a causé votre problème de santé?

A. : Ah ! Je tourne, je tourne »⁴⁹.

48 LITTLEWOOD, R. 1983 The Antinomian Hasid. British Journal of Medical Psychology N. 56.

49 Alphonsine, extrait de l'entretien.

La maladie de la famille semblerait être une métaphore qui synthétise les différentes significations de la maladie pour Madame et les autres membres de sa famille, Cette métaphore est le noyau constitutif de la fabrication du sens de l'expérience vécue. Elle condense l'action d'*emplotment* (GOOD & GOOD, 2006), la *mise en trame* des épisodes morbides dans un outil qui permet la coexistence des interprétations multiples, qui accroît les effets des actions thérapeutiques en lui donnant un pouvoir magique.

La recherche de la cause de la maladie, chez Alphonsine, semble être l'objet de la quête de toute une vie. Au-delà de la simple recherche de la causalité de la maladie, la recherche du sens correspond à la poursuite du bonheur.

« Moi, je suis tout le temps comme ça, avec la prière, en train de chercher, je cherche moi aussi et je veux bien trouver, même si c'est à la dernière minute, moi je veux trouver le bonheur ».

La maladie de la famille c'est, donc, un concept-maille, une madrague constituée par plusieurs *filets narratifs* et *filets du sens*. Telle qu'une madrague⁵⁰, la possession, nous semble ici une structure *psycho-logique*, fixe mais en même temps extrêmement souple et adaptable. Elle a la fonction de ramener à un point fixe, connu, la multitude de symptômes et de manifestations pathologiques migrantes, qui sont extrêmement variés par forme, sujet, caractéristiques, effets. Elle rassemble tous les malheurs, qui traversent la famille de façon intergénérationnelle et trans-générationnelle, dans une seule catégorie de sens qui est capable :

- de créer de liens temporels, entre le passé, le présent et le futur, tantôt dans l'histoire de Madame que dans celle de sa famille
- de créer de liens dans l'espace entre l'Afrique, la France et l'Angleterre
- de ramener l'inconnu au connu. Par exemple, les réminiscences traumatiques des hommes en tenue sont assimilées, par leurs caractéristiques, fonctions et significations, aux visions des présences en Afrique et, donc, moins inquiétantes et effrayantes.
- de renforcer les liens familiaux, la maladie rapproche toute la famille grâce à la condition commune de souffrance
- d'unir la famille dans le but commun de trouver l'agent responsable qui a causé la maladie dans la famille

50 Piège fixe constituée d'une vaste enceinte de filets à compartiments pour capturer les bancs de poissons migrant le long de la côte, généralement des thons. <http://www.cnrtl.fr/definition/madrague>

- de constituer pour Madame une défense contre l'angoisse de fragmentation et la menace d'effondrement
- de rendre possible la coexistence d'*éléments opposants* de son histoire personnelle et familiale à travers l'intégration des différents rôles de la maladie (agent de la maladie – victime de la maladie, guérisseur – féticheur), de l'ambivalence des actes thérapeutiques (soigner – tuer, donner la vie – donner la mort), des *sentiments ambivalents* ou hostiles au sein de la famille (aimer – haïr, amour – jalousie, proximité – étrangeté)
- de donner un sens à l'expérience traumatique vécue pendant la guerre en la situant dans une continuité dans l'histoire du sujet et de la famille.
- de canaliser dans une grille interprétative culturellement acceptable, les phénomènes dissociatifs liés au traumatisme et, par conséquent, d'atténuer, voire de prévenir le *clivage traumatique*. Pour Ferenczi, cité par J. Press, le traumatisme a toujours pour effet une forme de clivage entre une part intellectuelle omnisciente (...) et une part traumatisée. « La part traumatisée est évidemment aussi, ce que Ferenczi a oublié, le lieu du pulsionnel le plus cru, échappant au travail de transformation »⁵¹.

La maladie de la famille, bien loin d'être une simple étiquette, nous semble une véritable *aire transitionnelle*, un espace paradoxal, parce qu'il se situe entre la réalité extérieure et la réalité interne, entre le dedans et le dehors ; cet espace a une porosité qui permette la transition des pulsions et fantasmes et, en théorie, aussi leur transformation. La maladie se situerait donc dans l'aire intermédiaire d'expérience où le sujet «va vivre » selon l'expression de Winnicott. « Dans la vie de tout être humain, il existe une troisième partie que nous ne pouvons ignorer, c'est l'aire intermédiaire d'*expérience* à laquelle contribue simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure. Cette aire n'est pas contestée car on ne lui demande rien d'autre sinon d'exister en tant que lieu de repos pour l'individu engagé dans cette tâche humaine interminable qui consiste à maintenir, à la fois séparée et reliée l'une à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure »⁵².

51 SIRJACQ, M. (2011). Jacques Press, La construction du sens. Revue française de psychosomatique, (1), 181-187.

52 D. W. WINNICOTT, 1975, *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, NRF Gallimard.

La recherche et la constitution de la maladie de la famille c'est, donc, le fruit d'un acte créatif de la part d'Alphonsine. Comme le souligne Maud MANONNI dans *La théorie comme fiction* :

« WINNICOTT a résolument repris ce qui, dans FREUD, ne venait qu'en contrepoint de sa recherche, à savoir la possibilité donnée au sujet d'échapper à une vie *adaptée* en devenant, lui, acteur dans un monde où la créativité, c'est la vie même. Sans création, dit WINNICOTT, il n'y a que survie. »⁵³

La *vie adaptée* de Madame, et de sa famille, est lourdement imprégnée de la sorcellerie : les attaques de sorcellerie, les activités des guérisseurs-féticheurs, les accusations de sorcellerie qui touchent les différents membres de la famille et n'épargnent même pas les amis et les voisins. De toutes les conséquences liées à la sorcellerie, l'accusation d'être une sorcière est celle que craint le plus Alphonsine car cela correspond à la condamnation à une mort sociale de la part du groupe.

« A. Moi je me disais que ma grande-sœur était sorcière, mais tu as vu, aujourd'hui. C'est elle qui voit des chats maintenant. Ça l'a attaqué. Finalement c'était quoi alors ? »⁵⁴

Comme il est mis en évidence dans ce passage, une des sœurs qui était mise à l'écart par Madame, car elle été suspectée de sorcellerie, finalement est réadmise dans le groupe familial grâce à sa maladie. Dès qu'elle commence à être en crise, en effet, une nièce la rejoint à Londres pour s'occuper d'elle, et Alphonsine peut enfin se montrer préoccupée pour elle. Elle dit aussi l'attendre en France pour pouvoir l'aider et elle exprime son désir de vouloir l'amener au groupe thérapeutique. Finalement, nous pouvons ainsi synthétiser comme suit : le fait de tomber malade protège de l'accusation de sorcellerie et a comme premier effet positif de solliciter le groupe familial, qui lui était auparavant hostile, à s'occuper de lui.

« A. : Mais notre sœur, comme elle était malade depuis l'âge de 9 ans, quand elle a eu son premier enfant elle a demandé au mari de venir rester avec elle à la maison.

S.T : Parce qu'elle était malade ?

A. : Oui, mon père lui a dit : « tu ne pourras pas la supporter, parce qu'elle est malade. Tu vas rester avec nous ici ». Parce qu'il commençait à chercher une maison à louer, mais papa lui a dit : « Non ! Viens ici. Il y a la place pour tous ! ».⁵⁵

53 MANNONI, M. (1979). *La théorie comme fiction* : FREUD, Groddeck, Winnicott, Lacan (Vol. 30). Seuil.

54 Alphonsine, extrait de l'entretien.

55 Alphonsine, extrait de l'entretien.

Dans ce passage Alphonsine parle d'une autre sœur qui est restée au Pays et qui avait la même *maladie de la famille* qui se manifestait selon les signes classiques de la possession, voir des épisodes de crises de cris, de moments de transe, ou la personne manifeste, entre autres, une autre personnalité extrêmement agressive. La maladie donne la possibilité à la femme de renégocier les règles de la résidence à son avantage. Normalement chez les Lari du Congo, en effet, les règles traditionnelles de la résidence sont patrilocales ou avunculocales (PINÇON & NGOÏE-NGALLA, 1990). Ici la maladie, chez la sœur, a comme effet que le mari vient habiter avec la famille de son épouse, selon une logique de résidence uxorilocale.

4.1.18 Les paroles, les idées, les narrations des cliniciens

Nous avons pu reconstruire l'histoire thérapeutique d'Alphonsine grâce à l'aide de H.M, psychologue clinicienne, responsable de la consultation transculturelle. Elle s'est occupée de l'évaluation de la demande de suivi dans le groupe transculturel faite par les professionnels de la santé, de l'association psycho-médicale, qui suit Madame depuis des années. C'est donc elle qui a eu le premier contact avec Alphonsine, lors d'une séance individuelle : elle a pu faire un bilan de son état psychique et évaluer si le groupe thérapeutique pouvait, ou non, être un espace adapté pour elle. L'entretien a été réalisé le 20/06/2016, enregistré et retranscrit par le chercheur. La prise en charge d'Alphonsine était toujours en cours au moment de l'entretien.

H.M : C'était une orientation via une association qui s'occupait d'elle pour l'ensemble de ses rendez-vous médicaux, psychologiques et sociaux, et qui la connaissait depuis quelques mois déjà. Elle avait un suivi psychiatrique dans le secteur, que je n'ai jamais réussi à joindre, je tiens à le préciser, (...) mais en tout cas moi je m'étais assurée que c'était bien quelqu'un qui avait déjà un suivi psychiatrique. Et donc l'association nous a contacté parce qu'eux avaient encore cette impression que le traumatisme restait encore très présent, avec une symptomatologie très envahissante qui restait bien présente, et toute l'équipe était très affectée par le récit traumatique de Madame ; auquel ils avaient eu accès, via la demande d'asile qu'elle avait faite (...) avec un mélange de beaucoup de choses, la question somatique pure et en lien avec le trauma. (...) elle était restée en grande difficulté avec des symptômes très bruyants. La symptomatologie est l'étude des symptômes des maladies, malgré les traitements, avec un codage culturel très clair et des éclats très bruyants, des éléments qui ont des traits paranoïaques, etc. Ils m'avaient contacté pour une démarche thérapeutique transculturelle, qui leur semblait en effet adaptée, parce qu'ils arrivaient un peu au bout de ce qu'ils pouvaient proposer à la patiente, hormis les traitements. Son traitement de base n'a pas

été modifié, il a un peu évolué avec ensuite un hypnotique, mais il reste à la base antidépresseur, neuroleptique léger.(...) J'avais répondu que je ne peux pas donner un accord d'emblée, il faut que je la rencontre pour me faire une idée au niveau diagnostic, au niveau symptomatique, et puis ils me décrivaient quand même quelque chose de très paranoïaque chez elle, donc je voulais quand même vérifier : est-ce que le groupe ça va être adapté ou pas pour elle ? Parce qu'on a déjà eu des orientations de patients (...) qui étaient en effet avec une psychose paranoïaque claire, et donc incompatible avec un groupe où ils vont se sentir juste persécutés, ça va juste faire flamber les symptômes.

Donc moi je l'ai rencontrée assez rapidement après la demande.

Elle était très en demande, Madame. Elle avait bien compris que c'était pour parler des choses du Pays aussi, pour parler du trauma. (...) J'ai pu lui expliquer le cadre de la consultation et je la trouvais très étonnée qu'il y ait plein de thérapeutes pour prendre soin d'elle, elle était très contente, ce qui n'est pas étonnant quand on la connaît après. Mais elle était très adaptée dans la consultation. C'est à dire qu'elle avait des moments d'effondrement, mais il n'y a pas eu de débordements, de moments où elle se mettait à hurler ou autre, c'est vrai que c'était très contenu. Je n'avais pas prévu d'interprète parce qu'on m'avait dit qu'elle était très francophone.

(...) Dans la consultation d'accueil, il y a eu des théories culturelles qui étaient sous-jacentes, dans son discours, on le sentait bien. En tout cas qu'il y avait des choses vraiment culturelles, qui étaient présentes. Elle arrivait à coder des symptômes, mais en même temps elle ne les comprenait pas. Elle n'a pas parlé, dans la consultation d'accueil, du serpent qui lui rentre dans le corps, mais on sentait quand même qu'il y avait des choses qui l'habitaient, et qu'elle avait besoin d'en parler et en groupe. Ce n'était pas des choses dicibles en individuel, ça on le sentait bien dès l'entretien.

(Int). S.T. : Qu'est-ce que tu as pensé des moments d'intrusion et des présences dont elle parle ?

H.M : L'intrusion du serpent, et les choses qui passaient à travers, le fait qu'elle frissonnait, et qu'elle en tremblait, là en effet, c'était la question de la possession qui est venue au premier plan dès la première consultation. Qui est moins venue après, pour le coup, mais qui a pu être travaillée.

J'ai un peu l'image des vitraux de l'église. Et donc tu, vraiment tu peux travailler facette par facette, petit morceau par petit morceau. Et c'est vraiment l'impression que j'ai eue avec elle :

elle nous a un peu livré la totalité en vrac. C'est quelque chose qui au premier abord va paraître incohérent quand on a une vision d'ensemble, mais petit à petit, après, elle a commencé à nous amener quelques éléments à chaque consultation qui nous permettent de travailler.

Nous présentons, ensuite, des extraits des deux entretiens que le chercheur a réalisé avec C.D, psychologue, docteur en psychologie, et co-thérapeute dans la consultation de groupe transculturelle qui a pris en charge Alphonsine. Les entretiens ont été réalisés le 06/04/2016 et le 09/04/2016, ils ont été enregistrés et retranscrits par le chercheur.

(INT.) S.T : Nous avons discuté d'Alphonsine, quelle image tu te fais de son cas? Quelle idée tu te fais de ce qu'elle nous a raconté, et notamment de sa perception des serpents qui rentraient en elle ? Dans le groupe thérapeutique, on a évoqué, entre autres, la notion de possession...

C.D : Je n'étais pas présente au début de la prise en charge, j'ai assisté à quelques consultations et je me suis fait, personnellement, l'hypothèse d'une décompensation psychopathologique qui est réelle, comme on peut la trouver chez tout le monde, mais (...) à laquelle la patiente donne un sens qui est emprunté dans des éléments culturels. Donc à la fois, on aurait pu dire qu'Alphonsine est dans les eaux troubles d'un environnement où la persécution, les maléfices du monde invisible, de la sorcellerie sont récurrents ; mais cela n'empêche pas qu'il y ait des compensations sur le mode psychopathologique tel qu'on peut rencontrer chez tout le monde. Je ne dis pas que l'un exclut l'autre, que l'un entraîne l'autre, les deux peuvent coexister réellement. C'est comme ça que je vois les choses.

(INT.) S.T : Comment ces aspects s'articulent ? Ils sont quand même des plans de réalités très différentes. Selon toi comment ils peuvent coexister dans la même personne?

C.D : il y a plusieurs hypothèses que je peux me faire. La première est ce que j'appelle les défauts de défenses culturelles. C'est-à-dire que, lorsque l'individu est dans son environnement, la société, la culture, mettent en place des moyens de protection. Donc, tout le monde sait que pour ne pas avoir des attaques de sorcellerie il faut avoir ça. Ça réussit à protéger ses défenses culturelles mais, en même temps, ça crée une vulnérabilité par rapport à cet objet-là. C'est-à-dire que, ce qui nous protège, nous rend aussi vulnérable en son absence. Donc Alphonsine serait pour moi, l'articulation des deux.

Une des hypothèses, la première, c'est que l'environnement du monde invisible, de sa culture d'origine, les expériences qu'elle a vécu (...), ça fait que les protections fonctionnent pour

Madame, quand elle était dans le contexte où elle pouvait aller voir des guérisseurs etc. Le simple fait de la migration, chez certaines personnes, renforce la fragilité. (...) Donc, ce sujet qui migre, se retrouve concrètement, matériellement dans une situation de solitude. Dans une situation d'incompréhension du milieu, de l'environnement. Il est éprouvé par un ensemble de choses, qui finissent aussi par le fragiliser. Donc il y a la fragilité des défauts des défenses culturelles, qui sont ancrées à la théorie culturelle (...) mais aussi à la fragilité concrète, réelle. Les deux réunis peuvent créer une alchimie dépressive réelle ou l'effondrement psychopathologique. (...)

(Int.) S.T : Je me rappelle que, une fois, tu avais relevé une *incohérence* dans le discours de Madame et c'était notamment par rapport à l'attaque de sorcellerie. Tu lui avais rappelé les trois logiques qu'il y avait derrière la sorcellerie, et c'était, à mon avis, comme si tu lui avais signifié une incongruité...

C.D : Je ne peux pas penser que ce soit uniquement une incohérence, j'appellerais ça une stratégie psychothérapeutique, une stratégie d'inversion. Je fais une proposition inversant la norme de persécution amenée par la patiente, pour qu'elle ne se sente pas persécutée. Donc c'est une inversion de logique (...) qui s'appuie sur la cohérence culturelle de la logique d'une attaque par le monde invisible, la sorcellerie. Il faut qu'il y ait un motif, il faut qu'il y ait un lien de sang, il faut qu'il y ait un lien sexuel, en dehors desquels on ne peut pas, logiquement, en Afrique centrale, attaquer quelqu'un en sorcellerie. C'est-à-dire, l'attaque en sorcellerie est une sorte de compensation pour le sorcier du mal subit, ou alors un engagement de sang (...) donc je me suis appuyé sur ça que pour générer une représentation de protection pour lui dire : tu es protégée parce que tu n'es pas fautive.

(Int.) S.T : Dans ces cas-là, est-ce que tu penses que la persécution est plus forte de sa connaissance de ses logiques culturelles ? Ou il y a un changement qui est intervenu avec l'immigration ? Donc, on peut dire, la migration a fait qu'elle donne un sens différent à sa souffrance ?

C.D : Pourquoi elle ne s'est pas appuyée sur cette logique-là, et éviter de se sentir persécutée ? Il y a plusieurs hypothèses, à plusieurs niveaux.

Le premier élément qui me vient l'esprit c'est que si elle était capable de raisonner avec cohérence, elle ne serait pas malade. C'est justement parce qu'au niveau conscient et au niveau inconscient il y a des conflits. C'est pour ça qu'elle est malade. Donc si elle était capable de dire « non je suis protégée » elle ne serait pas en train de chercher la persécution sur tous les

objets. Donc c'est même cela, aussi, un des éléments de sa pathologie. C'est même là l'indication qu'elle est vraiment malade (...) c'est là le signe.

Le deuxième niveau de lecture, et d'hypothèse est que, dans la migration, les représentations culturelles sont malmenées. Certaines sont oubliées à cause des préoccupations existentielles, qui polarisent toute la concentration du psychisme, et du coup (...) les représentations culturelles sont reléguées au second plan. (...) En migration, il n'y a pas le corps social qui donne sens à toute la symbolique qui permet aux représentations culturelles d'exister (...) Une autre hypothèse c'est que, dans la migration, la culture d'accueil jette un regard sur la culture d'origine qui autorise le migrant soit à l'exalter, soit à la refouler progressivement. (...) Dans tous les cas, elles ne sont pas très fonctionnelles et c'est le rôle d'une consultation comme la nôtre de les réactiver, les réanimer. Pas pour réinsérer le patient de façon sclérosée dans sa culture, mais pour qu'il puisse se ressourcer, afin de structurer quelque chose de subjectif. Voilà, donc pourquoi elle ne s'en est pas saisie ? Pour de multiples raisons.

Après sur le plan psychopathologique, le type d'effondrement d'Alphonsine et sur un mode de persécution. Donc, voilà, il y a quelques éléments de l'organisation paranoïaque, mais je n'irais pas dire que c'est de la paranoïa. Il y a des éléments que l'on peut emprunter aux modes de processus paranoïaques : (...) notamment le sentiment de persécution, et à certains moments l'hypertrophie narcissique du Moi. Il y a une espèce de sentiment de grandeur, de coordonner les activités et la défense de toute la famille, ceux qui sont loin et ceux qui sont à Paris. (...) elle se présente comme la victime d'une attaque sorcière, mais un des principes de la sorcellerie, c'est qu'on n'a pas la preuve matérielle. On n'est jamais sûr de l'agent attaquant. Donc on va chercher sans arrêt (...), il n'y a pas de causes fixes. L'objet des persécutions peut varier. (...) Le rapport au monde extérieur sera toujours, pour elle, à évaluer sur l'échelle : « est-ce qu'il me persécute ou pas ? ». Non seulement il y a des mouvements de déplacement de l'objet du persécuteur, mais en même temps chaque rapport avec un objet va vite être ramené à l'évaluation « persécutant ou pas ? » « protecteur ou persécutant ? ». Lorsqu'elle dit que, quand elle a contacté cette femme qui lui a fait manger une brochette, le serpent s'est réactivé, cela c'est une théorie étiologique. (...) la théorie de fond c'est **une attaque par la sorcellerie** qui frappe tout le monde, surtout les femmes de la famille.

(Int.) S.T : Donc, dans ces cas-là, selon ton discours, les présences qui rentrent dedans, donc cette sorte de possession par un serpent, ça serait plutôt une attaque...

C.D : ce sont des modalités par lesquelles l'attaque se réalise dans l'individu. Chez elle ça se

réalise par ça. Il n'y a pas que des choses qui rentrent dans le corps, il y a toute sa vie globale : elle n'a pas d'homme dans sa vie, (...) chez les enfants ça commence à faire un peu de la maladie, et ce n'est pas toujours très apaisé à la maison, elle n'a pas d'emploi, elle a perdu ses emplois d'une manière différente. Donc, l'*attaque sorcière* ne vise pas que le *soma*. Parce que le *soma* est un des éléments qui constituent le Moi. (...) Au fait je généralise, mais le Moi en Afrique centrale, dans cette représentation du monde, c'est un Moi général. (...) Et du coup, dans l'attaque il ne s'agit pas simplement que le *soma* soit sous une modalité pathologique. Et si je perds les hommes, si je perds le travail, et s'il n'y avait que les enfants, il y a toujours des conflits dont on ne s'explique pas ; tout cela est une des modalités par lesquelles l'intention d'une nuisance maléfique agit par sa puissance invisible.

S.T : Tu avais déjà un peu parlé de ça, de la fonction que le groupe a pour Alphonsine. Si tu veux juste un peu le reprendre. Comment tu penses que Madame interprète le travail qu'on fait avec elle dans la consultation ?

C.D : pour Alphonsine, comme chez les sujets qui viennent d'Afrique, d'Afrique centrale, la modalité d'élaboration de problématiques en groupe est toujours contenante. Que ce soit dans les événements malheureux, ou dans des événements pathologiques, sur lesquels les médicaments n'arrivent plus à soigner, dès qu'une maladie commence à être rebelle au traitement, on commence à se demander s'il n'y a pas l'intervention du monde invisible. Et très souvent, donc, les élaborations de ces problématiques trouvent un niveau groupal. Donc le simple fait de se voir intégrer dans un groupe pour réfléchir à ça, c'est quelque chose qui correspond à la modalité de gestion des problématiques d'où elle vient. Et, donc, cette « fonction contenante » du groupe, « la fonction de substitution » du groupe à l'environnement familial compense un peu la solitude. Le groupe aide, aussi, à sortir du clivage qui est une forme d'organisation à type pathogène. Et elle se sert de nous comme un espace où, en plus de ce que je viens d'évoquer, elle peut parler librement des choses de là-bas sans être prise pour ce qu'elle n'est pas (...). Hors, là elle sait qu'elle peut parler de ce qu'elle dit, parce que nous sommes capables d'entendre ça et de ne pas confondre ces trois niveaux. Voilà. Donc, c'est un élément, un espace d'élaboration de ces problématiques, parce qu'au moins elle n'est plus seule avec ces événements de la sorcellerie. La sorcellerie ne se gère pas tout seul. (...) C'est toujours de façon collégiale avec des thérapeutes de fond et, parfois, c'est tout un village qui devient thérapeutique, (...) il y a les thérapeutes et tous les anciens malades qui sont devenus co-thérapeutes avec le thérapeute principal. (...)

4.2 – Boubakar

Nous avons rencontré Boubakar tout d'abord en qualité de co-thérapeute dans une consultation transculturelle spécialisée dans le traitement du *Traumatisme* et la prise en charge des demandeurs d'asile, dans le service de psychopathologie de l'Hôpital Avicenne de Bobigny (service du Pr. BAUBET)⁵⁶. Lors de la première consultation, nous pouvons remarquer que le corps de Boubakar est dépourvu de souplesse, tous les gestes, tels que tourner la tête pour regarder son interlocuteur, sont rigides et presque mécaniques ; le rythme de la pensée et de la parole est extrêmement ralenti. Le psychiatre de la consultation, qui est en contact avec son psychiatre et son référent au foyer, nous confirme que le patient a un traitement neuroleptique assez lourd, voire un surdosage qui, à son avis, serait à attribuer à la peur de l'équipe de son foyer vis à vis de crises de Boubakar, plutôt qu'aux réelles exigences du patient.

Les crises de Boubakar sont, en effet, très impressionnantes à cause de leur intensité et étrangeté. Depuis son arrivée dans la structure d'accueil, le jeune patient achète en cachette des couteaux qu'il sort pendant ses épisodes dans le but, nous explique-t-il, de tuer les serpents et les femmes-serpents qu'il voit pendant la nuit et qui lui rentrent dans le corps. La situation avec le personnel du foyer est, à ce moment-là, très tendue et Boubakar est menacé d'expulsion s'il réitère ces comportements.

Le patient est, donc, reçu à la consultation transculturelle à la demande du responsable du foyer. Il s'agit d'un dispositif groupal où le patient est adressé pour pouvoir travailler les aspects culturels de ses manifestations pathologiques, ainsi que les expériences traumatiques vécues avant et pendant la migration.

Dès la première séance, la théorie de la possession a tout de suite circulé, implicitement, et explicitement dans la post-séance, parmi les thérapeutes. Sa souffrance nous apparaît, en effet, étroitement liée à des présences qui se manifestent sous la forme de serpents et qui rentrent dans son corps. De plus, pendant ses crises, il tremble, il perd le contrôle et la conscience de soi, il dit des choses dont il ne se souvient pas après, comme c'est le cas pendant les « cas classiques » de transe. Le premier épisode était arrivé pendant la traversée de la Lybie à l'Italie.

⁵⁶ Service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent, psychiatrie générale et addictions, Hôpital Avicenne (AP-HP), Bobigny.

4.2.1 Notes de l'entretien de recherche

Nous avons demandé à Boubakar de participer à notre recherche, en raison de ses « crises de cris » qui sont mis en lien, par les patients, avec la visite des *djinn*s, dont l'aspect et les comportements étaient cohérents avec la culture d'origine du patient. Nous avons eu un bref entretien préliminaire, pendant lequel nous avons expliqué les objectifs de la recherche, Le patient a été informé du caractère volontaire de sa participation et des principales étapes du traitement de données telles que *l'anonymisation* et la *pseudonymisation*.

Nous avons conduit deux entretiens dans le service où ont lieu les consultations transculturelles, à la demande du patient, avant ou après les rendez-vous pour minimiser ses déplacements.

La première interview a eu lieu après le deuxième rendez-vous de Boubakar au groupe transculturel. Nous avons estimé opportun de mettre fin à l'entretien plus tôt, pour les raisons suivantes : le patient montrait des signes évidents de fatigue, les traitements neuroleptiques rendent très difficiles les processus de la pensée, l'absence d'interprète en langue bambara rendait la communication très difficile et pauvre.

Nous avons complété les données des entretiens avec les patients et avec les cliniciens qui ont eu des rôles-clés dans sa prise en charge transculturelle, par l'étude de son dossier, la lecture des notes des séances (du début jusqu'au moment de l'entretien), et des notes des discussions post-séances.

4.2.2 Anamnèse

Boubakar est un jeune homme bambara de 17 ans quand nous le rencontrons. Il est originaire du Mali mais il a grandi en Libye jusqu'à ses 15 ans, quand la Deuxième guerre civile libyenne a éclaté. Il a réussi à s'enfuir de la Libye à bord d'un bateau, qui a traversé clandestinement la Mer méditerranée.

Il arrive enfin sur l'île italienne de Lampedusa et il est envoyé sur la terre ferme en avion pour l'amener à Catane.

De la Sicile, il est envoyé à Udine où il est amené à l'hôpital, suite à des « crises de cris », selon la description faite par le patient même, qui ont commencé pendant le voyage en bateau et qui se sont déclenchées à nouveau pendant le trajet en avion. Le patient raconte que dans ces moments-là, il entend des voix, des bruits qui lui parlent et, dès qu'il les entend, il commence à crier, sans pourtant avoir aucun souvenir de ces crises, mis à part le corps

médical qui lui injecte des produits sédatifs pour le calmer. Ces épisodes sont tout de suite interprétés comme des symptômes de bouffées délirantes aiguës et Boubakar est hospitalisé une première fois en psychiatrie pendant un an. A la sortie de l'hôpital il est « un peu guéri » comme il le dit. Entre-temps, sa demande d'asile comme mineur isolé a été acceptée. À la sortie de l'hôpital, l'état italien lui donne 500 euros et il quitte l'Italie pour arriver en France. Dès son arrivée à Paris il a une nouvelle crise, il tombe par terre et il est amené à l'Hôpital, « *l'hôpital de fou* »⁵⁷, et il est à nouveau hospitalisé. C'est à ce moment-là qu'il commence à avoir des images de guerre, « *comme des personnages qui allaient me frapper* ». ⁵⁸ Il est ensuite déplacé dans un foyer pour mineurs isolés étrangers où il habite depuis 2 ans.

Depuis le début des consultations ethno-psychiatriques de groupe (au moment de l'entretien il a eu deux séances), Boubakar affirme se sentir beaucoup mieux, qu'il y a beaucoup d'amélioration. Il raconte qu'il fait toujours des rêves singuliers, qu'il voit des choses, mais il n'a plus des rêves si effrayants, comme dans le passé. Notamment, les serpents ont disparu et il a arrêté de baver et de trembler. Toutefois cette guérison, semble être en réalité, une simple trêve. Au cours du deuxième entretien, qui se passe pendant le mois du Ramadan, Boubakar dit que la crise et les insomnies ont recommencés, mais avec la particularité de ne pas être déclenchées par les bruits, ni par les voix.

Boubakar : « Ça a recommencé ce mois ici, de commencer à crier, alors que je n'ai pas fait des rêves, alors que je n'entends pas des voix, je me mets à crier. Ça a commencé ici, ce mois-ci ».

« Ça a commencé ce mois, ça a commencé quand je me suis mise à faire le jeûne jusqu'à maintenant je n'arrive plus à dormir ».

4.2.3 Symptômes et manifestations de la maladie

Boubakar a des crises, qu'il appelle « des cris », qui sont souvent déclenchés par le fait d'entendre des choses, des bruits, des voix qui n'ont pas une source apparente. Pendant ces épisodes il est secoué par des tremblements et il bave, il a une totale amnésie du moment de la crise.

Boubakar fait souvent des insomnies, son sommeil étant fortement perturbé par des cauchemars et des reviviscences traumatiques. La nuit il est également « visité » par des visions des serpents qui rentrent dans son corps. Pendant la traversée de la mer il a également eu des visions, des bâtiments dans l'eau et des femmes-sirènes, et des esprits, des *djinnns*.

57 Boubakar, extrait de l'entretien.

58 Idem.

Il dit ressentir dans son corps les coups des *djinns* qui le frappent.

Il dit avoir des difficultés à communiquer, à créer des relations avec les autres. Il a souvent la sensation qu'un être, à l'intérieur de lui, lui empêche la parole.

Il a des épisodes pendant lesquels il perd conscience et il tombe par terre.

4.2.4 Nomination de la maladie par le patient

Boubakar utilise différents mots pour nommer son problème de santé, soit :

- les crises
- des cris, crier
- « entendre des bruits»

Selon le jeune homme, sa maladie a été envoyée, et causée, par le Diable.

4.2.5 Parcours de Soins

- Hôpital en Libye-méningite
- Hospitalisation en Psychiatrie, un Hôpital à Udine (1 ans) suite aux crises de cris
- Urgences d'un Hôpital en Ile-de-France suite à une crise
- Hospitalisation en Psychiatrie, dans un Hôpital en Ile-de-France pendant un an

4.2.6 Problème de santé que le patient considère similaire dans son passé

Le patient dit que déjà en Libye il était « un peu malade ». Il a été hospitalisé pour des méningites, qu'il décrit comme étant très similaires aux crises qu'il a connu en Italie et en France. L'arrivée des crises le faisait pleurer et pendant cette période il a beaucoup maigri.

Il n'a pas de souvenir des membres de sa famille qui pourraient avoir eu des problèmes de santé similaires au sien, ni dans son entourage.

Il n'a jamais, non plus, entendu parler de personnes qui ont eu un problème de santé comme le sien, sinon à « l'hôpital de fou » où il a rencontré d'autres personnes qui crient.

4.2.7 Les facteurs déclenchant la maladie

Selon Boubakar, il y a différents phénomènes qui peuvent pré-annoncer, ou déclencher, les

crises de cri :

- **entendre des bruits, des voix qui lui parlent**

Boubakar : « Quand j'entends beaucoup de bruits je commence à crier que je vais prendre des couteaux, que je vais tomber dans l'eau ».

« Parce que les bruits vont m'appeler. Ils vont appeler mon prénom ».

« Si j'entends des bruits je vais crier, mais si je n'entends pas des bruits, je ne crie pas ».

- **être tapé par un djinn**

Boubakar : « Quand je suis (par exemple) en train de dormir il, ou elle, vient me taper et moi je me réveille et je me lève. Dès que je me lève, je ne suis plus moi-même. Donc pour me calmer, souvent le corps médical me fait une injection, pour que je me calme ».

- **la traversée en avion/bateau**

Boubakar : « il y a des crises, des tremblements. Depuis **qu'on** a traversé la mer j'ai commencé à trembler beaucoup. »

« Après on a pris l'avion pour m'amener à Catane pour aller à Udine. Dans l'avion, j'ai commencé à crier encore ».

4.2.8 Les agents de la possession

Les présences du monde invisible qui sont impliquées dans la maladie de Boubakar sont nombreuses et se présentent sous des formes culturellement codées.

- les diables
- les serpents
- le tourbillon

Boubakar : « Avant de crier, je vois passer un tourbillon, et dès que je le vois passer, je commence à crier ».

- les *djinns*

Les *djinns* qui se manifestent à Boubakar, changent d'apparence, ils peuvent se manifester avec l'aspect d'un homme, ou d'une femme, de peau noire. Il nous semble intéressant de

mettre en évidence que les *djinns* avant l'arrivée en Italie se présentaient déshabillés, après la traversée ils sont toujours habillés et en blanc.

Boubakar : « les *djinns* que j'ai vu, quand je suis rentré en Italie, c'est les mêmes *djinns* qui apparaissent souvent comme une femme. Souvent ils se présentent, aussi, sous l'apparence d'un homme, mais toujours avec une tenue blanche. »

« Quand j'ai vu le djinn sur l'eau, il est apparu comme un homme mais qui était complètement dévêtu, il n'avait rien de tout. Mais après, à l'arrivée en Italie, quand il est réapparu il était avec les vêtements et il pouvait apparaître, soit comme un homme soit comme une femme. »

- des créatures aquatiques, des femmes-sirènes

4.2.9 Les traitements

Depuis son arrivée en Europe, Boubakar a reçu des nombreux traitements psychiatriques qui, à son avis, marchent plutôt bien. Toutefois, l'adhésion est possible, uniquement, car un professionnel du foyer lui administre son traitement. Il dit ne pas arriver à le prendre tout seul, car il ne peut pas lire le français.

À la question autour des traitements qu'il souhaiterait recevoir, et qu'il n'a pas reçus, Boubakar répond qu'il aimerait avoir des soins par des guérisseurs bambara, il aimerait bien qu'ils puissent lui donner des médicaments. Mais le jeune homme ne connaît pas d'autres bambara, et encore moins de guérisseurs, à Paris.

4.2.10 Analyse de la première séance de groupe

Pendant la première consultation, le groupe a commencé à établir l'alliance thérapeutique tout en travaillant les visions des serpents qui hantent les nuits du patient, ainsi que la relation entre les présences du monde invisible et les *crises de cris*. En effet, comme il est mis en évidence par COHEN et al., dans leur article sur la construction de l'alliance thérapeutique en consultation transculturelle, « l'apport d'un cadre contenant et la reconnaissance symbolique des représentations des patients contribue à la construction d'une alliance thérapeutique »⁵⁹ (COHEN et al., 2013).

Les différents co-thérapeutes ont également exploré les différents signifiés attribués aux serpents dans diverses cultures et dans l'expérience subjective du patient, ainsi que la fonction

59 COHEN, H., LETIENNE, S., TAÏEB, O., SIMON, A., & MORO, M. R. (2013). La construction de l'alliance thérapeutique en consultation transculturelle : le cas d'une famille tamoule. *L'autre*, 14(2), 169-178.

des crises dans la vie de Boubakar. Nous avons également exploré avec le patient la possibilité que les serpents ne soient pas une menace, mais des esprits envoyés par des ancêtres, pour lui livrer un message ou pour lui rappeler quelque chose. Dans la logique de cette hypothèse, il serait donc dangereux, voir même transgressif, d'essayer de tuer ces génies avec des couteaux. À la place de cela, le groupe évoque des rituels de protection en lien avec la religion musulmane du patient. Pour soutenir la volonté du patient de se protéger et de se défendre, les thérapeutes sollicitent le patient à se souvenir de paroles, de prières ou de gestes rituels qu'il aurait pu apprendre dans sa famille ou à l'école coranique, pour se protéger la nuit et pour s'apaiser. Ces actes pourront constituer des réponses culturellement et socialement plus adaptées.

L'utilisation des couteaux pour tuer le monde invisible est, en effet, culturellement inadaptée pour plusieurs raisons. Chez les *Bambaras* du Mali, les esprits, les *djinns*, existent sous des formes diverses et ils peuvent prendre la forme d'animaux, en particulier de serpents ou de chats. Les animaux considérés comme des incarnations de *djinns* sont protégés et il est interdit de les tuer. Les *djinns* peuvent également posséder une apparence humaine et ils peuvent avoir une influence tantôt bénéfique tantôt néfaste ; ils peuvent être attachés à une personne, un groupe social ou un lieu déterminé. Certains résidents ainsi dans la brousse ou dans un arbre et les croyances et les mythes autour des esprits de l'eau, de la rivière ou de la mer sont nombreux. Dans un passage de l'entretien, en effet, Boubakar nous raconte que sa mère lui avait parlé des rituels qu'il faut accomplir sous un grand arbre sacré, le baobab qui est nommé aussi « le pain des singes »,

« J'ai parlé avec ma mère quand j'étais en Italie. Elle me disait que, chez nous, il y avait des arbres, des grands arbres, avec des grands troncs, où les gens allaient faire des sacrifices. (...) On sacrifiait des bêtes, des poulets, des bêtes domestiques, et puis le sang qui sort, il y a quelque chose qui est assimilé au serpent, qui sort du tronc d'arbre et qui vient pour boire ce sang-là. »

« On fait ses offrandes tous les ans, mais aussi si vous avez quelque chose qui vous empêche de dormir, que ça soit la santé ou des problèmes, je ne sais pas, avec les autorités, ou d'autres soucis, des choses comme ça qui vous empêchent de dormir, vous allez faire ça, des libérations.⁶⁰

60 Boubakar, extraits de l'entretien avec interprète.

Les *djinns* des eaux, et de la brousse, sont en effet supposés être à l'origine de la création du peuple Bambara, d'où l'interdiction de les tuer.

Pendant la première consultation, le thérapeute principal affirme « on ne peut pas tuer les serpents car, s'ils sont les esprits des ancêtres, ce serait comme tuer la mère et le père » en réponse au patient qui parle de sa volonté de tuer les esprits – serpents, qu'il voit la nuit. Dans ce passage, le thérapeute évoque l'interdiction culturellement déterminée de tuer les animaux-esprits. Il s'agit ici d'une tentative d'aider le patient à reconstruire et renforcer l'intériorisation de la norme sociale, à travers la reconstitution du tabou de tuer le totem, qui selon une perspective freudienne, représente symboliquement l'interdiction du meurtre, qui serait à la fois du parricide et du régicide (FREUD, 2009).

4.2.11 Le cadre thérapeutique comme Le Château des destins croisés

Byron GOOD définit l'expression de la souffrance du patient comme un *emplotment*, une « mise en trame », des épisodes morbides qui définissent le sens que la maladie assume pour cette personne ici et maintenant, à l'intérieur de son contexte. Bien loin de l'idée de la plainte que le soignant est obligé d'écouter et de passer au crible pour pouvoir trouver les « vrais symptômes » ; cette narration est une source très riche capable de mettre en lumière les aspects émotifs et symboliques qui se cachent derrière le choix des mots utilisés par le malade. Le fil narratif, le rythme et le *tempo*, le réseau sémantique dans lequel la maladie est insérée, sont autant d'éléments-clés dont le patient se sert, non pas seulement pour raconter sa propre souffrance, mais sinon pour la rendre compréhensible à lui-même. À travers la narration, le patient construit une réalité intelligible, une réalité où il peut agir en tant que narrateur, pour qu'il devienne le protagoniste actif de sa propre histoire.

LEVI-STRAUSS a montré comment les structures narratives ordonnent l'expérience, permettant aux guérisseurs de travailler la magie du langage symbolique pour manipuler la logique de la perception par rapport à leur propre cadre phénoménologique et au sens de la réalité de leurs patients. Une réalité qui est physiologique en même-temps que psychologique et sociale. (LEVI-STRAUSS, 1949)

Comme nous le rappelle Gibert GRANDGUILLAUME⁶¹, dans son article *Les Mille et Une Nuits, la parole délivrée par les contes*,

L'efficacité de la narration est déterminée tant par le contexte dans lequel elle s'opère que par

61Psychanalystes, N°33, Symboliser, p.140-151(avec François Villa) consultable on-line <http://www.ggrandguillaume.fr/titre.php?recordID=10>

les scansion qui la marquent ». L'importance du contexte pour la narration est d'une importance vitale. La narration n'existe pas en soi-même, dans le monde de l'oralité, elle existe seulement dans l'ici et le maintenant de l'acte narratif, elle jaillit de la bouche du narrateur mais elle ne se réalise que dans l'écoute de l'auditeur, dans l'espace narratif qui est tout d'abord un espace relationnel.

Nous proposons ici un extrait de l'œuvre *Le château des destins croisés* d'Italo CALVINO, car il nous semble illustrer magnifiquement, avec sa prose simple et majestueuse, le cadre thérapeutique comme un *lieu narratif*.

Dans cette histoire, des chevaliers se retrouvent à une table d'hôtes et au moment de conter leur aventure, la parole leur fait défaut. Ils ont alors recours à un jeu de tarot pour figurer leur récit, et de carte en carte, chacun donne à deviner, à lire, sa propre histoire.

« Au milieu d'un bois touffu, un château offrait son refuge à tous ceux que la nuit avait surpris en chemin : dames et cavaliers, cortèges royaux et simples voyageurs.

(...) c'était à peine si je pouvais tenir sur mes jambes : depuis que j'avais pénétré dans le bois telles avaient été les épreuves que j'avais dû affronter, rencontres, apparitions, duels, que je ne parvenais plus à retrouver un ordre dans mes mouvements ni dans mes pensées⁶².

Je montai un grand escalier ; je me trouvai dans une salle haute et vaste : des nombreux personnages- sans doute eux aussi qui m'avaient précédé sur les routes de la forêt- étaient assis là pour dîner, autour d'une longue table que les chandeliers éclairaient.

(...) fort était mon soulagement à me retrouver sain et sauf et ma hâte d'entrer en conversation et d'échanger avec ces compagnons de voyage les récits de nos aventures.

Je décidai de rompre ce que je croyais être un engourdissement de langue et voulu lancer une bruyante exclamation, mais de ma bouche ne sortit aucun son. Je n'étais pas sourd, j'avais plus à supposer que j'étais devenu muet. Ce qui me confirmèrent les autres invités qui remuaient les lèvres en silence : il était clair que la traversée du bois nous avait coûté la parole.

Nous demeurions assis à nous regarder en face, gênés de ne pouvoir échanger des expériences que chacun de nous avait à communiquer.

(...) celui qui semblait être le châtelain posa sur la table un jeu de carte. C'étaient des tarots ».

62 Nous avons mis en évidence les passages qui soutiennent notre hypothèse de la nouvelle de Calvino comme une métaphore du cadre thérapeutique ethno-psychiatrique.

L'une des dames amena vers elle les cartes éparées mais elle ne les rassembla pas en un seul paquet ni ne les battit ; il prit une carte, et la posa devant elle. Nous notâmes tous la ressemblance de son visage avec celui de la carte, elle la posa devant elle comme pour dire «je » et elle se prépara à raconter son histoire à travers les cartes qu'elle disposa l'une après l'autre.... (CALVINO I., 2015)

Le patient, comme le protagoniste-narrateur du roman, vient d'une histoire de migration, un passage périlleux à travers la mer, où il a fait face à de nombreuses épreuves qui sont, à peine, nommables.

Il arrive, enfin, fatigué et souffrant dans un lieu de soins, un hôpital qui, comme un château, est un lieu humain, un symbole de refuge, des soins, de vie, de protection, mais en même temps, il peut être un lieu inquiétant, où la mort peut se balader comme un fantôme dans ses couloirs et ses souterrains. Un lieu où on peut rester enfermé pendant un an, comme c'est le cas de Boubakar dans l'hôpital en Italie.

Nous retrouvons cette ambivalence par rapport aux soins dans la phrase du patient «si je criais ils allaient me faire la pique, après mon corps n'avait plus de sang ». Ici l'injection est toujours associée aux crises «si je crie tout le monde vient me piquer dans les fesses et après je dorme ». La *piqûre* est un geste chargé d'une signification symbolique : elle est à la fois un acte qui met fin aux crises et qui permet au patient de se calmer et de dormir, mais elle semble aussi être vécue comme un geste inquiétant. La piquûre nous semble ici devenir une morsure, peut-être du serpent, ou d'un être qui absorbe la force vitale laissant le corps du patient exsangue.

L'action du sédatif sera donc vécue sur un double niveau de signifiant :

- 1) le donner le sommeil comme apaisement
- 2) le sommeil comme image de la mort

En continuant notre récit de l'histoire du patient, comme un *voyage initiatique du héros*⁶³

63 La théorie du voyage du héros (*the hero's journey*) ou monomythe, a été élaborée par Joseph Campbell, professeur, écrivain et conférencier, expert de mythologie et religion comparée. Elle a été décrite dans l'ouvrage *Le Héros aux mille et un visages*. Joseph, C. (2010). *Le Héros aux mille et un visages*. Selon Campbell dans tous les récits de voyages du héros, nous pouvons retrouver un même schéma en 12 étapes (de l'article en anglais Christopher Vogler, 1985, A Practical Guide to the hero with a thousand faces by Joseph Campbell). 1) Le héros dans son monde ordinaire : il s'agit d'une introduction 2). L'appel à l'aventure, qui se présente comme un problème ou un défi à relever. 3) Le héros est d'abord réticent, il a peur de l'inconnu. 4) Le héros est encouragé par un mentor, vieil homme sage ou autre. Quelquefois le mentor donnera aussi une arme magique, mais il n'accompagnera pas le héros qui doit affronter seul les épreuves. 5) Le héros passe le « seuil » de l'aventure, il entre dans un monde extraordinaire, il ne peut plus faire demi-tour. 6) Le héros subit des épreuves, rencontre des

(CAMPBELL, 2010) nous voyons arriver Boubakar dans une salle de consultation, un lieu qui a ses règles, ses codes, ses personnages et ses objets qui le caractérisent et le structurent, comme la salle du château du roman de Calvino. Les différents lieux de soin, comme nous le savons, sont également des *lieux narratifs*. Chaque cadre thérapeutique a ses règles communicatives, ses interdits, ses silences qui étouffent ou nourrissent, selon le cas, les discours de l'autre.

Le patient, comme le protagoniste de l'histoire, se rend compte bientôt de la difficulté, voire de l'impossibilité à s'exprimer, à raconter sa souffrance.

Pendant l'entretien de recherche, Boubakar parle de ses difficultés à communiquer et à exprimer ce qu'il voit et ce qu'il ressent :

« (...) je voyais aussi des choses, des créatures en étant sur l'eau, sur la mer, des choses que j'ai du mal à décrire »

(...)

« J'ai un problème que j'ai beaucoup du mal à m'exprimer. Ce que je vois dans les rêves fait partie des choses à expliquer. Là où je suis, il n'y a pas de bambara, et puis si je me mets à parler c'est comme si quelque chose me l'empêche. Au niveau de l'expression c'est vraiment difficile. (...) quand je fais des rêves, j'ai du mal à en parler, à expliquer aux gens, comme si quelque chose me l'empêche.

Cette incommunicabilité fait écho à la profonde solitude et l'isolement de Boubakar.

Boubakar : Je n'arrive pas à le dire. Mon père très vieux, mon père aussi il est décédé, donc je n'ai personne en effet. Ça c'est quelque chose qui est difficile. Don je n'arrête pas de penser à ça. »

Comme c'est souvent le cas dans le trauma, « Dire sa souffrance présente ainsi un risque : celui de ne pas être compris, expérience particulièrement insupportable pour les patients qui ont vécu des expériences traumatiques de traumas, qui souffrent déjà du caractère indicible et incommunicable de l'expérience qu'ils ont vécue » (Baubet T., Moro R.M, 2000).

alliés et des ennemis. 7) Le héros atteint l'endroit le plus dangereux, souvent en profondeur, où l'objet de sa quête est caché. 8) Le héros subit l'épreuve suprême, il affronte la mort. 9) Le héros s'empare de l'objet de sa quête : l'élixir. 10) Le chemin du retour, où parfois il s'agit encore d'échapper à la vengeance de ceux à qui l'objet a été volé. 11) Le héros revient du monde extraordinaire où il s'était aventuré, transformé par l'expérience. 12) Le retour dans le monde ordinaire et l'utilisation de l'objet de la quête pour améliorer le monde (donnant ainsi un sens à l'aventure).

Dans le cas de Boubakar, le risque était réel. Les visions des serpents, qui lui rentrent dans la peau, aussi bien que le fait d'acheter des couteaux pour les tuer, lui ont causé un surdosage de médicaments et des réactions de crainte et d'hostilité au foyer où il vit.

Ici, l'incommunicabilité devient une présence tangible, quoi qu'invisible, et il est le signe même de la présence d'un djinn. Les changements de comportement au niveau de la parole, la glossolalie, le blasphème, ainsi que le mutisme temporaire, ou l'impossibilité de parler de certains sujets avec certaines personnes, car le patient a l'impression que quelque chose à l'intérieur de sa gorge lui bloque la voix, sont des signes récurrents de la possession. « Ce sont à la fois des conditions métaphoriques qui traversent les domaines chimiques, neurochimiques, somatiques et psychosomatiques, et d'autant plus graves en raison de la manière dont les métaphores provoquent la réalité, ils incarnent un glissement ontologique. Ce qui est particulièrement important, c'est la façon dont le glissement ontologique est incorporé dans les symptômes » (Alter, 2014).

Dans l'histoire de Boubakar, l'action du djinn de lui *couper la parole* nous semble ici avoir la fonction de rappeler au patient son isolement, *être coupé du monde*, et il est ce qui soutient la nécessité de trouver un cadre adéquat, collectif, pour pouvoir exprimer certains contenus et pour pouvoir tisser des liens et, en même temps, son récit.

La présence des *djinns* nécessite un rite et un groupe, lieu privilégié de la médiation entre les humains, qui passe par des entités supra-humaines et par la constitution de liens entre différents espaces sociaux. La manifestation du monde invisible est ici l'émergence d'un impératif de l'interaction sociale. Il oblige, en effet, le patient à chercher de liens, à trouver un espace où la voix des esprits puisse être entendue, dans la circularité de la parole.

Dans le groupe transculturel, c'est particulièrement évident que les thérapeutes ne se limitent pas à écouter un récit, ils sont conscients de le coconstruire. La parole circule dans le cadre, ou pour mieux dire dans le cercle thérapeutique, sous la direction du thérapeute principal qui orchestre la narration tel le châtelain qui donne le jeu de Tarots. Tous les personnages du jeu thérapeutique sont engagés dans une « mise en intrigue » de plus en plus complexe. Ils partagent des images, des dictons, des métaphores, des poèmes, des comptines, des chansons, des comptes qui jaillissent et circulent d'un co-thérapeute à un autre, sous la direction du thérapeute principal, le maître de jeu.

Ce riche matériel narratif a le pouvoir de nourrir le discours de l'autre, d'apporter des pièces riches en couleurs, en odeurs, en musicalité, comme les tarots du roman.

Les différentes propositions faites par les différents co-thérapeutes sont comme des fragments auxquels le patient peut associer d'autres bribes narratives, et s'en servir pour tisser son récit.

L'altérité circule d'un membre à l'autre du cercle thérapeutique, chaque fragment narratif court à la rencontre d'un autre et c'est justement cette complexité narrative qui permet au jeune patient de se retrouver protagoniste de sa propre histoire, de sortir de la violence communicative souvent exercée aussi bien à travers la construction du récit pour la demande d'asile, comme je le détaillerai par la suite, qu'à travers des diagnostics. Le diagnostic, sorte de cul-de-sac narratif, est un « mono-discours » qui souvent écrase, annule, grâce au pouvoir de son autorité, toutes les autres possibles narrations et transforme la complexité de l'expérience de la souffrance en une *reductio ad unum*.

L'absence de diagnostic, voire d'interprétation, crée un vide, offre un silence qui fait de ce cadre le lieu privilégié de la possibilité, de la rencontre, de la co-construction narrative.

Comme dans ce conte, l'approche complémentariste proposé par G. Devereux, celui du double regard non simultané entre l'anthropologie et la psychanalyse, permet en effet la construction d'un espace analytique multiple et composite. La clinique est un véritable château des destins croisés, où chacun arrive avec des événements incidents⁶⁴, qui peuvent devenir une histoire seulement à travers l'interaction avec les autres.

4.2.12 Analyse des notes du deuxième entretien : le contre-transfert historique et culturel

Le deuxième entretien de recherche a eu lieu un mois après, avec la présence d'un interprète en langue bambara. Il s'agit du même interprète que celui qui est présent pendant les séances des consultations transculturelles ; il a été choisi en raison de sa bonne qualité de relation avec le patient, ainsi que de ses compétences. L'interprète est en effet formé, depuis plusieurs années, à la traduction dans la clinique transculturelle et il a également une formation en anthropologie. Nous avons pris le temps de discuter avec lui autour de nos objectifs de recherche, du vocabulaire, de la notion de possession.

Boubakar arrive au deuxième rendez-vous visiblement plus apaisé, présent. Il semble habiter mieux son corps, qui présente toujours des traces de rigidité, mais il est néanmoins plus expressif que lors de notre première rencontre. Boubakar semble content de revoir l'interprète et il accueille de bon gré sa présence. Je prends le temps de lui expliquer à nouveau ma recherche, et le sujet de notre entretien. Je garde depuis notre dernière rencontre, une

64 Du latin *incidens* (« tombant sur »).

sensation de malaise, de gêne à son égard. Je me surprends à craindre le début de l'entretien, j'ai peur qu'il se passe la même chose que pendant le premier entretien.

Dès qu'il s'est assis, le fait d'être italienne, je suppose, et mon intérêt pour son histoire, m'ont donné le droit à tout l'histoire migratoire de la Libye à Lampedusa. J'avais reconnu le rythme, la structure déjà dès son début. Avant même que je puisse poser ma première question, le récit jaillit de la bouche de Boubakar, tel qu'il a été construit, formaté et appris par cœur, pour toutes les démarches de demande d'asile, tel un objet animé par une volonté propre. Où est Boubakar dans son discours ? Qui parle à travers lui ? Des mouvements contre-transférentiels me traversent, ils sont presque tangibles comme un courant d'air. Avons-nous, enfin, senti le contre-transfert historique dont G. DEVEREUX parle ? Et, alors que nous nous considérons à l'écart de cette dynamique, notre pays se trouvant en dehors des catégories de pays colonisateurs / colonisés, nous ressentons de la honte envers notre pays. Mais aussi un sentiment de culpabilité en temps qu'italien, de la rébellion, l'envie de vouloir sortir de ce discours dépersonnalisant dans lequel on emprisonne les personnes, qui ne sont plus des personnes mais des demandeurs d'asile, et la frustration de ne pas sortir de cette logique relationnelle au-delà de nous, malgré nous.

C'est notre accent italien qui lui rappelle l'Italie, notre pays chéri, que nous savons être une terre qui peut se révéler tantôt généreuse, tantôt cruelle avec les immigrés qui arrivent sur ses côtes. Est-ce le lieu de la prise en charge, où le simple fait de demander un entretien qui fait plonger et qui cloue Boubakar à son rôle de demandeur d'asile, qui le réduit à son discours qui a été demandé, maintes et maintes fois ? La demande, un objet qui a été construit d'abord pour le Commissariat de Police en Italie, après par la Commission Territoriale, et tous les acteurs intermédiaires de la prise en charge de la demande d'asile le C.A.R. A⁶⁵. Je connais, pour avoir aidé pendant plus d'un an les demandeurs d'asile à écrire son récit, les effets de la violence de la forme et de la mise en page, de l'obligation à rester dans les deux pages, car on nous dit « sinon personne le lit jusqu'à la fin ». Le récit doit commencer avec prénom et nom, année de naissance, origine, pays de provenance, les différentes étapes du voyage, les événements traumatiques subis et, en conclusion, le résumé de la cause pour laquelle on demande la protection internationale, ainsi qu'une brève explication des raisons selon lesquelles le demandeur estime son propre pays incapable de lui donner une protection. Tout doit être rédigé en ordre strictement chronologique, des faits que des faits, les uns après les autres, et après les causes, à la fin, jamais d'opinions, d'émotions que *le strict* nécessaire pour

65 C'est l'équivalent du CADA Les Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile.

mettre en évidence des passages. Les dates doivent être précises, le fait d'indiquer le jour exact donne une très bonne impression, toutes lacunes, ou passages manquants entre un événement et l'autre, sont suspects, l'amnésie traumatique n'est pas une justification.

Chez le demandeur, son discours devient le sujet et lui-même devient l'objet de son discours, dans un jeu pervers de renversement de subjectivité, une violence ontologique imposée par une violence narrative. Dans son article sur la violence du récit, Ross CHAMBERS (CHAMBERS, 1986) affirme que ce qui voile le caractère violent de l'acte narratif, c'est l'habitude, mais c'est aussi la caractéristique qu'elle définit comme *la séduction narrative*. L'auteur, affirme, qu'il s'agit, dans la séduction narrative, aussi bien que dans toute séduction, de recruter le désir de l'autre en faveur d'un but, qui est celui du récit.⁶⁶ Ici, cet acte de séduction est dramatiquement nécessaire à la personne, car la mise en forme du récit, souvent plus que son contenu, peut déterminer la bonne fin de la demande d'asile, c'est donc une séduction qui joue avec la mort ou la vie.

4.2.13 Le début de la maladie, ou de l'initiation ? La traversée de la mer.

La maladie de Boubakar a commencé au moment précis de la traversée de la Mer Méditerranée où le jeune homme a pour la première fois des visions, qui semblent être collectives, presque des mirages, qui mettent en danger les compagnons de voyage de Boubakar qui se jettent dans l'eau en croyant voir la terre. Pour le protéger, d'autres passagers attachent Boubakar, comme Ulysse dans l'épisode des Sirènes, pour l'empêcher de suivre ceux qui sautaient à l'eau.

S.T : Et vous pouvez me raconter mieux ce qu'il s'est passé au moment de la traversée de la mer ?

B. : Dans la mer on a vu quelque chose, comme des grands bâtiments.

S.T : Dans l'eau ?

B. : Dans l'eau, la nuit. On a vu des grands bâtiments, il y a des feux partout, nous on pense que c'est l'*Imer*⁶⁷ (?)

S.T : Qu'est-ce que ça veut dire l'*Imer* ?

66 Chambers, R. (1986). Violence du récit : Boccace, Mérimée, Cortazar. Canadian Review of Comparative Literature/Revue Canadienne de Littérature Comparée, 13(2), 159-186.

67 Nous avons transcrit la parole en essayant de respecter la phonétique. A ce moment de l'entretien l'interprète n'était pas présente, et nous ne sommes pas arrivés à identifier ces mots dans la langue bambara. Nous ne pouvons, donc, pas mieux comprendre son signifié.

B. : *l'Imer* c'est ça, nous avons vu des grands bâtiments dans l'eau. Le bateau n'arrive pas à traverser, donc nous pensions que c'est *l'Imer* qu'il était partout. On a pensé qu'on était arrivé en Italie, mais au fait non. Donc il y a des gens qui sont tombés dans les eaux. Après ils m'ont attrapé et attaché avec des cordes, dans le bateau. Après je suis venu en Italie ».

Qu'en est-il donc du temps et de l'espace du passage, de la traversée de Boubakar de la Mer Méditerranée, et qu'est-ce qu'il nous indique sur sa souffrance psychique ?

Comme nous l'avons écrit dans l'article La mer comme espace liminal (TALLARICO, BAUBET, 2017) ⁶⁸ La Mer Méditerranée, dont le nom dérive du latin *mediterraneus* (au milieu des terres) a été depuis toujours un lieu de passage qui offrait la possibilité, à qui se risquait à traverser ses eaux, de réaliser « à la fois un changement d'État et une transformation d'état »⁶⁹ (GREEN, 1999), de passer les frontières entre le familier et l'inconnu, le nous et les autres.

La théorie de rite de passage de VAN GENNEP (1909)⁷⁰, dont la liminalité constitue une phase fondamentale, nous semble avoir ici un fort intérêt heuristique pour analyser les processus psychologiques et symboliques qui interviennent au moment du voyage migratoire, car elle évoque à la fois des processus socio-anthropologiques, politiques et psychiques de cette transition.

Selon la définition anthropologique des rites de passage (FABIETTI et REMOTTI, 2009)⁷¹ pendant la période liminale, l'individu, qui participe à un rite de transition, se retrouve dans une phase intermédiaire entre deux positions socialement définies : l'ancien rôle qu'il abandonne et le nouveau qu'il doit encore obtenir. Il habite donc une *situation limite*⁷² dans son acception d'entre-deux : entre un état antérieur et un état postérieur.

Cette phase se déroule dans un espace extraordinaire (hors de l'ordinaire), comme c'est le cas pour la mer. Ce lieu liminal nous renvoie à la fois à une condition de suspension, d'entre-

68 Tallarico, S. & Baubet, T. (2017). La mer comme espace liminal : Étude de cas sur les aspects symboliques et magico-religieux de la traversée de la mer Méditerranée. *Rhizome*, 63(1), 68-74. <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2017-1-page-68.htm>.

69 Green, N.L. (2003, 15 janvier). *Trans-frontières : Pour une analyse des lieux de passage*. Repéré à socio-anthropologie.revues.org/110

70 VAN GENNEP, A. (1981). *Les rites de passage. Étude systématique des rites : de la porte et du seuil, de l'hospitalité de l'adoption, de la grossesse et de l'accouchement, de la naissance, de l'enfance, de la puberté, de l'initiation, de l'ordination, du couronnement, des fiançailles et du mariage, des funérailles, des saisons, etc.* Paris : A. et J. Picard.

71 *Riti di passaggio*. (2009). Dans U. FABIETTI ET F. REMOTTI (dir.), *Dizionario di antropologia. Etnologia. Antropologia culturale. Antropologia sociale*. Bologna, Italia : Zanichelli Editore.

72 Nous utilisons le terme de *situation limite*, selon la définition du philosophe Jaspers (*Jaspers, 2017*) : le moment où l'individu est intérieurement confronté à des expériences existentielles (pour des raisons extérieures à sa volonté) qu'il ne peut pas changer. (Jaspers, K. (2017). *Introduction à la philosophie*. République des Lettres.

deux, et en même temps à des dynamiques de transition des limes (frontières), de rupture, de déconstruction - suspension - reconstruction à travers l'abandon de l'identité et la rencontre avec l'altérité. Pour y accéder, la personne doit sortir du territoire de la communauté pour demeurer un certain temps dans un espace potentiellement dangereux, étrange. (TALLARICO, BAUBET, 2017)

Dans une autre partie de l'interview, Boubakar nous raconte que pendant la traversée, le bateau s'entrave.

Boubakar : Je faisais des rêves, je voyais des serpents, je voyais des *djinns*. Je voyais aussi des choses, des créatures en étant sur l'eau, sur la mer, des choses que j'ai du mal à décrire.

Par exemple, de la Libye pour aller en Italie, dans l'eau il s'est passé quelque chose...quand je pense à ça...je ne fais plus que des rêves par rapport à ça, mais ça m'arrive de temps en temps d'y penser, et quand je pense à ça, j'ai la chair de poule en effet.

Quand on était sur l'eau, on était à un niveau, en face de quelque chose, qui semblait un bâtiment, à plusieurs étages et il y avait des lumières partout. On a beaucoup tourné en rond, on n'arrivait pas à le dépasser, à partir. On a été obligé y rester jusqu'au lendemain. Finalement, on a vu quelqu'un de petite taille, un homme, bambara, qui a suggéré de jeter nos protections, que ça soit des bagues ou des trucs qu'on met autour de la taille. Donc moi, je me suis débarrassé de ma bague, ça je n'ai pas de tout aimé, cela était contre ma volonté, quoi ! Mais je l'ai fait. Chaque fois, quand je pense à cela, ça me fait mal.

Cet acte de jeter à la mer les protections nous semble ici, déterminant, pour pouvoir traverser les frontières entre deux mondes : le monde d'origine et celui de destination, le monde des esprits et celui des humains.

Les frontières, à un niveau géographique, mais également sur un plan symbolique et social, se basent sur un principe d'exclusion qui crée une unité intérieure à travers une séparation avec le monde extérieur : la délimitation des territoires permet la construction d'un « nous » à travers « la ligne de démarcation entre ce qui est à l'intérieur et ce qui est exclu, séparé, externe, autre »⁷³ (ZANINI, 1997).

L'objet de protection, la bague, l'alliance, est à la fois un symbole de transmission et d'appartenance, puisqu'il est donné par la famille, ou par le groupe d'affiliation (groupe d'âge,

73 ZANINI, P. (1997). *Significati del confine. I limiti naturali, storici, mentali*. Milano, Italia : Bruno Mondadori.

religieux, social etc.), et il est donc la matérialisation de l'action de protection du territoire, tantôt intime tantôt collective. Il est le signe d'une identité et en même-temps le symbole d'une frontière entre le Soi et l'Autre.

La frontière est ici entendue comme une barrière de protection contre des troubles externes, contre les ennemis visibles et invisibles. Elle sert à protéger l'intérieur de l'incertitude, de ce qui, au-delà de la frontière est perçu comme inconnu, incertain et obscur.

« Qu'advient-t-il lorsque les valeurs de ce rapport espace intérieur/extérieur sont inversées ? Lorsque c'est précisément *l'altérité* territoriale et symbolique d'un pays étranger, qui se trouve au-delà de la mer, qui est considérée comme capable de protéger l'individu ? Lorsque c'est l'espace de son propre territoire qui est dangereux et perçu comme une « *mère mortifère* ? »

La traversée de la mer assume ici une signification beaucoup plus ample que le simple voyage entre deux territoires. Grâce au pouvoir symbolique de protection dont elle est investie par le sujet, la traversée devient à tous les effets un « passage », un symbole-clé des nombreux rituels. Dans l'ouvrage de VAN GENNEP (1969) dédié aux rites de passage, l'auteur parle de la traversée comme d'une action de transition entre deux territoires et il met en évidence l'aspect symbolique de ce passage. Il cite par exemple l'interdiction pour les bouddhistes, les musulmans et les chrétiens d'entrer et de séjourner dans des territoires non soumis à leur foi. « *Étant donné le pivotement de la notion de sacré, les deux territoires appropriés sont sacrés pour qui se trouve dans la zone (...) Quiconque passe de l'un à l'autre se trouve ainsi matériellement et magico-religieusement, pendant un temps plus ou moins long, dans une situation spéciale : il flotte entre deux mondes. C'est cette situation que je désigne du nom de marge et (...) cette marge idéale et matérielle à la fois se retrouve, plus ou moins prononcée, dans toutes les cérémonies qui accompagnent le passage d'une situation magico-religieuse ou sociale à une autre* » (VAN GENNEP, 1969).

Nous retrouvons dans le récit de migration de Boubakar certains de ces éléments décrits par VAN GENNEP dans le rite de passage : les deux territoires investis des pouvoirs de menace et de protection (le Nigeria et l'Italie), et la mer comme lieu de transition, de marge entre les deux.

Avant d'explorer la fonction de la mer dans le récit de Boubakar, commençons par définir la notion de territoire et son importance dans la construction de l'identité de Soi et de l'Autre, ainsi que ses analogies symboliques avec les rites de passage.

D'un point de vue étymologique, le terme territoire viendrait du latin *territorium* et, bien que son lien avec le mot terre soit évident, le terme a également un lien direct avec le *jus terrendi*, le droit de terrifier. Il est donc associé avec le contrôle d'une terre et avec le pouvoir de la protéger par la menace (terrere : terrifier). On voit ici le lien évident entre le mot terre et effrayer. On pourrait donc dire que le territoire est une terre humanisée, délimitée par des signes humains et protégée à travers la peur, la menace de mort contre qui ose traverser ses sillons sans autorisation mais, également, contre qui constitue une menace à l'intérieur. On cite comme exemple le mythe de la fondation de Rome où, d'après la légende, Romulus trace le sillon de l'enceinte comme premier acte de la création de la ville de Rome en 753 av. J.-C. et lorsque Rémus, par dérision, viole cette limite en sautant au-dessus du sillon, Romulus le tue, car l'acte est vu comme sacrilège. (TALLARICO & BAUBET, 2017)

L'acte de fondation du territoire, donc, se réalise à travers l'acte de marquer la terre et de sacraliser ce sillon et, à travers un processus symbolique, l'effusion de sang, cette ligne devient une frontière. Les frontières constituent les bases sur lesquelles le *territorium* revendique un principe d'exclusion de l'autre, et en même temps, elles créent une unité intérieure à travers une séparation avec le monde extérieur. La délimitation des territoires permet la construction d'un « nous » par rapport à l'autre, d'une identité comprise au sens d'un même-idem selon la définition de Paul RICŒUR (1990)⁷⁴ qui est possible grâce à la présence de l'autre. Dans les rituels d'initiation, qui font partie de l'ensemble des rituels de passage, nous retrouvons la même frayeur, la violence sacrée, la présence du sang, et le traumatisme, ici entendu dans son sens étymologique d'action de blesser, que nous avons vu dans la construction et la protection de la frontière. Ces éléments de violence maîtrisée et de traumatisme ritualisé ont la fonction de couper pour toujours les liens du sujet avec son ancienne condition, de faire mourir « le vieil homme » pour pouvoir donner vie à une nouvelle identité. (TALLARICO & BAUBET, 2017)

Selon Tobie Nathan (2005)⁷⁵, en effet, les rituels d'initiation pourraient être considérés comme « des traumatismes du non-sens (...) » : « traumatisme des frayeurs, quelquefois savamment mises en scène, traumatisme physique, aussi, des douleurs et des blessures (...) le rituel d'initiation apparaît là-même où il est nécessaire de transmettre à l'identique (...). Construction d'une mémoire commune, fabrication d'êtres «de même chair », constitution sociale de groupes de semblables, telles sont d'évidence les conséquences et donc

74 RICŒUR P. (1990) : *Soi-même comme un autre*. Paris, Seuil.

75 NATHAN, T. (2005). *Préface*. Dans HERVIEU F., *Une boussole pour la vie les nouveaux rites de passage*. Paris : Albin Michel.

probablement les fonctions psychologiques de tels rites. »

L'histoire de Boubakar, comme il est souvent le cas pour le demandeur d'asile, commence avec des événements traumatiques, la guerre en Lybie qu'on peut lire comme le *traumatisme de non-sens* (NATHAN, 2005)⁷⁶ théorisé par Tobie NATHAN et qui représente, à la fois, le début de la migration et la première phase du rituel d'initiation. Nous pouvons donc considérer que pour Boubakar, la migration est une sorte de rite de substitution, comme s'il existait pour lui un impératif social, une trace de la fonction psychologique du rituel de passage qu'il aurait dû probablement accomplir avant de s'enfuir du pays.

Selon notre hypothèse, la migration sera pour Boubakar un rite de passage, la guerre l'oblige à abandonner son territoire d'adoption ; l'école coranique peut être ici interprétée comme l'enveloppe symbolique de son ancienne identité.

« Boubakar : Je m'appelle Boubakar, je suis né au Mali, mais j'ai grandi en Libye pendant 10 ans. Donc je viens de la Libye. Depuis que j'avais 5 ans, j'ai fait l'école coranique. Après la guerre a commencé et on a fui de Libye.

La Libye, au moment de la guerre, cesse de représenter le lieu privilégié de la construction et du développement du sujet pour devenir le lieu de la menace et de l'anéantissement du Soi. Pour échapper à la mort réelle et symbolique, le sujet quitte ce lieu pour atteindre un nouveau territoire où il pourra se reconstruire, en termes subjectifs et identitaires. Pour que cette transformation puisse se réaliser, le passage à travers la phase liminale, décrite par Van Gennep, est nécessaire ; et la mer est le lieu marginal par excellence, en tant que lieu non-humain ni humanisable. La traversée de la mer devient donc pour Boubakar plus qu'un acte de passage (du latin *transversare*, naviguer, passer d'une côte à l'autre). Elle représente la deuxième phase du rituel, ce moment de suspension qui permettrait à l'individu de se séparer de la terre et de se soustraire à son influence mortifère, de se préparer au changement.

À travers le passage de la frontière-mer-non-humaine, l'individu subirait donc un processus de déshumanisation, qui est entendu ici comme un processus de rupture des liaisons sociales qui constituent son être social. Cette phase liminale débute avec un sacrifice des objets de protections qui retiennent le bateau, grâce à la force de son lien avec la terre du passé, et l'empêchent de se projeter vers le nouveau monde. Dans ce cas, l'objet symbole de la protection et de l'ancienne identité constitue pour le sujet un empêchement à la métamorphose qui lui permettrait de se projeter vers une nouvelle affiliation ; l'affiliation est ici entendue

76 Idem.

comme ce processus actif et dynamique d'inscription dans un monde culturel, souvent pluriel (MORO ET BAUBET, 2003)⁷⁷.

Ce sacrifice est pour le patient douloureux et violent, il est obligé de s'exécuter avec ses compagnons de voyage, face à l'ordre d'un homme avec assez d'autorité pour se faire obéir :

« Quelqu'un de petite taille, un bambara, qui a suggéré de jeter nos protections ».

Cet homme, qui surgit tout d'un coup dans la narration, nous semble avoir quelque chose de singulier, il est un « homme de petite taille » (peut-être un nain?), et de familier en même temps, il est bambara, comme le patient. Cela nous renvoie à la notion d'inquiétante étrangeté de FREUD et ses théories psychanalytiques de complexes infantiles refoulés. Nous pensons en effet voir dans ce passage l'écho d'une castration rituelle, telle que par exemple la circoncision.

« Donc moi, je me suis débarrassé de ma bague, ça je n'ai pas de tout aimé, cela était contre ma volonté quoi, voilà. Mais je l'ai fait. Chaque fois, quand je pense à cela, ça me fait mal. »

Une métamorphose qui est douloureuse mais nécessaire pour acquérir un nouvel habitus⁷⁸ et pour conquérir le droit symbolique de pénétrer et de rester dans un nouveau territoire. Avec le mot « métamorphose », Tobie Nathan, dans son article *La morale du crocodile*,⁷⁹ souligne l'action de construction de la personne opérée par les rituels.

En quittant la Lybie pour entreprendre son voyage en mer, Boubakar rentre dans la zone marginale et il signifie, à travers son acte de jeter les protections, la rupture des liens avec son territoire.

Ce lieu marginal est le lieu par excellence du paradoxe, dans le sens de « Antinomie, complexité contradictoire inhérente à la réalité de quelque chose ou, plus rare, de quelqu'un »⁸⁰ : l'objet de protection est en effet, ici, une menace à la continuité du voyage, et il est demandé à Boubakar le sacrifice symbolique d'une partie de Soi.

77 MORO, M.R. ET BAUBET, T. (2003). *Cultures et soins du trauma psychique en situation humanitaire*. Dans M.R. MORO ET T. BAUBET (dir.), *Soigner malgré tout, Tome 1 : Trauma, culture et soins*. Paris : Éditions La Pensée sauvage.

78 Ici on utilise la notion d'habitus selon la définition donnée par Marcel Mauss dans les *Techniques du corps* (1934), un lien englobant des dimensions diverses d'ordres physique, psychique, social et culturel.

79 *La morale du crocodile* par Tobie NATHAN. Ce texte est la préface du livre de Hervieu-Wane, F. (2005). *Une boussole pour la vie : les nouveaux rites de passage*. Albin Michel.

80 Définition du CNRTL <http://www.cnrtl.fr/definition/paradoxe>

4.2.14 Les cris - *crisis*

La liminalité est une phase de grande fragilité pour chaque individu, l'espoir de la vie et la crainte de la mort se côtoyaient, à peine séparés par une subtile frontière. C'est un moment d'intense angoisse pour Boubakar qu'il exprime à travers des « crises de cris ».

L'étymologie du mot « crise » est ici particulièrement intéressante car elle semble faire le lien avec la phase liminale de Boubakar.

En latin, *crisis* signifie la manifestation violente, brutale d'une maladie, c'est le moment paroxystique d'une maladie, quand elle éclate en symptômes très puissants : des tremblements violents, des cris effrayants et effrayés. Mais le mot crise a également un autre sens : du grec *Κρίσις*, il dérive du verbe *ρίνειν*, séparer, ce qui fait écho à la séparation de Boubakar de l'objet de protection, de la Lybie, de la famille qui est restée en Libye, de sa vie dans l'école coranique, de son ancienne identité, peut-être aussi de son enfance. Boubakar, en effet, traverse la mer à un âge charnière très important : entre ses 14 et 15 ans, là où on pourrait imaginer également une « crise d'âge », que nous entendons ici dans le sens d'une épreuve obligatoire marquant le passage de l'enfance vers l'âge adulte.

Pendant la crise, Boubakar crie qu'il a peur de tomber dans l'eau. La crainte de « tomber dans l'eau », une peur tant réelle que symbolique, CHEZ le patient pourrait correspondre à la crainte d'effondrement selon la définition de Winnicott. « Tout bien considéré, on peut, dans un contexte, prendre ce mot comme signifiant la défaillance d'une organisation défensive. (...) c'est l'organisation du Moi qui est menacée. Mais le Moi ne peut s'organiser contre la faillite de l'environnement dans la mesure où la dépendance est un fait de l'existence. En d'autres termes, nous sommes en train d'examiner un renversement du processus de maturation de l'individu ».⁸¹

Cette crainte d'effondrement serait réveillée par Boubakar dans des moments de passage, des traversées. Elle s'est déclenchée dans le passage en bateau et elle se serait réactivée dans le passage en avion de Lampedusa à Udine. Elle sera réveillée à nouveau et à nouveau, dans l'interaction ambivalente avec les institutions et les lieux de sa prise en charge (le foyer, l'hôpital en Italie, son arrivée à Paris, l'hôpital en France), ce qui met en évidence d'un côté un état de dépendance presque absolue vis à vis des structures d'accueil et, de l'autre, une condition d'extrême isolement.

81 WINNICOTT, D.W., GRIBINSKI, M., & KALMANOVITCH, J. (1989). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Gallimard.

4.2.15 La singularité de Boubakar

Comme il est souvent le cas, dans la clinique transculturelle, au fil des entretiens les thérapeutes découvrent des signes, des épisodes hors du commun, qui ont jalonné l'histoire du patient, à partir de sa naissance, ou même avant. Il s'agit de petites traces, de fragments narratifs, qui nous font penser à un enfant singulier.

De nombreux ouvrages d'anthropologie montrent comment « en Afrique Noire en général, et tout particulièrement en Afrique de l'Ouest, tout enfant nouveau-né est considéré comme un étranger qui n'appartient pas au couple géniteur ; c'est un individu singulier qui, au commencement, a davantage d'attaches avec le monde invisible qu'avec les humains. De cette nature singulière de l'enfant découle une série d'actes et de rituels à accomplir pour que l'enfant reste dans le monde des humains »⁸² (MORO, 2010).

Si c'est bien vrai que tout enfant amène une singularité ontologique de l'enfant, certains en sont d'avantage concernés. De nombreux signes sont, par exemples, la maladie, le fait d'être né après de nombreuses fausses couches, des traits de caractère spécifiques, des rêves sur l'enfant à venir pendant la grossesse de la mère, des handicaps psychiques et mentaux. Ce ne sont que quelques-uns des nombreux autres indices qui peuvent faire penser à la famille, tout d'abord, à une étrangeté, on pourrait dire, singulière, pour mettre en évidence à travers la répétition son caractère paroxystique.

A la fin du deuxième entretien, Boubakar nous apprend sa singularité en racontant, en effet, quelque chose d'assez extraordinaire de sa première enfance : il est un revenant des mondes des morts à celui des vivants.

Quand il était bébé, il refusait de téter, et il refusait obstinément le sein de sa mère. Pour le nourrir, on lui donnait du lait d'un animal domestique, ce qui, selon Boubakar, a pu le faire « tomber malade ». Les gens en pensant qu'il était mort sont allés jusqu'à creuser sa tombe. Au moment où ils voulaient l'enterrer, le petit a bougé montrant qu'il était toujours des vivants. Suite à ça, ils sont allés enterrer à sa place un mortier et sa mère est allée faire une libation au niveau du même arbre sacré, le baobab.

Boubakar « Donc c'est comme ça que j'ai su. Je suis revenu à la vie ».

Cette expérience, dans une logique anthropologique, marque la singularité de l'existence de Boubakar. Culturellement, en fait, on s'attend à ce que ces enfants, qui ont eu une expérience

82 MORO, M. R. (2010). *Grandir en situation transculturelle*. Fabert.

extraordinaire avec le monde de l'au-delà, continuent à avoir une relation « privilégiée » avec le monde invisible ; qu'ils seront, donc, capables de voir ce que les autres ne voient pas, d'avoir des visions, des dons, pour communiquer avec le monde des esprits, d'être un médium « placé en situation d'intercession entre les vivants et les morts »⁸³ (BAUBET, 2004).

4.2.16 La possession et le rituel inachevé

Le retour à la condition de départ n'est pas possible dans un rituel de passage, comme une chrysalide ne peut pas revenir à l'état de chenille.

Le rituel n'a, selon notre opinion, que deux conséquences possibles : soit le rite s'est bien achevé et il est finalisé à travers l'agrégation, voire l'incorporation, du sujet à un nouveau groupe selon une nouvelle identité prévue par le rituel, soit le rituel échoue et l'individu se réorganise autour d'une identité déformée, anormale, stigmatisée. (TALLARICO & BAUBET, 2017)

Boubakar doit faire face seule à ce passage, comme beaucoup des mineurs isolés, « d'une part, ils doivent traverser seuls cette période de l'adolescence, loin de chez eux et de leur environnement socioculturel d'origine (...) les symptômes de transe et de possession ne répondent pas à un modèle théorique unique, d'autant plus à l'adolescence où ces symptômes sont étroitement liés aux enjeux de construction identitaire de ces jeunes »⁸⁴. (BENOIT DE COIGNAC & BAUBET, 2013).

Comme Jean-thierry MAERTENS (2001)⁸⁵ le souligne, l'exigence de l'inscription répond bien à une attente psychique « les traces indicibles et angoissantes de la jouissance originelle trouvent une issue vers l'extérieur et se satisfont dès lors des représentations qui leur sont superposées ».

La maladie chez Boubakar semblerait être une réponse à cette attente psychique où « les crises de cris » seront une tentative de résolution de cette crainte d'effondrement dont nous avons parlé (« tomber dans l'eau »), qui est également la peur angoissante d'un éternelle errance dans la zone de marge, dans l'entre-deux, où, si l'on n'est pas mort, on n'est pas non plus pleinement vivant, ni en dehors de la société, ni tout à fait à l'intérieur.

83 BAUBET, T. (2008). *Effroi et métamorphose. Psychothérapie transculturelle des névroses traumatiques en situation d'impasse thérapeutique* (Doctoral dissertation, Paris 13)

84 DE COIGNAC, A. B., & BAUBET, T. (2013). Transes et construction identitaire chez les mineurs isolés étrangers. *Adolescence*, 31(3), 613-623.

85 MAERTENS, J.T. (1987). *Ritanalyse I*. Paris : J. Million.

4.2.17 La fonction de la transe : protection – prévention - lien

La transe débute, en effet, chez Boubakar, dans le moment de la traversée, et elle est déclenchée à nouveau par les rêves et les visions des *djinns* serpents, qui nous semblent ici avoir la même fonction que les reviviscences traumatiques : lier, neutraliser suffisamment, pour liquider, les énergies pulsionnelles trop grandes ou cumulatives que le psychisme du sujet a accumulé pendant le rituel de passage, mais qu'il ne peut traiter, travailler seul. En effet, pour pouvoir intégrer l'expérience, le psychisme doit pouvoir travailler avec de petites quantités d'énergie pulsionnelle, sinon il risque d'être submergé par son intensité (FREUD, 1920)⁸⁶, et pour pouvoir achever le rituel l'individu a besoin de la présence du groupe.

Dans sa condition d'isolement, dont Boubakar parle à maintes occasions dans l'entretien, les *djinns*, deviennent en quelque mesure, les représentants du groupe d'appartenance qui aurait dû être l'espace réel et symbolique, ainsi que la figure témoin, et le garant du rituel d'initiation. La transe devient donc, un espace de rencontre avec cette communauté fantasmée, les serpents rappellent à Boubakar son affiliation, envers laquelle il a des sentiments ambigus et conflictuels (mais quel adolescent ne l'a pas ?), la transmission de connaissances transmises par la mère. Les *djinns* sont en effet associés à une idée de protection, de prévoyance, les mêmes fonctions qui sont associées au groupe, au territoire à la tradition, c'est à dire de donner des outils du passé pour se représenter, comprendre et assimiler les nouvelles expériences du présent et pouvoir s'imaginer le futur.

« Si vous avez un *djinn* qui vous habite, qui vous suit, ce *djinn* vous envahit. C'est vous ! Quand quelque chose de bien vous arrive, il vous le dit dans les rêves, il vous prévient. Quand quelque chose de mal vous arrive, il vous prévient aussi. C'est ça que je veux dire, rien ne vous arrive »

4.2.18 Les paroles des thérapeutes

Nous avons interviewé le psychologue qui a le rôle de thérapeute principal dans la consultation avec Boubakar, ainsi que le clinicien qui a été responsable de l'accueil et de l'évaluation de la demande de prise en charge dans la consultation de psycho-traumatisme.

Nous proposons ici un extrait de l'entretien, où le clinicien se fait porte-voix, du désaccord entre les professionnels socio-sanitaires, et notamment le psychiatre du foyer, et le groupe thérapeutique transculturel. Le *clash est visible* au niveau des diagnostics, des théories, des

86 FREUD S. (1920) : Au-delà du principe de plaisir. *OCF-P*, XV, 273-338, 1996.

pratiques autour du patient.

« H.M : Nous avons beaucoup parlé avec le Chef de Service avant que Boubakar rentre dans le groupe. Il me disait, en effet, malgré toute la complexité de son histoire, il s'agit quand même d'un jeune, d'un tout jeune, et donc avec une construction identitaire, et avec des métamorphoses, qui sont vraiment en lien avec l'âge. La construction identitaire était en train de se construire, au moment où les choses difficiles sont arrivées. Et c'est ça, qui rendait les choses plus étranges dans le contact avec lui. Ce n'est vraiment pas en lien avec des troubles psychiatriques, à proprement parler. D'ailleurs on le voit bien que là, avec un peu moins de neuroleptiques, qu'est-ce qu'il va mieux ! On voit bien à quel point, il ne s'agit pas de la psychose.

S.T. : On lui avait diagnostiqué la psychose ?

H.M : Ah oui ! Nous avons bien vu les doses de cheval qu'ils lui ont mis. Ils lui ont mis trois neuroleptiques différents. Et là il a encore des injections. Il est très psychiatisé. Le problème c'est tant qu'il est là-bas, on ne peut pas baisser le dosage, parce que ça continue à être la décision de la clinique.

S.T. : Tu sais comment ça s'est passé l'hospitalisation en France ?

H.M : Il reste hospitalisé là pendant des mois et des mois. Il avait l'air complètement robotisé. Même le mouvement pour attraper un gâteau c'était juste horrible.

(...) par rapport aux présences la nuit, T.B (psychiatre) sentait bien (...) qu'il y a des choses qu'on ne va pas s'autoriser en individuel, qu'on peut s'autoriser qu'en groupe, et qu'en individuel, même si on y pense, ce n'est pas partageable avec le patient directement dans la relation duelle. Ces éléments culturels doivent se répercuter sur plusieurs, pour éviter que ça devienne comme persécutant, ou comme valeur de vérité pure. C'est ça le risque de l'individuel et des interprétations de l'individuel. (...)

H.M : Après il y a la question de la possession. (...) la question est fondamentale dans les cas de possession, ou de dissociation. (...) Et on sent bien celles qui vont être vraiment des étiologies ramenées par le patient, dans l'après coup, pour coder des choses existantes, où là en effet il faut faire attention aux *misdiagnosis* de schizophrénie ou avec d'autres symptomatologies psychotiques ; parce qu'en effet par fois ça peut être vraiment un encodage après coup.

Il faut aussi faire attention à ne pas tomber dans l'autre excès et pousser le patient dans la théorie autour de la possession, surtout si c'est un patient qui a besoin de neuroleptiques. En tout cas, il est nécessaire de bien différencier les deux niveaux, c'est le propre du transculturel plus classique.

Pour Boubakar, il y a aussi la question du trauma. (...) Comme c'est le cas pour la majorité des patients que je vois, où il y a l'effet des événements traumatiques qui font une « incursion » chez un enfant singulier, sur une personnalité particulière, dans une histoire avec des éléments antérieurs, ou un parcours de vie singulière.

4.3 - Chabib

Nous avons connu Chabib par l'intermédiaire de Monsieur T.A psychologue clinicien, thérapeute en ethnopsychiatrie, qui avait suivi le patient en thérapie individuelle pendant une longue période, dans le CSAPA ⁸⁷ Boucebcı de l'Hôpital Avicenne où il était pris en charge pour sa dépendance à l'alcool.

Monsieur T.A avait estimé que Chabib pouvait participer à notre recherche car la présence des *djenouns*⁸⁸, la possession par les djinns ou pour utiliser l'expression du patient « être habité ou frappé par les *djinn* », avait une place importante dans les représentations, les théories étiologiques, et de manière plus générale, dans tous les discours du patient sur sa souffrance, et notamment celui de sa femme.

Deuxièmement, le patient était toujours suivi, et sa situation sur le plan clinique était stable.

Nous avons réalisé deux entretiens de recherche en français, le premier dans un bureau du service de l'hôpital où Monsieur est suivi et le deuxième à deux semaines d'intervalle chez lui.

Dans le deuxième entretien, étaient présents le chercheur, un stagiaire psychologue arabophone, Chabib, sa femme, et ses enfants.

Chabib a souvent traduit pour nous les discours de sa femme du berbère marocain au français, à cause de son faible niveau de français.

Au début du premier entretien, Chabib se révèle être une personne très intelligente, cultivée, avec une maîtrise de la langue française remarquable.

Nous avons l'impression de coconstruire avec lui le cadre de l'entretien, nous commençons par expliquer le contexte de la recherche, ses objectifs et les règles auxquelles elle est soumise, nous rappelons aussi les critères d'anonymisation, la durée et nous demandons l'autorisation pour enregistrer l'entretien.

De l'autre côté Chabib nous explicite les raisons pour lesquelles il a accepté de participer : tout d'abord parce que c'est son psychologue T.A qui lui a demandé, ce qui nous permet de bénéficier par transfert, sous une forme adaptée, de la forte alliance thérapeutique entre le patient et son thérapeute.

⁸⁷ Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

⁸⁸ Le mot *djenouns* est souvent utilisé comme le pluriel du mot *djinn*, qui signifie un esprit selon la tradition islamique.

Deuxièmement il se saisit immédiatement de la place d'informateur, et non pas de patient, d'expert des *djinns* et de maladies liées au monde invisible, place que nous avons proposé dans le début de l'entretien «les médecins ont leur point de vue concernant certains troubles, mais les patients aussi ont leurs savoirs et parfois ils peuvent parler de « présences » ou « d'être touché » ou « visité » ou « habité » par des êtres ou encore, d'entendre ou de voir des choses « surnaturelles » pour expliquer leur souffrance».

Enfin, avant d'aborder les questionnaires il nous pose deux questions que par ailleurs il va poser à nouveau au stagiaire psychologue, à la fin du deuxième entretien : « Vous croyez en Dieu ? » « Vous préférez FREUD ou Jung ? »

Nous comprenons tout de suite que Chabib est en train de nous tester, ce qu'il fera régulièrement pendant les deux entretiens, chaque fois qu'il souhaite introduire un nouveau sujet, notamment dans les champs du rituel et de la croyance, il l'introduit en nous demandant si on en a déjà entendu parler, il évalue nos réactions, et il adapte ses réponses en fonction de cela. Notre réponse affirmative, l'autorise à nous en parler. Il y a certains éléments dont on peut parler avec tout le monde, car ils font partie des connaissances communes, d'autres dont on peut parler qu'avec d'autres initiés. En nous posant la question « vous savez qu'est-ce que c'est ? », il vérifie constamment à quelle catégorie nous appartenons, pour vérifier si nous avons le savoir-faire, et les moyens, pour pouvoir accueillir les réalités qu'il nous présente. En fonction de cela il réarrange son discours. Une attitude qui nous semble extrêmement bien adaptée et raisonnable.

Il nous dira à la fin, qu'il a accepté de nous parler des *djinns* car nous avons répondu que nous croyons en Dieu et que nous sommes plus proches de la pensée de Jung, que Chabib considère comme un psychanalyste plus ouvert à la spiritualité que FREUD.

Nous avons ici compris que ses questions nous interrogeaient sur notre aptitude, notre ouverture, et notre disponibilité à accueillir les propos sur le surnaturel sans jugement, et sans le considérer fou, une crainte que Chabib a plusieurs fois manifesté, accompagnée par une rude critique à l'égard des hôpitaux et des médecins, envers les personnes qui sont habitées par les *djinns*, qui sont en revanche considérées comme folles et « enfermées dans les seuls hôpitaux psychiatriques ». Notre attitude professionnelle, l'explication de notre démarche de recherche qui a comme objectif, de comprendre, connaître et valoriser les différents points de vue autour du surnaturel, le fait de mettre sur le même plan de valeur les discours, et les savoirs, des patients et des médecins, n'est apparemment pas suffisant. Chabib désire de notre

part une preuve plus intime, plus profonde, de notre capacité d'écoute et d'accueil : il veut une affirmation explicite de notre disponibilité à croire dans le surnaturel, et de notre capacité à intégrer la spiritualité dans la pratique clinique, ce qui est représenté par Jung, en opposition à une psychothérapie plus conventionnelle qui reléguerait le surnaturel uniquement au champ de la folie, une pensée qui est pour Chabib incarnée par FREUD.

Comme ethnologue, nous nous sommes souvent confrontés à des moments dans lesquels la personne interviewée cherche (à juste titre) à sortir de la hiérarchisation cristallisée de la communication, selon laquelle la *praxis* établie que le chercheur a le pouvoir de poser les questions, et au patient reste le droit de répondre, ou pas. Il y a donc, souvent, un moment, où la personne interviewée essaye de casser cette dynamique en posant des questions personnelles au chercheur. Ces questions n'interrogent pas le chercheur dans son intimité, mais elles questionnent l'intersubjectivité, « les relations de personne à personne, chaque personne étant considérée du point de vue de sa subjectivité (opinions, croyances, sentiments) »⁸⁹. Ces questions, donc, ont comme but d'explorer la façon selon laquelle la relation est conçue par le chercheur et, en même temps, pour la renégocier, car cette relation revêt effectivement un sens, elle révèle des rapports de force.

Nous décidons, donc, d'accueillir la volonté de Chabib de coconstruire le cadre de la communication, et d'être le sujet et non pas l'objet de l'entretien. Nous décidons, donc, de répondre aux questions personnelles, en restant extrêmement vigilants aux signifiés implicites des questions, donc de nos réponses, et aux conséquences qu'elles peuvent avoir dans l'interaction sociale dans le cadre de la recherche. Quand nous répondons « oui, nous croyons en Dieu » au-delà de l'expression d'une foi dans un principe divin, nous sommes conscients de répondre : « oui, nous croyons qu'il y a différents plans du réel, dont le surnaturel fait partie. Oui, nous sommes convaincus que « Nous ne sommes pas seuls au monde » – c'est par cette formule qu'en Afrique de l'Ouest on reconnaît l'action des esprits qui viennent perturber la vie des humains. (Nathan & Stengers, 2015) « Oui, nous sommes prêts à accueillir ce discours, en le considérant comme normal et non pas pathologique ».

« Tant dans la vie quotidienne que dans le contexte d'un projet de recherche, la compréhension d'autrui suppose que nous cherchions à répondre à un ensemble de questions : que veut-il faire ? Pourquoi le fait-il à ce moment-ci ? Comment en est-il arrivé à ce choix ici et maintenant ? Autrui me dit que je l'ai bien compris dans la mesure où je sais lui

89 Définition de INTERSUBJECTIF, -IVE, adj. *PHILOS., PSYCHOL*
<http://www.cnrtl.fr/definition/intersubjective>

communiquer que je saisis son agir depuis son point de vue dans le contexte de ses projets et de son histoire de vie ». (GOULET, 2011)

Nommer c'est faire exister. Comme dans les rituels les paroles sont à la fois représentatives des actes, des êtres, des humains, des objets et, en même temps elles les évoquent. Elles ressuscitent, elles font apparaître, par des incantations, les réalités nommées⁹⁰.

4.3.1 Anamnèse

Dans un souci majeur de protection de la relation thérapeutique et du patient, le psychologue clinicien n'a pas souhaité nous donner l'accès au dossier médical, ni ne fournir aucune donnée sensible sur le patient. Nous avons, donc, reconstruit l'anamnèse essentiellement à partir des entretiens que nous avons fait avec le patient.

Chabib est un homme d'origine marocaine, berbère, de 48 ans au moment de notre entretien, dont l'apparence est celle d'un corps très éprouvé par la souffrance et très engourdi et fatigué par les médicaments, et l'alcool, mais qui cache un esprit très éveillé, brillant, fin et aux traits ironiques, un caractère décidé et énergique. Par moments, il nous semble même, subtilement manipulateur.

Il est né au Maroc et il est arrivé en France à l'âge de 3 ans. Il est marié et père de 2 enfants, un garçon et une fille. Sa femme est du même village, elle aussi est berbère, et elle l'a attendu au Maroc 5 ans avant de pouvoir le rejoindre en France.

Monsieur dit avoir toujours souffert, dans son corps comme dans son âme à cause des *djinns*, de la méchanceté des personnes et des êtres malveillants qui veulent le détruire.

Pendant les premières années de sa vie, Chabib est un enfant très souffrant, qui vit collé à sa mère, et qui pleure chaque fois qu'il est séparé du corps maternel. Cette fusion trouvera une fin, après l'intervention rituelle de la grand-mère qui impose à la mère d'amener son fils dans un lieu sacré, un cimetière où sont enterrés de nombreux enfants et qui serait le territoire d'un génie, qui devrait décider du sort de l'enfant. Pour la première fois l'enfant ne pleure pas éloigné de sa mère, et ce moment signe le premier moment, d'une séparation apparemment difficile, et douloureuse, pour les deux.

Depuis son jeune âge, vers 7-8 ans, toutes les nuits jusqu'à son adolescence il dit être visité par un grand œil d'un bleu électrique, qui se manifestait dans sa chambre quand tous les autres

90 Définition d'Évoquer, Étymol. et Hist. 1., CRNTL, en ligne. <http://www.cnrtl.fr/etymologie/%C3%A9voquer>

habitants de la maison dormaient. Ces manifestations lui provoquent des troubles de sommeil, des difficultés à s'endormir, et bien qu'il soit très intelligent, cela l'amène à s'endormir en classe et à se mettre dans une condition d'échec scolaire.

Quand il était encore enfant, il a contracté la poliomyélite, qui a touché essentiellement ses membres inférieurs, avec un grave risque de paralysie de la motricité. Il a été, donc, plusieurs fois hospitalisé où il a subi de nombreuses opérations chirurgicales, ainsi que de la rééducation pour pouvoir marcher.

Dès ses 17 ans, pendant 15 ans, il a souffert de dysfonction érectile ce qui l'a fait plonger dans une profonde détresse, selon sa propre expression « je broyais toujours du noir ». Pendant toute la période durant laquelle il a souffert d'impuissance sexuelle, Chabib admet d'avoir eu souvent des idées noires, d'avoir pensé plusieurs fois au suicide, et d'avoir fait au moins un passage à l'acte. Conséquemment, il a eu une prise en charge psychiatrique, et il est toujours sous traitement psychiatrique.

Dans la même période, Chabib a eu un accident de voiture grave autant qu'étrange. Il décrit cet épisode comme un moment de perte de conscience « mon psychisme s'est débranché » et il est allé tout droit avec la voiture, au lieu de tourner. Il attribue cet épisode à des rituels de sorcellerie accomplis par une jeune fille, avec l'intention de l'attacher à elle.

Depuis quelques années ses nuits sont également perturbées par des présences, qui se présentent comme des ombres qui bougent et des mains qui touchent ses organes génitaux.

Il a été pris en charge au CSAPA pour une consommation problématique d'alcool, qui dure depuis longtemps. L'alcool, l'aiderait, à oublier et à ne pas avoir les visions des présences qui continuent de hanter sa vie, malgré les traitements antipsychotiques.

Pendant son existence, il dit avoir été plusieurs fois habité par des *djenouns*, dont une fois par un couple d'esprits (un homme et une femme). Ces esprits seraient responsables de ses malheurs, de ses problèmes physiques autant que de certaines de ses actions (comme par exemple ne pas arriver à parler du sujet de ses visions, ou de certaines activités concernant les *djinns*), tout comme certains traits de son caractère. La présence des esprits, l'a rendu hypersensible aux bruits, aux personnes, ils lui donneraient une tendance à la procrastination qui termine souvent dans une mise en échec, ainsi qu'une grande force de caractère, un désir d'autonomie, une autorité certaine sur les autres, qui s'expriment chez lui depuis son plus jeune âge.

4.3.2 L'enchaînement des événements liés au problème de santé

L'enchaînement des événements liés à la maladie de Chabib est «une boule des nœuds, avec beaucoup des ficelles différentes et de toutes les couleurs (...) mais il y aussi la couleur noir.»⁹¹ Chaque bout de ficelle représente un début différent dans l'intrigue de la narration de la maladie, qui est un ensemble de fils qui se croisent avec des chaînes, composés par des moments et des personnes, qui constituent une trame, qui était déjà en train de se tisser avant même sa naissance.

Le premier enchaînement relie l'histoire de Chabib avec celle de ses aïeux. La souffrance arrive pour la première fois dans la famille, à partir du moment où le grand-père divorce de la grand-mère, et il quitte la maison familiale, laissant toute la famille dans la misère.

Le deuxième fil, rouge, conduit à la gestation de Chabib. La mère a un rêve prémonitoire pendant la grossesse, elle voit sa propre mère lui dire qu'elle aura un garçon et qu'elle doit l'appeler Chabib, pour le protéger du risque de mourir. Comme il le dit dans l'entretien avant même de naître, tout avait déjà commencé.

« Vous vous rendez compte, ma mère qui rêve de ma grand-mère qui lui dit : « celui qui va naître c'est un garçon et vous devez l'appeler Chabib ! ». Ma mère n'avait rien dit. Elle ne savait pas ce qu'elle avait dans le ventre, et là, d'entrée tout a commencé. Il faut qu'elle l'appelle comme ça. Moi je n'étais pas encore né que j'avais déjà toute une histoire. Et les gens autour de nous, chez nous au Maroc, tout le monde savait. Quand je suis né ils venaient tous regarder et l'œil ce n'est pas bon »⁹².

Un autre fil, peut-être bleu comme l'eau, nous amène à quelques jours après sa naissance. Sa mère était en train de laver et cirer le sol, tandis que lui il était dans les bras d'une cousine, qui glissant sur le sol ciré, laisse tomber le bébé dans une bassine d'eau sale. Comme il le dit plusieurs fois, au cours de deux entretiens, les rencontres avec les *djinn*s se font souvent en présence de l'eau, et d'autant plus s'il y a de la souillure, ou une rivière comme ça a été le cas pour sa femme.

Un autre fil, comme une rallonge du cordon ombilical, attache étroitement le petit Chabib à sa mère. Pendant les deux premières années de sa vie il raconte, il était tout le temps collé à sa mère, il ne pouvait pas se détacher du corps de sa mère, sans pleurer. « *Je suis resté 2 ans sur le dos de ma mère...je mangeais sur son dos, quand elle me faisait la couche, à peine elle me*

91 C'est une très belle métaphore que Chabib utilise au cours de l'entretien pour décrire sa vie.

92 Chabib, un extrait du 1er entretien.

déposait « uaâ ! ». Elle me changeait vite la couche et après op !⁹³

Vers ses 2 ans la grand-mère, en estimant que sa fille et l'enfant étaient trop souffrants, lui conseille d'aller faire un rituel dans un lieu saint, un cimetière avec des tombes d'enfants juste derrière la maison pour mettre fin à cette situation. Si l'enfant était destiné à vivre, selon les mots de l'aïeule, il aurait survécu à être exposé sur la tombe et il serait guéri, autrement le *génie* qui habite le lieu l'aurait pris avec lui dans le monde des morts. La mère pose l'enfant sur la tombe, et pour la première fois Chabib ne pleure pas séparé de sa mère. La grand-mère restera toute la nuit à veiller avec l'enfant, tandis que la mère peut s'éloigner et enfin se reposer.

Vers 6-7 ans Chabib toutes les nuits, pendant 15 années, voit un œil bleu se manifester et illuminer toute la chambre, lorsqu'il était tout seul dans la chambre, éveillé, pendant que tous les autres dans la maison dorment.

Adolescent et convoité par une jeune femme, il retrouve sur sa voiture un œuf écrasé, qu'il associe aux rituels qui sont accomplis en écrivant des formules magiques, ou des prières sur la coque. Il est, tout de suite après, victime d'un accident de voiture, son psychisme, raconte-t-il, s'était décroché et l'avait poussé à continuer tout droit au lieu de tourner à un virage. Au même moment de sa vie, il devient impuissant sexuellement. Il attribue ces deux malheurs à un rituel d'attachement accompli par la fille, avec qui il sortait, et qui était trop amoureuse de lui. Elle aurait fait un rituel d'attachement avec une ficelle à 7 nœuds. Elle l'appelle de la fenêtre 7 fois et à chaque fois qu'il répond, elle fixe un nœud sur la corde.

Pendant les 15 ans où il se dit « bloqué » et « non plus un homme » il a fréquemment des idées noires « il brouille le noir », comme il le dit, et il tente le suicide.

Dans une autre partie de l'entretien, Chabib fait remonter le fil noir de l'impuissance sexuelle, à une sœur de sa mère. Un *chir*, un savant, un thérapeute traditionnel qui arrive à le guérir, en le soignant avec des prières et des versets du Coran, aurait vu que la responsable était la tante, qui serait connue pour fabriquer des *gris-gris* et d'autres objets rituels pour se venger des personnes, qui lui auraient causé du tort. La femme aurait voulu le punir, car il avait refusé de se marier avec sa fille, en faisant construire un objet ensorcelé et caché sous une marche dans l'entrée de sa maison et que Chabib aurait piétiné.

93 Ibidem.

L'œil bleu arrête de se manifester autour des 17 ans de Chabib, mais les présences, depuis 4 ans environ, se manifestent maintenant comme des ombres, et des mains invisibles qui le touchent dans les parties intimes. Ces nouvelles formes lui font peur car, au contraire de l'œil, elles bougent et elles sont tangibles. C'est à cause de ces présences que Chabib dit consommer de l'alcool. Les médicaments fonctionnent bien, selon le patient, mais ils n'empêchent pas les êtres du monde invisible de se manifester. Il n'y aurait que l'alcool qui permettrait de s'apaiser car, selon ses propos : «ça atténue, mais ça fait partie du diable (...) une fois que vous vous servez des choses du diable. Il vous calme »⁹⁴.

4.3.3 Signes et manifestations de la maladie

Chabib affirme, en décrivant sa souffrance que tous ses sens sont attaqués par le monde invisible :

- l'odorat est attaqué par une odeur nauséabonde, l'odeur de la mort que seulement lui peut sentir, qui l'envahit complètement et «lui prend la tête»
- l'ouïe est dérangée par des voix qui essayent de le convaincre de faire des transgressions et «de sortir du droit chemin»
- la peau est touchée par des mains invisibles qui le font trembler de dégoût
- la vue, voit un œil bleu lumineux, des ombres et des présences invisibles aux autres
- le blocage de la parole. Il raconte aussi qu'il avait comme une impossibilité à raconter ses visions nocturnes, qui ont duré de nombreuses années, comme si les *djinn*s l'empêchaient d'en parler « Je ne pouvais pas le dire. Je l'ai dit, peut-être 15 ans après. J'étais bloqué. C'était comme si la chose ne voulait pas que je la dise, pourtant je me disais «il faut que je le dise » mais je ne le disais pas. »⁹⁵
- des tics, il ne peut pas s'empêcher d'arranger et vérifier continuellement les objets autour de lui «j'ai des tics aussi. Ça n'est pas bien placé, ça n'est pas bien placé (il bouge des objets) »
- des «tocs psychiques» selon l'expression de Chabib. Ils sont décrits comme une activité automatique, étrange et involontaire, de l'activité mentale, qu'il décrit comme suit « C'est à dire je trace des figures géométriques et je dois les retracer rien qu'avec

94 Chabib, un extrait du 1er entretien

95 Ibidem.

mon cerveau, ça me fait souffrir (...) Par exemple un dessin comme un autre, un pentagramme. Mon cerveau doit refaire le même trajet que j'ai dessiné, mais mon cerveau c'est n'est pas une main, et faire ça dans ma tête c'est dur. Parce que je dépasse. »

- des boucles d'idées noires avec une tentative de suicide
- des *coups d'électricité* donnés par son propre cerveau. Il se plaint de sensations douloureuses qu'il reçoit quand ses pensées sur la mort tournent en boucle. « Parce que je tourne en rond, je tourne en rond, je tourne en rond (il chuchote) tout le temps sans arrêt, sans arrêt, sans arrêt, sans arrêt et pas une seconde de répit. À un moment donné ferme ta gueule ! Et là je me tais »⁹⁶.
- l'impuissance sexuelle qui a duré 15 ans
- la *frustration* qui est décrite par Chabib, comme une sensation à la fois physique de forte tension dans le corps, et psychique comme une *surexcitation* qui serait due à la présence de l'œil. Une force, une énergie extraordinaire qui l'amène s'imposer aux autres : « Je suis devenu super excité. Dans ma bande c'était moi qui commandais, vous voyez ce que je veux dire ? Parce que c'était trop fort, il fallait que ce soit moi qui commande, que ce soit moi le premier mais ça ce sont des perturbations »⁹⁷.
- la procrastination comme un échec de contrôle de soi, et des actions, dû à l'intromission des *djinns*
- l'échec scolaire, expliqué comme une conséquence de la présence du monde invisible la nuit, ou peut-être de la coprésence de deux sujets à l'intérieur de lui-même, « nous ne pouvons pas avoir deux cerveaux : un cerveau pour la nuit et un cerveau pour le jour. Donc, voilà j'ai arrêté mes études comme ça, sinon j'y serais encore peut-être »⁹⁸.
- la poliomyélite
- les problèmes du sommeil, les difficultés à s'endormir
- le mal aux épaules, qui est expliqué comme une conséquence des *djinns* qui se posent sur son dos

96 Ibid.

97 Ibid.

98 Ibidem.

- le problème d'alcool. Bien que Chabib soit pris en charge au CSAPA, depuis des années pour des problèmes de dépendance d'alcool, il ne considère pas l'alcool comme une maladie, mais comme une tentative de sa part de gérer le problème des esprits. Il dit, en effet, « boire pour oublier la mort ».

La possession d'esprit ne peut pas être réduite à la simple présence des esprits, tout comme l'alcoolisme ne peut être réduit à la consommation d'alcool. Ainsi que l'a montré Joseph S. ALTER⁹⁹, il y a un rapport ambigu et indéterminé (tout d'abord selon une perspective sémantique et sémiotique) entre la possession de l'esprit et les boissons spiritueuses (*spirit possession and alcoholic spirits*, en anglais dans le texte). L'addiction et la possession des esprits peuvent être comprises comme des phénomènes similaires, même si elles peuvent aussi être nettement distinguées l'une de l'autre en termes de facteurs culturels, biologiques et psychologiques. Ce sont à la fois des conditions métaphoriques qui traversent les domaines chimiques, neurochimiques, somatiques et psychosomatiques, et d'autant plus graves en raison de la manière dont les métaphores provoquent la réalité elles incarnent un glissement ontologique (ALTER, 2014).

4.3.4 Impact de la maladie sur la vie

Chabib considère que le monde invisible lui a « gâché la vie ». Il avait rêvé d'être astrophysicien, mais il a été mis en condition d'échec scolaire par les djinns. Il dit avoir dû interrompre ses études, parce que parfois il dormait en classe, puisque les êtres l'empêchaient de dormir à la maison la nuit.

« Chabib : nous ne pouvons pas avoir deux cerveaux : un cerveau pour la nuit et un cerveau pour le jour ».

Les gens qui ont les *jnouns*, ajoute-t-il, c'est comme s'ils avaient un handicap.

« Chabib : normalement les gens qui ont les *jnouns*, soit ils meurent, soit ils deviennent handicapés, soit ils souffrent, soit ils sont rejetés. Dans tous les cas, ils vivent mal, ou ils se suicident ».

Cette vision tragique de la maladie est, par ailleurs, plus nuancée dans ses propos. La souffrance lui aurait, en effet, laissé comme un don, une sensibilité envers les personnes qui souffrent qu'il aurait bien voulu mettre au service des autres. Il dit avoir tellement souffert que

⁹⁹ Dans son article *Spirits and Exorcism : On the Semiotics of Healing and Recovery* ALTER examine un cas d'exorcisme dans lequel la guérison implique une *confusion* entre la dépendance, le delirium tremens et la possession démoniaque

cela lui a donné la capacité de reconnaître, par certains gestes, certaines paroles, certains comportements, les personnes qui souffrent à cause des *jnouns*. Il nous parle d'un rituel d'initiation pour devenir guérisseur qu'il a entamé, au Maroc, mais qui n'a pas pu se conclure.

La maladie, donc, est vue aussi comme un signe d'élection, selon ses propres paroles, la vision des esprits a fortifié son esprit :

« Parce que vous voyez des choses invisibles, qui sont visibles pour moi, mais invisibles pour les autres. Donc, ça vous donne de la force, parce que ce n'est pas donné à tout le monde de voir un œil, de voir des ombres ».

4.3.5 Réactions des autres face à la maladie

Chabib répète plusieurs fois au cours de l'entretien la peur de la folie, la peur de devenir fou, la peur d'être considéré fou en France, et notamment par les médecins. Il craint aussi, comme nous en faisons l'hypothèse, une nouvelle hospitalisation psychiatrique.

« Tu peux être attrapé par un *jnouns*, mais il n'y a des centaines des personnes avec les *jnouns*, dans les hôpitaux, dans les trucs pour les fous. Mais plus de la moitié c'est eux »

Les médecins, en France, affirment ne pas croire en l'existence des *djinns*. Les personnes qui sont habitées par les *djinns* sont presque toujours « jetées dans les hôpitaux », ont les faits taire avec des traitements coercitifs, des cachets, de l'électrochoc.

4.3.6 Nomination de la maladie et étiologies traditionnelles : le *jnoun*

« Chercheur : est-ce que vous avez un nom pour appeler toutes ces différentes manifestations ? Il y avait l'œil, il y avait la souffrance dans le corps à cause de l'œil, la poliomyélite, le fait que vous ne pouviez pas dormir...vous voyez un lien entre ces choses ? Une façon de l'appeler ?

Chabib : les trois choses sont liées au monde de l'invisible »¹⁰⁰.

Chabib ordonne et donne un sens aux différentes souffrances, difficultés et problèmes dont sa vie est jalonnée, en utilisant la théorie du monde invisible. Il se saisit de façon parfaitement cohérente du cadre culturel, symbolique et religieux de provenance, pour lequel il montre une intime adhérence, une certaine maîtrise, ainsi que de nombreuses connaissances qui ont des sources différentes : des références théologiques (Le Coran et les Hadiths), des savoirs particuliers de spécialistes (qui lui viennent de la lecture de textes anthropologiques,

100 Chabib, un extrait du 1er entretien.

ésotériques, ainsi que de la fréquentation des savants *fqihs*, *chir* et des *Imams*) et les savoirs populaires, dont sa mère et sa femme sont les principales références. Enfin, il a été le témoin, ou lui ont été rapportés, de nombreux épisodes de maladies causées par les djinns, et ses rituels thérapeutiques.

Dans son article *Des djinns et des hommes*, FERMI explique qu'à l'intérieur du monde musulman ¹⁰¹ il y aura différentes interprétations possibles du malheur : «si la représentation du patient, et/ou son entourage, se nourrit d'hypothèses de causalité sociale (envie, jalousie, malédiction etc.) l'étiologie sera orientée vers la sorcellerie, tandis que «si cela se focalise sur des dysfonctionnements particuliers du corps (paralysie - cécité - surdité - convulsions) et de l'esprit (évanouissement - délire - hébètement - torpeur - insensibilité..), de la conduite (se doucher la nuit - marcher dans un caniveau - verser de l'eau bouillante dans un évier - s'abstenir de formules propitiatoires ..), on se penchera d'abord sur des actions probables des *djinns* ¹⁰²».

Nous retrouvons, dans le discours de Chabib, les deux étiologies, celui des *djinns* et de la sorcellerie qui peuvent frapper ou habiter la personne. Les deux hypothèses sont plusieurs fois expliquées séparément, chacune a ses causes, ses phénomènes déclencheurs, ses épisodes associés. Toutefois, les deux sont aussi étroitement liés, et contenus, sous la dénomination commune du monde invisible.

Les termes utilisés par Chabib pour parler du monde de l'invisible sont : les *djinns*, les *jnouns*, le *diable*, les *démons*¹⁰³

« Chercheur : vous m'avez parlé de la sorcellerie...de l'œil...avez-vous un autre nom, en français ou peut-être en arabe, qui peut décrire ce qui vous arrive, ce que vous avez vécu ?

Chabib : c'est le mot *jnouns*. »

« Chabib : moi je me pose la question de cet œil-là. Les ombres, c'est des démons »

Selon CRAPANZANO « Les Marocains qui s'expriment en français désignent les *jnouns* comme les diables ou les invisibles. ». (CRAPANZANO & RALET, 2000). Nous retrouvons les trois termes reportés par l'auteur dans les discours de Chabib sur sa souffrance. À l'aide de

101FERMI précise dans son article, les limites d'utiliser un terme pour désigner l'influence dominante dans une vaste région du monde, qui n'est nullement homogène d'un point de vu culturel, social et linguistique.

102FERMI P., *Des Djinns et des Hommes*[En ligne], 2001, Site de l'Association Geza Roheim, <http://geza.roheim.pagesperso-orange.fr/html/djinn.htm> (Page consultée le 15 Mai 2018)

103 « L'arabe coranique, littéraire, désigne le pluriel de djinn par djinn(s) alors que la langue quotidienne use justement de JNUN (*djoun - jnoun*)» (FERMI, 2001)

la fonction *Word frequency Query Nvivo*, nous avons pu déterminer comme les mots *jnoun* et *djinns* sont parmi les mots plus utilisés dans les deux entretiens¹⁰⁴, le mot diable est utilisé 18 fois, et l'expression *invisible* ou, *monde de l'invisible* seulement 4 fois.

Les *djinns/jnouns* sont des entités non-humaines, dans la croyance islamique (bien qu'il y ait des preuves que la croyance dans les djinns était présente déjà dans les périodes préislamiques) nous retrouvons les cités dans le Coran et les Hadiths du prophète Mohamed de nombreuses fois. Ils sont des êtres généralement invisibles, mais qui peuvent être perçus régulièrement par certaines personnes (des personnes qui sont singulières, ou plus souvent les initiés) ou toute personne, dans certaines conditions particulières, ou dans certains moments extraordinaires.

« Chabib : vous avez des *jnouns* qui font la prière. Il y a des bons et des mauvais. Il n'y a qui peuvent vous aider. Ils n'y ont qui vont vous enfoncer ».

La racine commune c'est j.n.n. Celle-ci renvoie au secret, dans le sens de ce qui est dissimulé, tenu caché, obscur ou voilé (Coran, sourate 7 verset 27). Comme il est indiqué par Tobie Nathan dans l'article *Corps d'humains/Corps de djinns*¹⁰⁵, nous trouverons la même racine pour fœtus (*janine*), jardin (*jenena*), cadavre, tombeau (*janan*) comme lieu d'ombre. Le pluriel, *jenoun* ou *jnoun* a donné *junan* ou *jenan* qui signifie «la folie » – car être pris, capturé par un être invisible implique l'aliénation de la personne. Les *djinns* sont, aussi, souvent décrits comme des êtres qui poussent, sortent de la terre, comme une fleur de sa graine ou un rhizome de la plante¹⁰⁶.

Comme il a été noté par TAHAR ABBAL, il est intéressant de noter que dans cette logique-symbolique ce qui est caché, même s'il est décrit comme étant obscur, peut être aussi positivement connoté. L'obscurité dans le ventre de la mère, comme l'ombre dans le jardin, sont des lieux de protection, et les djinns ne sont pas seulement des présences d'autant plus inquiétantes qu'invisibles, ils peuvent aussi aider et sauver des personnes, selon ce que nous a rapporté Chabib.

« Chercheur : Et ils t'aident dans quelle...

Chabib : Circonstances ? Ah bhe une fois j'ai fait un arrêt cardiaque. Qui m'a sauvé ? ça peut

104 Word frequency Query Nvivo jnun count 117 ; Weighted Percentage 0,40% djinn count 18, Weighted Percentage 0,06 %, diable count 18, Weighted Percentage 0,06 %,

105 NATHAN, T. (2000). Corps d'humains/Corps de djinns. *Corps», Prétontaine*, (12-13).

106 TAHAR ABBAL, *Croyances : quels invisibles ? Les enfants de djinn blanc*, séance d'ouverture des Séminaires d'ethnosystémie 2014. Ces séminaires sont assurés dans le cadre de l'AIEP (Association Internationale d'EthnoPsychanalyse), Service de psychopathologie, Hôpital Avicenne.

être que les anges. J'étais sur le lit d'hôpital le cœur ne fonctionnait plus. J'avais un trou à la tête et ils voulaient me faire l'électrochoc. Ils me bloquent, donc la tension monte d'un coup. La femme vient et dit : « écoutez, nous ne pouvons pas lui faire l'électrochoc ».

La raison réelle, je crois, c'est parce que j'avais un trou à la tête, mais ça ne giclait pas du sang quoi ! Ils sont venus voir mes parents, ma mère et lui ont dit : « on ne peut pas rien faire. On le garde là à côté de la fenêtre, c'est tout ».

J'ai survie à moi-même ».

L'alliance entre *djinns* et l'être humain, donne à la personne le don de guérir et la possibilité de se protéger des contrecoups des actes magiques. Les djinns nous semblent donc exprimer une certaine ambivalence entre danger et protection, autrement dit « ce qui protège peut aussi déranger et ce qui dérange peut protéger ».

Quand Chabib et sa femme nous parlent des *jnouns*, ils utilisent souvent des termes qui se réfèrent à la souillure.

L'Islam en effet accorde une grande importance à la propreté. Le Coran, dans plusieurs surates, recommande la propreté et la pureté.

Un Hadith du Prophète de l'Islam récite que « La propreté fait partie de la Foi ». L'Islam insiste sur le lien entre la propreté physique et morale et dans le Coran ainsi que dans les Hadiths attribués au prophète Mohamed, il y a de nombreuses recommandations pour les croyantes : laver les ustensiles, être propre sur soi, autant les vêtements que le corps. Nous retrouvons également des indications à propos des cheveux, de la barbe, ainsi que de l'eau potable, de l'eau utilisée pour l'ablution et le bain, des lieux d'habitation, des rues, des lieux publics, de la nourriture. À Dieu est attribué tout ce qui est propre et à Satan, et aux djinns, tout ce qui est répugnant et sale. La souillure est décrite comme étant un présage de pauvreté, de misère et qui cause des maladies.

Chabib reprend la croyance commune selon laquelle parmi les djinns certains vivent dans les endroits sales, comme les déchetteries, les poubelles, et d'autres vivent parmi les hommes. Les djinns vivraient dans ces lieux sales afin de manger les restes de nourritures jetés par les hommes. Aussi, certains *djinns* vivent dans les cimetières et les ruines. On les trouve aussi dans les toilettes et dans les salles de bain.

« Chabib : *djinns* c'est ce qui est impur, mauvais, délaissé, quelque chose à ne pas approcher ».

L'incurie pour le lieu où on habite, c'est un signe majeur, selon Chabib, que son frère est habité par les *jnouns* :

« Chabib : toute la maison est super propre. Vous rentrez dans sa chambre et c'est un merdier. Il pisse dans les bouteilles et il le laisse là. Tout ça c'est diabolique. Il y a qu'un truc, c'est qu'il se lave, mais tout le reste c'est sale, c'est diabolique ! »

Au Maroc la femme de Chabib voyait souvent les *djinns*, mais à part l'épisode où ils lui avaient lancé les pierres, les relations étaient, on pourrait dire, pacifiques. Depuis qu'elle est arrivée en France elle est, selon ses propres mots, en bataille constante contre les djinns qui ont déjà une fois pris possession d'elle. Cette bataille s'articule autour de la propreté. Les djinns en effet, exercent toute leur influence pour qu'elle laisse la saleté envahir et « contaminer » la maison, laissant ainsi la porte ouverte aux djinns.

« Chabib : Ma femme est très propre, tout est impeccable, bon des fois c'est le bordel, on a des enfants, mais toujours elle passe le balai. Franchement, je ne te mens pas, elle passe le balai 15 fois par jour. Moi ça me prend la tête, je lui ai dit « arrête ! Tu es sans cesse en train de balayer » Elle balaye, elle nettoie...

Madame : Mais non, c'est normal.

Chabib : Non ma chérie, ce n'est pas normal.

Madame : Parce les *jnouns*, ils vivent dans la maison sale.

Chabib : En effet le djinn qui était en elle, il voulait la saleté...pour pouvoir l'habiter encore ».

Dans son ouvrage *Des djinns et des Hommes*, FERMI affirme que « Ces deux mondes se ressemblent en partie étrangement ; comme les humains, les djinns vivent en société, se querellent, ont des relations sexuelles (ce qui les distinguent des anges et des démons), mangent, boivent, s'allient et se font la guerre, ont des croyances diverses etc. Les djinns paraissent peupler les domaines de l'inconnu, de l'inexploré ou de l'abandonné, du mystérieux et de l'inavouable, le côté obscur des choses »¹⁰⁷.

« Chercheur : Et qu'est-ce qu'il fait que de temps en temps on se rencontre ?

107 FERMI P., *Des Djinnns et des Hommes* [En ligne], 2001, Site de l'Association Geza Roheim, <http://geza.roheim.pagesperso-orange.fr/html/djinn.htm> (Page consultée le 15 Mai 2018)

Chabib : Mais parce qu'ils font comme nous. Ils balayent, ils vont chercher de l'eau. Quand vous allez chercher de l'eau, s'ils sont là. Et bien ils sont là. Ils font comme nous, en effet».

Le monde des djinns et le monde des humains ne sont pas pensés selon l'islam comme séparés, ou étanches. Au contraire, il s'agit du même espace qui est habité par les uns et par les autres sur des plans convergents mais différents.

« Chabib : Vous avez des *jnouns* qui font la prière. Il y a des bons et des mauvais. C'est comme les humains. Il a des cons et de moins cons et des gentils. (...) Il y a le peureux, il y a les non peureux. (...) Mais il ne m'a pas dit si ceux qui m'habitaient étaient mariés ».

Si c'est vrai que les deux plans de la réalité coexistent tout le temps, toutefois c'est souvent dans *les lieux liminaux* comme la mer, la rivière, le désert, la forêt, la montagne, où l'homme s'aventura pour s'approvisionner en eau et nourriture, des lieux vitaux pour lui mais, en même temps, extrêmement dangereux, car habités par le malheur et la mort.

L'KADIR Aïcha dans sa thèse intitulée « Mal, Maladie, croyances et thérapeutiques au Maroc », expose avec le cas de Casablanca une classification des *jnouns* « en fonction des quatre éléments cosmogoniques : l'eau, l'air, la terre et le feu ».

« Les *jnouns* terriens sont « aux yeux de nos informateurs les plus nombreux et les plus dangereux. Ils peuplent les sous-sols, les grottes, les arbres, les montagnes et tous les lieux déserts. Ils sont considérés comme les vrais maîtres (propriétaires) de la terre » (L'KHADIR, 1998).

Chabib parle de ces esprits de la terre, comme étant un des lieux des esprits les plus dangereux. Il raconte, en effet, que chez eux il y a une grotte où tous ceux qui sont rentrés à l'intérieur ne sont jamais ressortis : ni les locaux, ni les français qui sont allés sur place pour résoudre le mystère.

« Chabib : Elle est remplie des *jnouns*. Dès que vous lui parlez c'est fini. Ils sont rentrés en possession. Si tu rentres dans cette grotte, ils t'offrent de l'or, des pièces, de la monnaie, des liasses, de tout. Ils te disent « vas-y ! Prends, prends ! ». Ils veulent t'attirer. Il n'y a plusieurs qui leur ont parlé, et ils sont morts. Il y a que le *chir* qui a réussi à s'en sortir, car il marchait et il lisait le Coran et il est arrivé à sortir. C'est grâce à lui qu'on sait tout ce qui se passe dans cette grotte »

Selon Chabib aussi, les esprits qui habitent les grottes sont sanguinaires, ils réclament des sacrifices humains et ils poussent les personnes à commettre des homicides, en échange des

trésors qui seraient cachés dans leurs antres.

« Il y a une autre grotte...Mais tous ceux qui ont un trait droit particulier (zohriya) comme ça dans la paume de la main, tu sais, tu les attrapes, tu les amènes dans une grotte, tu les égorges, les *jnouns* ils te donnent ce que tu veux »

« Les *jnoun* aquatiques sont ceux qui vivent dans et à proximité des eaux, ce sont les maîtres des puits, des sources et des ruisseaux...une grande partie de nos informateurs pensent que c'est dans ces lieux qu'habite le génie *Aïcha Quendicha* » (L'KHADIR, 1998).

Par rapport à la relation entre les djinns et le milieu aquatique, les deux conjoints, racontent comme la femme de Chabib, a rencontré les *jnouns* en allant chercher de l'eau à la rivière :

« Je cherchais de l'eau et le soleil était bientôt couché. J'ai pris de l'eau dans un petit vase, et je l'ai rempli. Après on m'a jeté contre des pierres. Moi je regarde qui lance les pierres, mais je ne vois personne ».

Chabib ajoute :

« Il ne faut pas le déranger. Non, tu arrives, tu regardes d'où le son provient et c'est dans la rivière. Tu les entends mais tu ne vois personne. Ma femme les voyait, mais moi non. Et tu les entends « tum, tam, tum, tam, tum, tam » ils font de la musique, de la vraie musique eh ! Et pourtant tu regardes comme ça, il n'y a personne. Il y en a qui, parfois, crient : « Va-t'en ! Va-t'en ! Va-t'en ! » Là il faut mieux s'en aller. Il ne faut pas aller chercher l'eau, comme ma femme avait fait. Et elle, après est rentrée à la maison, elle avait trouvé des pierres énormes, dans sa petite carafe d'eau. Comment tu fais pour rentrer une pierre dedans ? Ça ce n'est pas bon ! Laissez les tranquilles. Mais nous, on a besoin aussi de l'eau. Donc il y a des tranches horaires, où ce n'est pas bon d'y aller, le coucher du soleil...à l'aube je ne sais pas. Mais sinon, tout au long de la journée ils peuvent te frapper. Mais il y a des moments plus propices à te frapper.

La relation entre les hommes et les animaux n'est pas l'aspect le plus évoqué dans la littérature ethnographique sur le Maghreb et, pourtant, ce sujet a une place importante dans les discours de des conjoints, peut-être, nous faisons l'hypothèse, parce que les deux sont originaires d'une région rurale du Maroc, où Madame a vécu la plupart de sa vie.

En effet, Madame construit son discours sur les djinns autour de la différence entre les *jnouns*, et leur apparence, dans la campagne marocaine et dans la capitale française.

Chabib affirme, tout d'abord, que les animaux voient les djinns et ils reportent des anecdotes

pour expliquer les propos. Il raconte que sa femme avait une jument qui lui faisait comprendre quand elle ne devait pas descendre à terre, car l'endroit était occupé par les jnouns. Madame avait aussi un chien, que son mari définit intelligente comme un être humain. Il aboyait et il prévenait, selon sa patronne, quand il y avait des djinns.

La relation avec les *djinns* sous forme d'animal, indique à notre avis, une relation ordinaire avec l'extraordinaire, une continuité entre les deux espaces (celui des humains, et celui de la nature dominée par les djinns) qui ne sont pas pensé comme radicalement différents ni en contraste entre eux. Les deux mondes sont ordonnés, selon des principes et des règles similaires (ex. mariage, chefferie, des djinns bons qui font de la prière, des mauvais etc.) mais ils sont dominés par des sujets différents, d'un côté les hommes, de l'autre les djinns. Les rencontres entre ces deux mondes, normalement se fait de façon fortuite. (SIMENEL, 2012)

Madame raconte un épisode qui lui est arrivé quand elle était enfant, elle était allée chercher de l'eau à la rivière et elle avait rencontré des *djinns*, invisibles qui lui jetaient des pierres. À ce moment, elle regarde la montagne face à elle recouverte par des milliers et des milliers des chameaux, qu'elle comprend être des djinns à cause de leur nombre extraordinaire.

Dans ce cas l'étrangeté ontologique des djinns est domestiquée et, par conséquence, moins inquiétante, car elle est comprise à l'intérieur de règles et d'un espace partagé. Madame, comme Chabib, en effet partage des connaissances et des savoir-faire avec les djinns dans la campagne. La relation entre les humains et les *djinns*, est de la même nature qu'avec des animaux sauvages : de la fascination, de la prudence, de l'attention à ne pas envahir leur territoire et ne pas se mettre en danger. Il n'y a nullement d'intention malveillante de la part des djinns vers les êtres humains, s'ils ne sont pas dérangés.

Chabib atteste également, l'opinion selon laquelle « les animaux sont remplis des *jnouns* » comme les serpents, les chiens, les chats, mais aussi les grenouilles et tous autres animaux. Pour illustrer son propos il raconte que sa grand-mère, peu avant de mourir aurait chassé de chez elle une grenouille. Le diagnostic de l'Imam, qui avait été consulté pour la maladie rare et fulminante qui avait touché l'aïeule après cet épisode, avait été unique et sans réplique : elle avait gravement offensé un *djinn*.

« Chabib : ça peut rentrer dans n'importe quoi : un serpent, un rat, une grenouille, surtout une grenouille. Si vous voyez une grenouille dans la rue, si vous êtes ici ou au Maroc, il ne faut pas la toucher... ma grand-mère est morte de ça ».

« Ma grand-mère, la mère de ma mère, a trouvé une grenouille chez elle, elle l'a prise et elle

l'a mise dehors. Elle est tout de suite tombée malade. Elle est allée consulter un imam, qui lui a dit « voilà il y avait une grenouille dans la maison, qui habitait là, pourquoi tu l'as sortie de chez elle ? Elle t'a frappée. Deux, trois mois après elle est morte...mais comment l'imam le savait ?

Selon SIMENEL Romain, chargé de recherche à l'IRD de Rabat « il arrive bien souvent que les humains rencontrent des animaux qui ne sont pas à leur place habituelle. Ces rencontres inopportunes plongent l'être humain dans le doute, brouillent les correspondances entre catégorie et bousculent ainsi l'ordre des apparences. « La *physicalité* de l'animal rencontré au mauvais moment et au mauvais endroit est au final comprise comme une simple enveloppe derrière laquelle se cache un djinn, c'est-à-dire une intériorité anthropomorphe » (SIMENEL, 2012).

Madame raconte que les jnouns peuvent prendre forme humaine, et que parfois ils se présentent à elle sous l'aspect de son mari. Toutefois, elle arrive à les démasquer car, quand un génie prend une forme humaine, il est trahi par la forme de la pupille de ses yeux et le mouvement de ses paupières qui se fait de bas en haut alors que chez l'être humain, il se fait de haut en bas.

Elle raconte également que, depuis qu'elle se trouve en France, elle voit beaucoup plus souvent les djinns sous un aspect humain. Cela la déstabilise, et lui fait peur. Elle se retrouve souvent, dans la rue, en train de parler à une femme et à des personnes qui lui demandent de lui lire dans les lignes de la main, ou qui ont d'autres comportements bizarres et transgressifs. Toute activité liée à la voyance est, en effet, interdite dans l'Islam. Elle craint que les djinns veuillent la rendre folle et elle a honte aussi de l'opinion des autres personnes qui la voient parler toute seule.

Chabib nous montre, à travers des exemples, que les *djinns* peuvent rentrer dans le corps de la personne, lorsqu'elle se trouve dans certains états précis, notamment dans un état de forte peur. L'effroi créerait un saut dans la continuité de l'expérience et du vécu émotionnel, par l'intromission de quelque chose de violent, improvisé et inattendu. La frayeur fragilise la personne, et crée une coupure, un interstice par lesquels les djinns peuvent s'introduire. Les bruits improvisés, les cris, les gestes brusques et violents contre une personne, et notamment frapper les enfants quand il y a de l'orage (car selon ce qui nous a été rapporté par Chabib, les jnouns sortent beaucoup quand il y a des tempêtes) les images effrayantes, exposent la personne au risque d'être possédée.

« La peur ouvre la porte aux *jnouns*. C'est pour ça que ce n'est pas bien Halloween. C'est une sale fête ça ».

Chabib pour désigner les actions des djinns sur les humains utilise les mêmes mots, en français, qui avaient déjà été retrouvés et classifiés par CRAPANZANO dans son étude sur la possession, et les rituels thérapeutiques, au Maroc (CRAPANZANO & RALET, 2000)

1. Touchés
2. Frappés
3. Possédés
4. Habité
5. Enlevé

Chabib inscrit, comme nous l'avons vu, ses souffrances dans la théorie du monde invisible, dont une partie est due à la sorcellerie, dont il a été plusieurs fois victime avec des conséquences et des agents différents. Dans les cas de possession par les djinns que Chabib nous a décrit, le malheur est la conséquence d'une rencontre, plus ou moins fortuite, entre les djinns et les humains. Cela signifie que le donneur d'ordre, le fabricant, l'agent exécuteur de la souffrance sont le même sujet : les djinns ou Satan.

Dans le cas de la sorcellerie, en revanche, ce système se complexifie, car le principe magique tisse une interrelation sociale, symbolique, économique, entre plusieurs agents :

- *les spécialistes*, des sorciers (*sa'har*), qui sont normalement rémunérés pour attaquer la victime désignée par leur client. Ils sont les fabricants de l'objet ensorcelé et/ou ceux qui évoquent les djinns pour les envoyer nuire à la victime.
- *le donneur d'ordre*, celui qui a la volonté de nuire et qui est souvent animé par des propos de jalousie, d'envie, de vengeance, d'amour à sens unique. Pour de telles raisons, l'expéditeur de la sorcellerie est normalement à chercher dans l'entourage proche de la victime.
- *les djinns- les objets magiques- les fétiches* sont un agent/moyen à travers lequel la sorcellerie, mise en acte par le spécialiste, touche la victime. Normalement ces objets sont manufacturés et composés par plusieurs éléments qui sont contenus, ou situés, à l'intérieur d'une enveloppe. Ils sont souvent mis sur le seuil de la maison de la victime (comme dans le cas de Chabib, en dessous d'une marche à l'entrée de la maison),

dissimulés dans les meubles de la maison, ou posés, écrasés contre un objet utilisé habituellement par la victime (comme dans le cas de l'œuf écrasé sur la voiture de Chabib) ou enterrés dans des lieux *liminaux* tels que le cimetière, et dans des endroits habités par le surnaturel tels que le désert, la forêt etc.

« Chabib : A propos des *jnouns*, il y a des personnes, qui vont payer des gens pour vous ensorceler à travers eux.

Chercheur : Donc ils sont envoyés par quelqu'un d'autre ?

Chabib : Des fois oui ! Des fois oui ».

- les destinataires de l'attaque - les victimes de l'attaque. Il ne se s'agit pas toujours du même sujet. L'expéditeur de la maladie, peut décider de nuire à une personne et toucher quelqu'un qu'il aime. Un individu peut tomber sur la sorcellerie et en être touché, sans pourtant en être le destinataire. Ou, encore, la personne visée est bien protégée et l'attaque malveillante tombe sur des personnes proches, souvent ceux qui sont considérés plus fragiles, comme les enfants.
- Le *chir* ou l'*ima*, sont les thérapeutes traditionnels et/ou religieux auxquels le malade, victime de la sorcellerie, s'adresse pour avoir une confirmation qu'il s'agit bien de la sorcellerie. Les thérapeutes sont censés donner une réponse à ces 2 questions fondamentales : Qui est le responsable ? A travers quel moyen ? Ces réponses, qui sont recherchées par l'opérateur à travers différentes méthodes, sont une partie intégrante du soin, nous pourrions dire, c'est même le passage obligé vers la guérison. La découverte des agents responsables de la maladie boucle en effet la relation entre les différents agents, en réorientant l'attention, l'intention et souvent les actions, envers les expéditeurs.

Pour RADI Saâdia, la sorcellerie (comme le mauvais-œil ou être habité par les djinns) est avant tout un outil de médiation sociale : « [La sorcellerie] repose sur un corps de croyances qui fournit un cadre symbolique aux dispositions psychologiques individuelles, donne une forme d'expression aux conflits et propose un modèle d'interprétation des événements de la vie quotidienne » (RADI, 2013). Les êtres et les pouvoirs surnaturels permettent de désigner comme coupables certaines personnes et d'en disculper d'autres, en permettant ainsi de renégocier des rapports à l'intérieur de la famille, et/ou de la communauté.

4.3.7 Parcours de soins et thérapeutes

Une première hypothèse diagnostique de la présence du monde invisible est souvent posée par la famille, en observant des comportements inhabituels chez l'enfant ou l'adulte, comme par exemples : des crises de pleurs, de l'apathie ou une faiblesse excessive, et aussi des symptômes variés pouvant aller de l'impuissance sexuelle ou la stérilité jusqu'à de véritables crises de folie, ou certains types d'accident.

Les membres de la famille, ont donc un rôle fondamental, tantôt dans la formulation des théories dans lesquelles inscrire le malheur, (ce qui aura une grande influence sur le type de parcours thérapeutique du malade), tantôt, dans le cas de Chabib, ils ont un rôle actif thérapeutique.

Les thérapeutes qui font partie de l'histoire de la maladie de Chabib sont :

1) Grand-mère maternelle : elle n'est pas considérée par Chabib comme une thérapeute traditionnelle, probablement car ce terme référé à une femme l'exposerait au risque d'être perçue comme étant une sorcière. Elle est décrite comme détentrice des savoirs de *la médecine populaire*, des connaissances que les femmes se transmettent pour protéger de façon *holistique*¹⁰⁸ son foyer et, ses membres. Elle est la première à observer que Chabib ne peut pas se séparer physiquement de sa mère sans pleurer d'angoisse. Après 2 ans, elle estime que le malheur, de la mère comme du fils, était trop aigu donc « non-naturel ». Elle fait l'hypothèse de l'influence des djinns dans cette souffrance.

Elle prescrit à la mère de Chabib une action rituelle : amener l'enfant sur une tombe et le laisser tout seul une nuit, dans un cimetière où le génie propriétaire du lieu, décidera de son sort.

Chabib : Ma grand-mère a dit à sa fille, ma mère : « écoute, il ne faut pas que tu pleures. Prépare-toi parce que là où on va aller, soit il meurt soit il vit. Et elle m'a amenée là-bas. Elle m'a déposée. En 2 ans elle ne m'avait jamais déposée sans que je pleure. Là elle m'a descendu, je n'ai pas pleuré ».

Chabib n'est donc pas encore « complètement né », dans le sens qu'il porte encore sur soi des traces du monde invisible dont les enfants proviennent. Ces liens lui empêchent de se poser à terre, comme il le dit, de se fixer dans le monde des vivants car le monde des esprits revendique encore des droits sur l'enfant. Le rituel de dé-position aurait, donc, comme effet de

108 Un point de vue qui consiste à considérer les phénomènes comme des totalités ou dans leur globalité.

faire sortir Chabib de l'entre-deux et obliger l'inscription de l'enfant dans un des deux mondes : celui des vivants ou celui des esprits.

2) Mère : Selon Chabib elle a acquis une expérience et un savoir-faire particulier à cause de toutes les souffrances qu'elle-même et son enfant ont vécu. Elle-même a été, on pourrait dire, une enfant singulière, une revenante du monde des morts car, quand elle était encore un bébé, elle a été considérée morte et déposée (elle aussi) sur une pierre dans l'attente, probablement, du début des rituels funèbres, où son frère l'a retrouvée vivante. Elle traite Chabib régulièrement avec des bains d'encens et lui donne à boire des plantes.

3) Imam au Maroc : Chabib était adolescent, il commence à souffrir d'impuissance sexuelle et il est victime d'un étrange accident de voiture. La découverte de l'œuf cassé (un objet utilisé dans des nombreux rituels) ainsi que la sensation de perte de conscience pendant qu'il conduisait le véhicule lui font penser à l'intervention de l'ordre du surnaturel. Il s'adresse à un Imam, qui lui confirme son hypothèse et lui donne, comme il est attendu de lui, toutes les informations concernant l'objet de la sorcellerie et celui qui l'a fabriqué. Cela permet à Chabib d'agir envers la personne désignée comme responsable, de prendre des décisions, bref d'être agent de son processus thérapeutique.

« Il m'a dit quand tu rentres chez elle, il y a un meuble juste à gauche, en haut. Tire-le, tu vas voir une ficelle avec des nœuds. Je suis rentré, j'ai regardé, il était là. J'étais là et je lui ai dit « Faïza pourquoi tu as fait ça ? » et je lui ai dit quand nous sommes sorties ensemble la première fois je t'ai dit « ne touche pas à ça » « oui mais je t'aime, je t'aime » « non, non basta ». Et je suis parti. Après une autre fois, je sais que c'est elle, un matin je sors de chez moi et sur ma voiture il y a eu un œuf cassé. Et ça je connais bien. Je ne sais pas si vous connaissez les écritures sur l'œuf etc. Trois jours après, j'ai fait un accident. Mon inconscient il s'est débranché et au lieu de tourner je suis allé tout droit. J'ai foncé dans un camion alors que c'est à 50 mètres de chez moi ».

4) Imam en France : Chabib a aussi consulté des Imam à Paris, toujours pour son problème d'impuissance. C'est cet Imam qui arrive à mettre fin à ce problème qui afflige Chabib depuis 15 ans. Il lui donne à boire de l'eau où il a précédemment récité des prières et dissolu des morceaux de papiers avec des sourates écrites.

« Chabib : Je suis allé voir un Imam et je lui ai dit « voilà, ici je n'ai plus rien » et il a rigolé » et il a dit « moi non plus, mais moi j'ai 80 ans mais toi tu es encore tout jeune », il m'a dit « je vais regarder » Ils m'ont donné des choses à boire, en 2 semaines j'étais guéri. Donc j'ai repris

vie à le goût...Um...goût à la vie ».

4) Plusieurs thérapeutes traditionnels au Maroc : Tout au long de sa vie en France, Chabib retourne régulièrement au Maroc pour se faire soigner parce qu'il était toujours « bloqué » sexuellement, parce qu'il avait des douleurs diffuses dans le corps et il faisait des « cauchemars ». Les thérapeutes traditionnels interprètent ces signes de souffrance selon la théorie des djinns.

Un des thérapeutes consultés utilise une baguette pour le frapper le corps, pour déranger les djinns et les faire partir.

« Chabib : les *jnouns*, vous le frappez comme ça et ça suffit, mais lui le ressent très forte, avec des paroles, juste comme ça, avec une baguette d'olivier. Il ouvre la fenêtre et il attend que les *jnouns* sortent »

Un deuxième thérapeute, consulté pour la forte douleur au niveau des épaules, enlève le poids de la maladie de Chabib et il la prend sur soi. Chabib s'inquiète pour le guérisseur, s'il va réussir, et comment, à évacuer lui-même la maladie.

« Chabib : parce qu'ils me pèsent sur les épaules. Je suis allé le voir, je lui ai expliqué tout ça. (...) il rotait et pendant ça il prenait ma maladie, il me l'a expliqué. Et il m'a dit : « après moi, je sais comment faire pour l'enlever ». Il l'a prise, et après je ne l'ai plu revu. Mais il m'a dit «ne t'inquiète pas je vais l'enlever ». Je lui ai donné 30 euros, je crois, et les épaules ça va mieux ».

Un troisième guérisseur lui marche dessus pour que les djinns partent :

« Chabib : il m'a marché dessus pour enlever les *jnouns* et il m'a fait mal ! Moi je suis tout maigre, lui il faisait au moins 80 kg, oh j'ai souffert !»

Les djinns frappent l'être humain et le guérisseur frappe lui aussi l'humain pour frapper l'être.

Les djinns pèsent sur les épaules du patient. Le thérapeute les enlève, comme on pourrait prendre un fardeau du dos de quelqu'un. Il les mange, pour les prendre sur/en soi, les rots sont les signes d'un introjection-digestion de la maladie dans le corps du thérapeute.

Les djinns remplissent le corps de Chabib, et le thérapeute pétrit son corps avec son poids, pour le vider des êtres contenus dans l'enveloppe physique.

Ce rituel suit le *principe sympathique* de l'acte magique, tel qui l'a été décrite par Marcel Mauss dans son *Esquisse d'une théorie générale de la magie* : « En effet, la magie a bien l'air

d'être une gigantesque variation sur le thème du principe de causalité (...) Il est possible de démêler, à travers le fouillis des expressions variables, trois lois dominantes. On peut les appeler lois de sympathie si l'on comprend, sous le mot de sympathie, l'antipathie. Ce sont les lois de contiguïté, de similarité, de contraste : les choses en contact sont ou restent unies, le semblable produit le semblable, le contraire agit sur le contraire » (MAUSS, 2013).

5) Thérapeute traditionnel en France : Il a été consulté par rapport au problème d'impuissance sexuelle. Le thérapeute fait le diagnostic que Chabib est victime d'une attaque de sorcellerie pour « l'attacher », le lier à une femme et il voit l'objet qui véhicule l'acte sorcier. Toutefois, son traitement ne peut pas être efficace car l'objet serait, selon ses mots, rapporté par Chabib : « *enterré dans le cimetière pour qu'ici ne marche pas* ».

6) Chirurgien : Chabib a dû subir des interventions chirurgicales pour les conséquences de la poliomyélite.

« Je vu un professeur comme ça ! Le top ! Un chirurgien. Quand j'avais 20 ans il m'a convoqué, j'ai ouvert la porte, j'ai marché. Il a dit « oh là là, j'ai fait un bon boulot », (il rit) et il parlait tout seul. Il ne croyait pas que j'entendais, et c'est bien, je marche, je suis tranquille ».

7) CSAPA : Contrairement aux discours autour des rencontres avec les thérapeutes traditionnels, dans les récits de Chabib sur sa prise en charge hospitalière, les médecins nous semblent ici briller par leur absence. Il ne nous fournit pas, par exemple, aucune donnée sur la relation thérapeutique ou les traitements. Chabib est pris en charge dans un CSAPA depuis quelques années où il a un suivi :

- psychiatrique. Pour parler de sa prise en charge psychiatrique, le psychiatre n'est pas évoqué. À sa place les agents de la thérapie, sujets comme objets, semblent être les seuls médicaments dont il montre une bonne expertise.

- de médecine générale. À propos du médecin généraliste, Chabib ne dit que quelques mots sur le fait qu'il doit lui baisser les médicaments, et que le docteur ne croit pas au monde de l'invisible, pour lequel il émet cette sentence « je ne le juge pas, il sera jugé après sa mort »

- psychologique. La prise en charge psychologique avec un psychologue marocain formé à l'ethnopsychiatrie. Chabib a pour lui la plus haute considération. Il est défini comme un savant car il a de profondes connaissances, théoriques comme rituels, autour des djinns.

« Quand je suis venu ici à Avicenne, en ethnopsychiatrie on me parlait des *jnouns*. Je le

regardais comme ça, et je lui ai dit « est-ce que vous connaissez des *jnouns* ? » « On connaît, on apprend ». Je lui ai dit « franchement, la médecine avance ». Et c'est bien parce que, vous savez, tous les fous qui sont dans les asiles ne sont pas malades. Ils sont malades pour la France, mais un Imam pourrait les guérir. Maintenant, si vous dites à quelqu'un : « c'est le Diable » il vous prend pour un fou »

Grâce à ce psychologue, Chabib raconte que pour la première fois il a pu parler des djinns (sans la crainte d'être considéré comme fou ou mal compris) car ses représentations étaient partagées par le psychologue. D'ailleurs, c'est le seul thérapeute qui a pu rencontrer sa femme, qui partage le même avis de son mari :

« Femme de Chabib : il est marocain. Mais en psychiatrie, ce n'est pas ça. Lui par exemple il ne juge pas, il ne dit pas qu'on est malade, ils disent que c'est les *jnouns*. Il y'a beaucoup des maladies qui se ressemblent, mais ce n'est pas ça, c'est les *jnouns* ».

4.3.8 Grille Diagnostics - traitements reçus - opinions sur les traitements

Diagnostics	Thérapeute	Signes/symptôme analysés	Traitements	Opinion sur le traitement
Sorcellerie	Imam au Maroc Imam à Paris	Impuissance sexuelle Accident de voiture	Prières, herbes à boire, encenses, bain de fumés d'herbes, boire de l'eau bénite par des prières et des écritures sacrés dissoutes	Ils sont efficaces
Possession « habitée par les <i>djinnns</i> »	Mère Grand-mère Guérisseurs au Maroc	Mal aux épaules Crises de pleurs chez le bébé Procrastination excessive Douleurs diffuses dans les corps, Hypersensibilité (aux bruits, aux personnes) Frustration (sensation d'hyperexcitation)	Rituels d'exorcisme, « Être frappé avec une baguette d'olivier » marcher sur son corps, prières, herbes à boire, encenses, bain de fumés d'herbes, boire de l'eau bénite par des prières et des écritures sacrés dissoutes.	Ils sont efficaces
Troubles psychotiques et	Psychiatres, médecins	Idées noires-	-Neuroleptiques avec une	- Il arrive à bien suivre le

Troubles dépressifs		Visions- hallucinations	activité antipsychotique (Haldol, Tercian) - Anxiolytique (Lexomil) - Antidépresseur (Zoloft) - Psychotropes généralement utilisés pour traiter les troubles du sommeil (Imovane)	traitement, et à ne pas le prendre au même temps que l'alcool. - Les traitements psychiatriques marchent, mais ils provoquent aussi une dépendance, dont il veut s'en libérer. - Les djinns font opposition aux traitements « <i>On m'a donné de l'Haldol pour les voix, mais je ne le tolère pas. Ou alors les jnouns ne sont pas d'accord</i> ».
Poliomyélite Syndrome post-polio	Médecin, chirurgien	Paralysie flasque des membres inférieurs	Opérations chirurgicales aux jambes	Ils sont efficaces
Alcool-dépendance Syndrome de sevrage	Médecin alcoologue, psychiatre,	Anxiété, agitation, confusion, insomnies, tremblements, convulsions, faiblesse, perturbation des activités sociales, professionnelles.	- Suivie par un médecin addictologue - Psychothérapie - Traitement psychiatriques	Il se plaint de la dépendance aux médicaments. Il souhaite une hospitalisation pour se sevrer de l'alcool, aussi bien que des traitements.

4.3.9 Problèmes de santé similaire dans l'entourage

Chabib raconte de nombreuses anecdotes concernant des souffrances causées par les djinns, qui ont touché beaucoup des membres de sa famille et de son entourage.

- **le grand-frère** qui a les mêmes décharges électriques dans le corps. Il a été « attrapé par les djinns » lors d'une séance de spiritisme qu'il aurait fait avec Chabib et un ami d'enfance, dans la maison de leur mère.

- **la mère**, comme lui, serait une *revenante*. Elle est en effet passée pour morte quand elle était une enfant, puis, revenue à la vie. Elle est souvent frappée par les djinns et recouverte de bleus, qui seraient causés par les djinns. Souvent elle demande à son fils de lui faire un traitement rituel, qu'elle même lui aurait enseigné.

- **la belle-sœur**, est, selon les dires de Chabib, « habitée par des djinns ». Elle parle avec la voix d'un esprit homme qui demande du sang. Chabib décrit l'exorcisme dont il a été témoin.

- **le beau-frère** est frappé par les djinns et il a été soumis à un exorcisme. Chez eux il y a des événements surnaturels : tous les verres éclataient et tout était bouleversé.

- **sa femme**. Quand elle avait environ 8 ans, elle a rencontré pour la première fois les djinns en allant chercher de l'eau à la rivière. Avant d'arriver en France, la relation avec le monde invisible était pacifique, ce n'est qu'à son arrivée en France qu'elle tombe malade. Elle décrit ce moment comme très difficile. D'abord il y a la déception d'arriver et de découvrir son mari malade, dépendant de l'alcool, après avoir attendu pendant 5 ans pour le rejoindre. Elle se dit isolée, loin de la famille, et elle ne parle pas français. La relation avec la belle-mère semble tendue. Dans un premier temps les conjoints vivent sous le même toit, dans la maison que Madame dit « remplie de jnouns ». La belle-mère l'accuse, à son tour, d'avoir amené les jnouns et de faire du mal à son fils. Elle commence à voir et à parler avec des êtres invisibles aux autres. Elle voit les djinns prendre l'aspect de son mari. Elle a des visions d'un aéroport à côté de la maison et d'autres choses qui n'existent pas. Ce type de visions est considéré par la femme comme des tentatives des jnouns de la rendre folle.

- **un ami d'enfance**, qui a participé à la séance de spiritisme avec Chabib et son frère. Pendant la session, il a été habité par un esprit qui a commencé à parler à travers lui et qui l'a choisi. Par la suite il est devenu voyant et sorcier.

- **la fille du beau-frère de Madame**. Elle est considérée habitée par les djinns car elle a eu

deux divorces et beaucoup de problèmes conjugaux et économiques, en dépit d'être une personne gentille, avec beaucoup des qualités. La jeune femme appelle tous les jours la femme de Chabib pour lui demander conseil.

- **la petite fille, une voisine de la maison au Maroc.** Chabib raconte qu'elle est devenue folle, son corps a grossi et sa tête s'est déformée, après avoir rencontré un djinn femme qui lui a donné une bague et avoir été frappée par son père. Selon Chabib, les djinns l'ont punie car elle a contrevenu à l'ordre de ne rien dire, et ils se seraient introduits dans son corps à cause du choc provoqué par la gifle.

« Chabib : Là je vais vous raconter une histoire. Au bout de ma rue, au Maroc, il y avait une fille très belle, très gentille. Elle était dans son jardin, quand une dame lui est apparue. Elle lui dit « tiens cette bague, met la, mais ne le dit à personne » et la femme a disparu. Qu'est-ce que la fillette a fait ? Elle est partie voir son père à l'épicerie et lui a dit : « papa, papa, regarde qu'est-ce qu'une femme m'a donné et elle m'a dit ne pas le dire ». Il lui a mis une claque et elle est devenue folle. Maintenant elle est grosse comme ça, avec une grosse tête. Elle est tout le temps devant chez elle et elle répète : « laissez-moi habiter chez vous, laissez-moi habiter chez vous » toute la journée. Parce qu'elle l'a dit. Quand il y a des jnouns qui vous disent « ne dit rien », il faut mieux ne rien dire. Franchement, même à vous, si ça vous arrive, c'est mieux de se taire. Sinon, ce n'est pas bon... »

- **le voisin.** Du jour au lendemain, il a eu une paralysie fulminante des doigts, qui restent complètement tordus. La rapidité de la progression de la maladie, ainsi que la soudaineté, sont pour Chabib les preuves d'une attaque de sorcellerie. La responsable serait une voisine avec laquelle l'homme est en conflit depuis longtemps. Chabib amène l'homme chez l'Imam qui l'avait jadis guéri, mais le religieux dit que les rituels ne sont pas efficaces pour lui, car le malade n'est pas de confession musulmane.

Selon ce qui nous a été référé par son psychologue, l'homme aurait été mis sous enquête par violence contre les enfants, et l'hypothèse de déplacer les enfants a été avancée par les assistantes sociales. Le psychologue, et la psychiatre du CSAPA, après des consultations avec la famille, se sont prononcés contre cette mesure, n'ayant pas rencontré des signes de souffrance chez les enfants, ni de danger chez Chabib.

Nous pensons retrouver une trace de cette accusation, et peut-être de cette culpabilité dans les propos de Chabib concernant ses enfants. Il dit, en effet, que ce n'est pas bon de crier et qu'il regrette de l'avoir fait contre eux. Cela c'est peut-être la cause, implicitement admise, du fait

que des fois la fille et le fils sont attaqués par les djinns.

- **Le fils** est somnambule et il a été amené au Maroc voire un guérisseur. Celui-ci lui a confirmé la présence d'un esprit, que Chabib dit être un *lutin*. Ce terme, nous semble, souligner une continuité entre la représentation arabe du monde de la nuit et celle-ci du folklore français et anglo-saxon. Il est utilisé par Chabib, ici pour la première et unique fois, en référence à son fils. En français on utilise ce terme également pour parler d'un enfant, d'une personne à l'esprit vif et facétieux. Elle donne, probablement, une image moins menaçante et moins dangereuse du monde invisible, plus proche du monde fantastique et plus adaptée, peut-être, pour un jeune enfant, que Chabib, cherche à protéger n'évoquant pas les djinns pour lui.

« Chabib : J'ai un (fils) qui est somnambule.

Madame : mon fils a fait le thé, le tajine la nuit

Chercheur : quand quelqu'un est somnambule, tu penses que c'est les esprits ?

Chabib : bien sûr ! Moi je le pense vraiment ! On est parti voir un guérisseur, il nous a dit qu'il y a comme un *lutin* (...) un clown avec des clochettes, avec des carrés.

Et sinon, ma fille, la grande a 14 ans. Elle s'est le cœur qui s'emballé ».

- **La Fille** est donc touchée, parfois, de façon superficielle, par le monde invisible, ce qui lui donne des irrégularités cardiaques. Son cœur voit, et apeuré réagit, à ce qui reste invisible aux yeux.

- **La grand-mère maternelle**, avait été frappée par une maladie soudaine et mystérieuse, après avoir trouvé et jeté en dehors de la maison une grenouille. Le guérisseur consulté, affirme qu'il s'agit d'un djinn qui avait pris l'aspect de l'animal et qui, offensé, s'était vengé. La femme meurt peu de temps après.

4.3.10 Grille Étiologies nommées par le patient

ÉTIOLOGIES	FACTEURS DÉCLENCHANT LA MALADIE	AGENTS DE LA MALADIE
Sorcellerie	Jalousie Convoitise Vengeance Conflit entre voisins Contact avec un objet ensorcelé	Tante Petite-amie Djinn (envoyés par quelqu'un)
Mauvais-œil	Envie	Personnes en général
Possession	Tomber dans l'eau Frayeur Querelles et disputes Problèmes conjugaux Déceptions amoureuses Solitude, tristesse, isolement Cris Mouvements/actions brusques et violentes	Djinns (homme, femme) Diable Mauvais esprits Ombres Mains invisibles
Hérésie	Transgression	Œil-bleu

4.3.11 Fonction du monde invisible

La théorie que nous nous proposons de démontrer est la suivante : le monde invisible, qui envahi l'enfance et l'adolescence du patient, dévoile l'invisible du champ de bataille des conflits intrapsychiques où s'affrontent l'amour et la haine, les pulsions sexuelles, les pulsions agressives (jalousie), la culpabilité, la crainte de la castration. Les djinns et l'Œil-bleu, attestent avec leur présence des conflits œdipiens et ils revendiquent des actions rituelles, qui ont comme résultat de les mettre en lumière et de les surmonter. Ils manifestent, au cours de différents moments charnières de l'existence de Chabib, l'action de castration symbolique opérée par les normes sociales. « Voilà le grand mot lâché. Qu'est-ce que la castration symbolique ? Ce n'est pas tellement compliqué. Il suffit de débarrasser le symbole de tout ce qu'il a d'allégorique. Le symbole c'est ce qui lie, ce qui attache ensemble. Alors la castration symbolique c'est la castration grâce à laquelle il y a en nous une place pour l'autre, pour un autre qu'on n'a plus envie de désigner comme phallus, qu'on est prêt à accepter dans son altérité radicale. Bien sûr, cela fait problème : comment est-ce qu'on peut désirer l'altérité radicale ? Ce n'est pas l'altérité radicale qu'on désire. On est désirant¹⁰⁹ ».

Le monde invisible serait donc la manifestation contraignante de valeurs (en accord à la conception de normes sociales de DURKHEIM et MAUSS¹¹⁰) voire tiendrait à l'imposition de contraintes qui forcent Chabib à conformer ses désirs au comportement collectif attendu.

Quelles sont les issues de la castration symbolique pour Chabib ?

L'analyse de différents moments de sa vie, nous semble montrer les deux possibles solutions de la castration, telles qu'elles ont été théorisées par la psychanalyse :

- 1) La castration devient une condition d'accès à la symbolisation et à l'inscription dans le collectif.
- 2) Le refus de la castration symbolique engendre le refoulement culturel. Les pulsions libidinales sont donc refoulées dans l'inconscient et remplacées par des manifestations du monde de l'invisible, qui devient visible à l'extérieur.

Nous revenons à un des premiers épisodes de la vie de Chabib, où il s'agit d'une rencontre avec le monde invisible. Enfant, il passe 2 ans sur le dos de sa mère.

109 ISRAEL L., 1994, *Le désir à l'œil*, Séminaire 1975-1976, Arcanes, Paris, p. 47.

110 DURKHEIM E., 1996, *Sociologie et philosophie*. Paris et Mauss M. 2010, *Sociologie et anthropologie*. Paris.

« Chabib : Je mangeais sur son dos, quand elle me faisait la couche, à peine elle me déposait « UAAA ». Elle me changeait vite la couche et après op ! ».

Un jour, la grand-mère maternelle impose à sa fille d'amener le petit Chabib dans un cimetière où il y a des tombes d'enfants, demeure d'un puissant Génie. Elle lui dit de l'*exposer* là, sur une tombe, toute la nuit. Les réactions de l'enfant, et la volonté du Génie, détermineront, en effet, s'il doit rester dans le monde des vivants ou se faire amener par les esprits dans leur monde. L'enfant est ici testé de façon traumatique, mais en même temps cadré par le rituel, dans sa *capacité à être seul* (WINNICOTT, AUDIBERT, & KALMANOVITCH, 2015) une compétence qui fera la différence entre la vie et la mort. Pour la première fois le petit ne pleure pas, en acceptant ainsi pour la première fois la séparation. Telle qu'il l'a décrite, en effet, la fusion entre le bébé et sa mère n'avait jamais été, jusqu'à ce moment, interrompue. Le Grande Autre semble être complètement absent ou démissionnaire de son rôle de séparateur, ce qui empêche la construction de l'enfant et de sa mère, en tant que sujets indépendants.

Nous remarquons aussi, qu'au cours des deux entretiens, Chabib n'a jamais cité une seule fois son père, ou autre figure masculine qui peut recouvrir ce rôle. L'univers de Chabib, nous semble peuplé que de femmes, certes très puissantes et savantes, mais aussi très souffrantes et souvent dépassées par le malheur, ou qui sont menaçantes comme la tante accusée de sorcellerie. Les hommes qui apparaissent sont malades, et font partie de sa génération (ses frères, ses amis). Du point de vue transgénérationnel un seul homme figure dans l'histoire, c'est le grand-père maternel, celui qui a divorcé de la grand-mère, et fait tomber le malheur sur toute la famille. La seule figure d'autorité paternelle dans la famille est ici défaillante de son rôle primaire : celui de la protection du foyer.

La grand-mère investie ici la *fonction du père symbolique*, celui qui ordonne et interdit, dans une double dynamique de symbolisation et d'identification : la castration symbolique. Elle représente en effet dans la rencontre avec la loi invisible. Le Génie serait, donc, le moyen à travers lequel le signifiant agit, selon le concept de la métaphore du *nom-du-père* de Lacan. L'aïeule serait donc le nom qui fait fonction de signifiant par rapport au premier signifiant, le signifiant maternel : l'autre du désir maternel est un nom. Son intervention permet que la place que le sujet vient à occuper, dans l'après-coup, soit différente de la précédente parce que c'est celle d'un sujet (signifiant) par rapport à un autre sujet (signifiant) (MILETTO, 2003).

Le rituel de l'exposition de l'enfant *met en scène la tragédie* de la séparation, permet à l'enfant de devenir sujet et de s'inscrire quelque part, au dehors de sa mère.

L'effet paradoxal du rituel, peut se résumer comme suit : s'il est vrai que le rituel de l'exposition met l'enfant face aux dangers de l'invisible, en même temps, il le protège des invisibles dangers d'une relation fusionnée avec une *mère trop bonne* malgré elle. Pour Winnicott, en effet, le trop-plein d'amour peut être aussi toxique pour l'enfant que le manque¹¹¹. Le « trop-peu » fait souffrir l'enfant de carences, mais le « trop » maintient l'enfant dans une sensation de toute-puissance et d'omnipotence ici bien représentée par l'image qui est, nous serons tentés de dire, chargée d'agressivité et d'érotisme, de l'enfant qui « chevauche sa mère » et « mange sur son dos », sans admettre d'interruption, ni de limite. Le lendemain, la coupure est réalisée et la mère peut enfin trouver son fils. Elle-même serait, ainsi, libre du joug de son enfant, car enfin elle a pu enfin *le mettre en face*, et se mettre, donc, en relation avec lui, l'autre. La castration symbolique actée par la grand-mère, en se servant du rituel et de la présence du monde invisible, a donc été acceptée. Elle devient ainsi la condition d'accès à la symbolisation et à l'inscription dans le collectif.

4.3.11.1 L'Œil-bleu comme signifiant du refoulement culturel

Le concept de refoulement culturel a été ainsi théorisé par FERMI Patrick : « parmi les mécanismes défensifs utilisés par l'appareil psychique lorsqu'il est confronté à un conflit intrapsychique, il en est un consistant à substituer aux représentations conflictuelles des représentations culturelles, c'est le refoulement culturel. Les processus en jeu sont comparables à ceux du refoulement classique mais ils en diffèrent sur un point essentiel, les représentations culturelles ne dépendent pas en propre du sujet mais de la culture à laquelle il appartient ¹¹²».

En poursuivant l'explication de notre théorie de la relation, entre la manifestation du monde invisible et la castration symbolique, nous reprenons un autre épisode qui s'est passé quand Chabib avait 8 ans.

« Chabib : la nuit je vois un œil, un œil gros. Il éclaire toute la chambre. Avant il venait dans le miroir et il était tout petit, et maintenant il vient dans le mur blanc, qu'est-ce qu'il fait ? **Il me surveille ? Comme le personnage du Coran, avec l'œil qui le surveillait dans la**

111 WINNICOTT D.W. 1956, *La préoccupation maternelle primaire*, In De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris.

112 FERMI P., *La notion de refoulement culturel*, texte en ligne sur le site de l'association Géza Róheim, consulté le 19 Mai <http://geza.roheim.pagesperso-orange.fr/html/refoulc.htm#biblio>

tombe¹¹³. Je n'avais pas peur, mais je le craignais. Et ça me fait rire, car il y a que moi qui le vois. Et le dire à quelqu'un d'autre c'est dur. Il était bleu, il éclairait toute la chambre, et **tous les soirs je me disais : « demain je vais le dire à ma mère ». Mais je ne pouvais pas le dire.** Je l'ai dit, peut-être 15 ans après. **J'étais bloqué.** Alors moi j'avais un lit qui était enfoncé, **un lit d'enfant**, et je regardais à la glace, et juste la seconde où je levais les yeux, tac il était là ! et...ça frustre. Ça frustre. Je n'avais pas peur mais étais frustré à l'intérieur de moi».

Chabib associe l'Œil, à l'hérésie, (la transgression de la Loi, la négation de la parole du père-Dieu) et à Caïn le personnage de la Bible et du Coran, qu'était surveillé par un œil, comme il l'a été narré dans le poème la Conscience, de Victor Hugo.

« Comme le soir tombait, l'homme sombre arriva

(...)

Caïn, ne dormant pas, songeait au pied des monts.

Ayant levé la tête, au fond des cieux funèbres,

Il vit un œil, tout grand ouvert dans les ténèbres,

Et qui le regardait dans l'ombre fixement.

« Je suis trop près », dit-il avec un tremblement.

Il réveilla ses fils dormants, sa femme lasse,

Et se remit à fuir sinistre dans l'espace.

(...)

Et, comme il s'asseyait, il vit dans les cieux mornes

L'œil à la même place au fond de l'horizon.

Alors il tressaillit en proie au noir frisson.

« Cachez-moi ! » cria-t-il ; et, le doigt sur la bouche,

(...)

« Vous ne voyez plus rien ? » dit Tsilla, l'enfant blond,

La fille de ses Fils, douce comme l'aurore ;

113 Il s'agit de Caïn.

Et Caïn répondit : « je vois cet œil encore ! »

(...)

Ils donnèrent aux murs l'épaisseur des montagnes ;

Sur la porte on grava : « Défense à Dieu d'entrer. »

Quand ils eurent fini de clore et de murer,

On mit l'aïeul au centre en une tour de pierre ;

Et lui restait lugubre et hagard. « Ô mon père !

L'œil a-t-il disparu ? » dit en tremblant Tsilla.

Et Caïn répondit : » Non, il est toujours là. »

Alors il dit : « je veux habiter sous la terre

Comme dans son sépulcre un homme solitaire ;

Rien ne me verra plus, je ne verrai plus rien. »

On fit donc une fosse, et Caïn dit « C'est bien ! »

Puis il descendit seul sous cette voûte sombre.

Quand il se fut assis sur sa chaise dans l'ombre

Et qu'on eut sur son front fermé le souterrain,

L'œil était dans la tombe et regardait Caïn ». ¹¹⁴(HUGO, V. 1883)

Qu'est-ce qu'il veut l'Œil de Dieu de Chabib ? Le surveiller, non pas encore le punir, et en effet Chabib dit qu'il le craint mais il ne lui fait pas peur. L'Œil se manifeste là où il y a une castration symbolique en acte de la part du Dieu-père de censurer les pulsions agressives (notamment celle parricide et fratricide) et les pulsions libidinales associés (l'envie excessive et la jalousie) et il surveille, chaque nuit que l'interdit soir respecté. Il en dérive une frustration qui, pour Lacan se caractérise toujours par une revendication d'un manque d'imaginaire, pour lequel il n'y a aucune possibilité de satisfaction.

Quel interdit ? D'abord nous relevons celle de l'auto-érotisme. La présence de l'œil nous semble une réponse à l'Hadit du Prophète Mohamed qui a interdit que l'on passe la nuit dans

¹¹⁴ HUGO, V. (1883). Légende des siècles (Vol. 2). Hachette.

la solitude pour non céder à la tentation. (Il aussi cité dans Sahih al-Djami', 6919).

L'Islam interdit d'utiliser le sexe au dehors des rapports intimes avec l'épouse ou la concubine. « Bienheureux sont certes les croyants, ceux qui sont humbles dans leur prière, qui se détournent des futilités, qui s'acquittent de la Zakât, et qui préservent leurs sexes (de tout rapport), si ce n'est qu'avec leurs épouses ou les esclaves qu'ils possèdent, car là vraiment, on ne peut les blâmer ; alors que ceux qui cherchent au-delà de ces limites sont des transgresseurs » (Sourate 23 - Versets 1 à 7)

La masturbation n'est donc pas permise et céder aux pulsions libidinales, c'est donc pour l'enfant une transgression, qu'une fois adulte Chabib inscrit sous le terme d'hérésie. Toutefois, bien que cette injonction du Sur Moi nous semble trop farouche, Chabib paraît accepter la castration symbolique. Dès lors, l'effet de cette capitulation est la culpabilité, incarnée par le personnage de Caïn. La présence, et l'interdit du fratricide, pour Szondi, permet d'évacuer la question sensible chez de nombreux croyants de la sexualité et met l'accent sur la rivalité entre frères et sur le terrible destin qui attend ce qui est le négateur de la parole et le transgresseur de la loi. Dans sa théorie du *complexe de Caïn* l'auteur affirme que c'est un concept-réseau qui relie « des représentations mentales, de désirs amoureux et hostiles, d'attitudes à l'égard des autres et de souvenirs partiellement ou totalement inconscients d'intense tonalité émotionnelle, où le sujet est mû par une double passion : être tout et avoir tout. L'image de l'homme en proie à des pulsions agressives et libidinales (Szondi, 1970) ».

Le psychisme serait donc souvent le théâtre de la bataille entre deux puissantes pulsions, Thanatos et Eros. À tel propos dans son ouvrage inachevé *Abrégé de psychanalyse*, commencé en 1937 peu avant sa mort, FREUD écrit : « Après de longues hésitations et tergiversations, nous nous sommes décidés de n'admettre l'existence que de deux pulsions fondamentales, l'Eros et la pulsion de destruction... Le but de la première est d'établir de toujours plus grandes unités et de les conserver ainsi, donc l'action de lier ; le but de l'autre pulsion au contraire est de défaire les rapports et de détruire ainsi toute chose. Nous pouvons penser de la pulsion de destruction que son but final est de ramener ce qui vit à l'état inorganique. Nous l'appelons pour cette raison pulsion de mort ¹¹⁵»

Caïn semble donc être la personnification de la culpabilité par un fratricide fantasmé, comme solution envisagée pour être le seul fils de la mère et avoir tout son amour. La culpabilité ressentie serait, donc, une intériorisation de l'injonction à la censure imposée par le Sur Moi

115 FREUD, S., BERMAN, A., & Laplanche, J. (1950). *Abrégé de psychanalyse*. Presses universitaires de France.

des pulsions libidinales qui se déplacent sur le registre des pulsions agressives.

« Chabib : il faut que je le dise » mais je ne le disais pas. Maintenant je n'en parle, parce que je suis âgé, maintenant si je le vois je ne serais pas frustré, au contraire j'irais vers lui et je lui parlerais. Je lui dirais « mais qui est tu ? Qu'est-ce que tu me veux ? » **Je ne vais pas le tuer, comme quelqu'un a tué Abel**, dans son cercueil avait un œil qui le surveillait, et je lui dirai « **moi je n'ai pas tué, je n'ai rien fait de mal, je suis gentil, j'ai le cœur sur la main, je ne fais du mal à personne** ».

Selon la théorie freudienne la sanction de la *culpabilité* sera *le substitut final de l'autosatisfaction* où l'auto-reproche, comme dans le cas de Chabib, apparaît comme le double inversé de l'auto-érotisme¹¹⁶.

Dans le présent de la narration, Chabib est plus âgé par rapport au temps marqué par la présence de l'œil, il peut dévoiler cette culpabilité et opérer une renégociation de la relation avec l'invisible, et à travers lui avec l'interdit. Dans le *présent imagé* le patient renégocie son rôle et il tente un dépassement de son blocage « maintenant je peux le dire car je suis âgé ». Dans l'espace de la narration de soi, il peut prendre la distance de l'enfant bloqué, coupé, qui est obligé à regarder et être regardé par un œil, qui lui rappelle une punition, un jugement divin, sans visage ni parole. L'adulte Chabib, nous semble ici, dénoncer la férocité de cette injonction, sans appel, comme dans le *Procès* de KAFKA « On se trouvait en quelque sorte déjà puni avant de savoir qu'on avait fait quelque chose de mal » (IV, p. 845). P).

La censure a donc efficacement accompli sa tâche, mais au prix du blocage de la parole. Pendant de nombreuses années, Chabib ne peut pas raconter ses visions à sa mère. L'incommunicabilité de la vision de l'œil, le « non-dit » et le « non – dicible » des pulsions sexuelles orientées vers la mère rendent l'interdit infiniment plus puissant car, le « non-dit » ne permet aucune communication, ni réponse, ni insubordination.

Selon le psychanalyste et sexologue Pierre Mathieu, les sentiments de culpabilité se prolongent à l'adolescence au moment où les pulsions libidinales sont au plus fort et conduisent invariablement les adolescents vers la masturbation¹¹⁷.

C'est précisément à 17 ans que l'Œil disparaît et le blocage de la parole se transforme en blocage sexuel qui durera 15 ans. Le *blocage* nous apparaît comme un mécanisme de défense

116 S. FREUD, (1975) Lettre du 19 février 1899, in *Naissance de la psychanalyse*, tr. A. Berman, Paris, PUF.

117 MATHIEU P. (2016), *Sentiments de culpabilité sexuelle*, article en ligne consulté le 19/05/2018
<http://www.pierremathieu.com/2016/06/22/sentiments-de-culpabilite-relations-sexuelles/>

pour la réduction des tensions psychiques entre les pulsions sexuelles et l'interdit de l'érotisme au dehors du mariage. Il serait donc déterminé par une injonction trop frustrante de la pulsion libidinale, par un Sur Moi qui ne laisse aucun espace, ni possibilité d'articulations entre le désir et sa réalisation.

Le refoulement culturel de ces pulsions réactualisées avec l'adolescence, la théorie de la sorcellerie. La cause indiquée par Chabib, et supportée par les nombreux guérisseurs traditionnels qui ont été consultés, serait à retrouver dans « un rituel d'attachement » réalisé par une jeune femme amoureuse de lui, à travers une ficelle avec 7 nœuds.

L'espace psychique vidé par la libido refoulée, vient d'être rempli par la pulsion de mort. Chabib nous raconte que pendant cette longue période «il pensait qu'à la mort », «il broyait du noir », il rentrait dans des boucles d'idées noires et il a fait au moins un passage à l'acte.

La situation d'impasse perdure pendant de nombreuses années, jusqu'au moment où Chabib rencontre un Imam, un vieux monsieur de 80 ans.

« Chabib. : Je voulais vraiment me suicider, d'ailleurs je l'ai fait mais ça n'a pas marché. Et je suis allé voir un Imam et je lui ai dit « voilà, ici je n'ai plus rien » et il a rigolé » et il a dit « moi non plus, mais moi j'ai 80 ans mais toi tu es encore tout jeune », il m'a dit «je vais regarder », et il a dit « ils ont enterré quelque chose dans le cimetière pour qu'ici ne marche pas. Ils m'ont attaché. Il m'a donné des choses à boire, en 2 semaines j'étais guéri. Donc j'ai repris vie à le goût...Um...goût à la vie ».

Le vieil Imam nous semble ici prendre la fonction du *père symbolique* qui arrive, enfin, à mettre de l'ordre dans le désordre laissé par une castration symbolique, tardive, trop puissante et incomplète. Il nous semble que chez Chabib, la troisième phase du Complexe d'Œdipe, selon la théorie freudienne reprise par LACAN, ne se soit pas réalisée jusqu'à l'intervention du vieil Imam.

L'Imam en disant « moi je suis vieux, cela ne marche pas pour moi, mais tu es jeune » établit des catégories générationnelles. Il positionne lui-même, et sa mère, dans une catégorie (sur laquelle il réinstalle l'interdit de l'inceste) et Chabib, et toutes les femmes qui ne sont pas sa mère, dans une autre génération-catégorie, le lieu de la possible réalisation du désir. C'est le stade de la symbolisation de la Loi, à laquelle l'enfant accède dans la mesure où il repère la place exacte du désir de la mère, dès lorsqu'un tiers vient médiatiser la relation duelle

(LACAN 1998)¹¹⁸.

L'interdit de l'inceste est, enfin, structurant et pas uniquement destructeur pour Chabib, car il entraîne, enfin, le jeu des identifications. À partir de ce moment, il peut s'autoriser à se poser comme *sujet* du désir de l'autre. Le lapsus « reprendre à la vie le goût » nous semble ici indicateur d'une satisfaction d'une pulsion qui passe tout d'abord par l'archétype de la relation orale (la relation sexuelle prégénitale chez l'enfant) qui remet en avant la relation mère-enfant. La satisfaction nous semble être vécue comme une revendication satisfaite.

Nous nous reportons à un autre passage de l'entretien, pour développer notre théorie de la présence des *djinns* comme métaphore et épiphanie¹¹⁹ des conflits œdipiens :

« Chabib : je fais de la guérison, mais j'ai guéri que ma mère, je ne guéris pas les autres. Ma mère quand elle est malade, elle vient me voir, elle dit : « mon fils, je suis malade ». Et moi, qu'est-ce que je fais ? Je prends la chaussure droite et je la frappe sur tout le corps et je lui dis une phrase. La phrase je vais te la dire c'est : « j'ai vu la pire des choses...un frère épousant sa sœur ». Je le dis à ma mère. Le lendemain : « allô, maman. Tu vas mieux ? » « Oui mon fils, ça va, ça y est, c'est passé ».

Ce rituel nous semble avoir deux aspects fondamentaux. Le premier aspect est de toute évidence de soulager la mère de la souffrance liée au monde invisible. Quant au deuxième aspect, nous faisons l'hypothèse que c'est une mise en scène, à travers le rituel, de la relation incestueuse, du point de vue de la vie psychique du sujet ; tantôt attribué au désir de la mère, qui l'appelle pour se faire soigner (et frapper pour guérir) avec une déclaration finale de satisfaction pour l'acte, tantôt au désir sexuel entre un frère et une sœur. Dans son travail le *Cortège conceptuel*, RACAMIER Paul-Claude définit l'inceste comme suit : « (Il) connote l'un des fantasmes inconscients du complexe d'Œdipe, ainsi que le tabou dressé contre l'acte incestueux. Mais sous sa forme directe et plus souvent sous forme d'équivalent, désigne le modèle d'une relation envahie et parasitée par l'ombre de l'inceste, en prise directe avec la séduction narcissique. C'est en ce sens que l'inceste constitue le contraire absolu de l'œdipe. Il faut préciser :

- 1) que l'équivalent d'inceste dérive d'un déplacement non symbolisé et non représenté ;
- 2) que l'ombre de l'inceste est de règle en régime psychotique ;

118 Jacques, LACAN. (1998). Le Séminaire, Livre V, Les formations de l'inconscient (1957-1958). Jacques-Alain Miller (éd.). Paris : Éditions du Seuil.

119 Du grec ancien ἐπιφάνεια, epiphaneia, « manifestation, apparition soudaine ».

3) que cette ombre peut s'étendre à des familles entières. ¹²⁰»

Ici le désir, le rejet, la pulsion libidinale et celle agressive, sont évoqués et joués dans l'espace protégé du rituel. L'inceste est ici sous l'effet du déplacement afin de se défouler : l'affect associé à la représentation mentale dangereuse de la relation sexuelle avec la mère, se détache de celle-ci pour se déplacer sur une autre représentation (celle du frère et de la sœur) moins dangereuse.

À travers sa mise en scène, les pulsions incestueuses perdent un peu de leur charge au bénéfice de Chabib et apparemment aussi de sa mère. Le cadre du rituel est, toutefois, en lui-même ambiguement transgressif. Le malade devient guérisseur, mais sans avoir eu la *nomination*, à travers l'initiation, par la Loi, l'autorité, le père symbolique. L'initiation inachevée nous apparaît comme un refus de la castration symbolique. L'initiation représente une protection contre la souffrance par les djinns, mais au même temps elle signifie, pour l'initié, l'acquisition d'un nouveau statut, celui de guérisseur. L'initiation signifie un choix d'inscription dans le temps (cela implique de passer plus de temps au Maroc) et tout choix implique, ou autrement dit, est conséquent à une castration, dans le sens de renoncer à d'autres possibilités. Ce statut, comme il l'explique, permet à la personne de guérir mais aussi à s'exposer à prendre sur soi le mal des autres et à être l'objet de nombreuses attaques de la sorcellerie et des *djinns*.

Le fils est donc nommé guérisseur de sa mère, par sa mère elle-même. Elle est, en effet, celle qui lui apprend comment faire le rituel de la chaussure. Comme tout rituel cela est à la fois représentatif d'une situation donnée, voire ambiguë, et à la fois performatif ; il acte une réalité sous jacente et il réalise des actes pour sa transformation. Ici il s'agit d'une relation mère-enfant enfermée dans une boucle, où il n'y a pas de sujet médiateur ou, s'il est présent, il s'agit d'un être invisible qui doit être expulsé.

La souffrance nous semble, ici, fondatrice du lien. Une relation dominée par des pulsions érotico-agressives, (j'étais son préféré car je la faisais souffrir), ce qui est mis en acte dans le rituel de frapper la mère.

La problématique de non-différenciation mère-enfant qui a traversé les 2 premières années de vie de Chabib, avant l'intervention rituelle de la grand-mère, est ici réévoquée.

120 RACAMIER Paul-Claude, « L'incestuel », in *Vocabulaire de psychanalyse groupale et familiale, tome I*, CPGF, Paris, 1998, p. 147.

4.3.11.2 Les mains invisibles et le retour du refoulé

Comme il est indiqué par FREUD le refoulement des pulsions laisse toujours derrière lui des symptômes et des formations de substitut (« Le Refoulement », in *Métapsychologie*, 1915).

« Les éléments refoulés demeurent toujours présents dans l'inconscient ; ils sont indestructibles. Ils essaient de réapparaître au grand jour et, pour cela, sont obligés de se présenter déformés, pour ne pas être reconnus (puisque leur forme originelle est insoutenable aux yeux du Moi) »¹²¹

Ces quatre dernières années, le monde invisible est revenu hanter les nuits de Chabib. Il apparaît maintenant comme des démons, des ombres, et des mains invisibles qui lui touchent les organes sexuels. Il nous raconte cela, en accompagnant le récit par des manifestations de répugnance et de peur. Lui-même affirme que ces nouvelles manifestations du monde de l'invisible, lui font beaucoup plus peur (par rapport à l'œil ou les djinns qu'il a auparavant rencontrés) car elles bougent et le touchent.

Chabib nous semble avoir utilisé plusieurs mécanismes de défense face à ses pulsions sexuelles, interdites, pendant tout sa vie¹²² ; et, cycliquement, elles reviennent, tantôt sous forme de symptômes, tantôt sous forme des *êtres*. Le sujet pour pouvoir continuer respecter l'interdiction de l'inceste, expulse les pulsions libidinales à l'extérieur de lui-même, elles reviendront de l'extérieur sous l'apparence des mains. Du regard au touché, de l'intérieur à l'extérieur, ces pulsions auto-érotiques, projetées à l'extérieur, nous semblent revenir sous une forme culturellement, et psychiquement, plus acceptée comme étant des actes érotiques subis.

Le psychologue formé à l'ethnopsychiatrie, qui a suivi Chabib, nous raconte que vers la fin de la thérapie il lui a fait la prescription d'aller au Musée d'Orsay pour regarder le tableau *L'origine du Monde*. À l'âge adulte lui-même est invité, par l'acte thérapeutique à devenir l'œil qui regarde un sexe féminin, un œil public, un regard qu'il a partagé avec des centaines de personnes. Cet acte, à notre avis, à la fonction de faire sortir le sujet de la solitude de la culpabilité, et de le remettre dans une dynamique collective, culturellement accepté. Le tableau peut être considéré comme un exemple efficace de sublimation à travers l'art, avec une reconnaissance de la part de la société, des pulsions libidinales.

121 Universalis, E. (2015). *Refoulé retour de l'écrit* par Pierre-Paul LACAS, Encyclopaedia Universalis.

122 La question de la protection, des objets ou des rituels de protection a été plusieurs fois évoquée par Chabib tout au long de deux entretiens.

4.4 - Danielle

4.4.1 Une fatigue ancestrale et spirituelle

Nous avons rencontré Danielle dans la Consultation transculturelle du CMP du 18^{me} de Paris, et nous l'avons suivie en qualité de co-thérapeute pendant 2 ans en raison d'une séance toutes les cinq semaines environ. Nous avons réalisé les entretiens avec Madame, 1 an après avoir quitté le poste dans le groupe thérapeutique.

Nous demandons à Danielle de faire partie de notre recherche car la possession par les esprits s'est tout de suite imposée comme une hypothèse dans les discussions de *debriefing* parmi les co-thérapeutes du groupe.

Au cours des séances elle-même a pu parler de moments fréquents où elle n'est plus patronne de son corps, ni de sa parole, ni de ses actions. Elle devient alors un réceptacle des esprits qui, pour Madame, agissent selon la volonté de Dieu et qui, sans aucun préavis, peuvent l'amener du jour au lendemain à rentrer en Côte d'Ivoire, son pays d'origine, pour accomplir des missions dont elle ignore le but, jusqu'à leur réalisation.

Ces moments sont parfois suivis par des amnésies, notamment quand les entités parlent à travers elle, pour donner des divinations à ses interlocuteurs.

Madame se plaint en effet d'une « grande fatigue ancestrale et spirituelle »¹²³. Les discours de Danielle sont surchargés d'éléments culturels, religieux et spirituels, qui semblent mal contenus par les rares étiologies traditionnelles syncrétiques, extrêmement déchiquetées, qui sont évoquées par Madame. La question migratoire, ses processus et ses dynamiques semblent centraux dans son vécu et dans l'articulation de ses relations avec les autres, notamment la famille, et les hommes, ici et au Pays. La psychologue, formée à l'ethnopsychiatrie, qui suit Danielle depuis un an, accompagne Madame dans la consultation, en estimant que le groupe est un lieu plus adapté (par rapport aux séances individuelles) pour aborder ces thématiques. Le groupe, selon la psychologue, peut en effet faire fonction d'enveloppe et aider Madame à contenir, ordonner et donner du sens à ces différents éléments, qui l'envahissent et la fatiguent en déchargeant, au passage, les séances individuelles de psychothérapie. Dans la relation *duelle* ces éléments culturels peuvent agir comme un barrage qui rend difficile l'accès, pour la thérapeute, à l'ensemble du fonctionnement psychique de la patiente, tant dans son vécu subjectif que dans ses relations avec son entourage.

123 La définition est celle donnée par Danielle à la psychologue et à la secrétaire responsable de l'accueil dans le groupe transculturel.

Nous avons réalisé avec Danielle deux entretiens de recherche et nous avons, également, interviewé le psychiatre qui a le rôle de thérapeute principal dans la consultation transculturelle.

Les interviews ont été réalisées en français, au domicile de Madame, sur notre suggestion. Danielle a accepté tout de suite notre proposition. Elle nous semble heureuse de pouvoir nous rencontrer et parler du monde invisible, de son expérience et des thèmes liés à la spiritualité, en dehors du contexte sanitaire. Nous lui avons proposé de sortir des locaux du CMP car tout d'abord cela correspond à la *praxis* de notre recherche de mettre le sujet à la place d'informateur, et non pas de patient. De plus, elle-même a plusieurs fois revendiqué le fait de ne pas se sentir malade et de ne pas vouloir être traitée comme telle.

Deuxièmement ce choix allait dans le respect du discours de Madame autour de ses expériences avec les esprits. Dans son cas, si nous voulions rentrer, et comprendre son discours, nous devons accueillir la dimension de la singularité ontologique amenée par celle-ci (comme Madame le dit de « ce que je suis »), en laissant la perspective pathologique pour un deuxième temps de l'analyse ; notamment la réflexion autour de la fonction des esprits dans le vécu et dans le psychisme du sujet.

Danielle nomme ce qu'elle a « les esprits ». Elle ne considère pas leur présence comme mauvaise ni dangereuse pour elle, au contraire, ils sont la démonstration de sa singularité, la manifestation de son don, qui, parfois est ressenti comme un fardeau très lourd à porter et fatigant. Son unicité, lui a toujours donné beaucoup de souffrances notamment au niveau de relations interpersonnelles. Nous avons donc été attentifs à faire une distinction entre la souffrance et la maladie, dans le discours de Danielle : les rencontres avec les esprits amènent des souffrances (ou comparables par équivalence symbolique aux souffrances des personnages bibliques élus par Dieu) mais ne sont pas une maladie.

Nous avons estimé important de comprendre son expérience, en suivant la logique d'une singularité ontologique, comme nous l'a suggéré Madame, plutôt que de la ramener avec nos questions sur un plan pathologique. Nous avons donc adapté le questionnaire MINI, le lieu et la relation selon cette perspective.

Nous avons eu accès à l'étude de son dossier, composé par la fiche d'accueil, aussi à des notes des séances de consultations transculturelles et des notes des discussions post-séances, du début de la prise en charge jusqu'au moment de l'entretien.

4.4.2 Données socio-démographiques et contexte familial

Danielle est une femme ivoirienne, d'ethnie *Gouro*, au moment de notre rencontre, elle a 53 ans, elle est célibataire avec 3 fils, deux garçons de 23 et 19 ans et une fille de 11 ans, nés de 3 pères différents avec lesquels elle ne s'est pas mariée. Elle a eu des activités commerciales : une petite boutique d'objets et produits africains, et elle a également tenu un restaurant de cuisine ivoirienne. Les deux commerces ont fait faillite, à cause des moments d'absence de Madame qui l'amenaient à faire des actions économiquement contre-productives pour elle, telles que donner à manger gratuitement, laisser gérer ses affaires par des personnes qui la dérobent ou qui ne payent pas le loyer, ou laisser à tout moment son commerce pour partir prier, poussée par les esprits qui l'habitent. Danielle dit avoir compris que les personnes qui ont un don (ou les esprits comme elle) doivent être au service de Dieu, et elles ne peuvent pas faire du commerce.

Actuellement elle est au chômage et ne peut plus travailler à cause de la grande fatigue qu'elle ressent.

Dans la fratrie elle a pris la place de l'aînée après la mort du grand-frère décédé jeune. Après elle il y a 5 filles et 5 garçons de la même mère et du même père, plus d'autres enfants du même père. Danielle a une relation extrêmement conflictuelle avec sa sœur laquelle. Leur nomination reflète une logique de type dichotomique :

« Un garçon, une fille, moi, une autre fille. Les prénoms qui nous ont été donnés sont des prénoms qui se complètent : je suis positif et elle est le négatif ¹²⁴».

Le père, qui porte un prénom français, a inscrit tous les fils dans une école française et il leur a donné une éducation chrétienne, en contraste avec la tradition de la famille. « Il a fait le contraire de ses parents ¹²⁵». Les deux familles, maternelle et paternelle, sont en éternel conflit car des deux côtés ils sont des chefs de deux villages proches. Le père de Danielle, le fils cadet d'un chef tribu est devenu militaire dans l'armée française, la mère était commerçante et elle voyageait beaucoup pour son travail. Dans son enfance Danielle a connu de nombreux foyers différents, tantôt chez des tuteurs pour des périodes entre 6 mois et un an, et tantôt chez ses grands-parents, maternels et paternels, qui se sont occupés de son éducation. En décrivant son enfance, elle se dit délaissée, négligée, par ses parents, car elle était tout le temps malade et ils pensaient qu'elle n'allait pas survivre « on m'a toujours dit que je ne tiendrais pas jusqu'à 20

124Extrait des notes d'une consultation transculturelle.

125Ibid.

ans ¹²⁶», et maltraitée par ses différents tuteurs.

Elle est arrivée en France à l'âge de 19 ans, par la volonté de ses parents. Sa petite sœur était déjà en France pour ses études, mais elle ne donnait pas de ses nouvelles. Les parents, inquiets pour leur fille, envoient Danielle à Paris pour aller la chercher. À son arrivée, les deux sœurs ont une altercation, la famille ordonne à Danielle de rester en France, de donner son billet de retour et son passeport à sa sœur, pour la faire rentrer au Pays, et de prendre sa place dans le foyer où elle est accueillie.

4.4.3 Les signes de souffrance et les actions des esprits

Madame a une épaule presque paralysée. Elle raconte que bébé, elle a été attaquée par quelqu'un qui savait qu'elle allait devenir quelqu'un de spécial, qui l'a soulevée et jetée dans un trou.

À partir de l'âge de 8 ans, Danielle a commencé à voir des choses invisibles aux autres, des visions, des présences, dont elle n'a pas pu parler à personne, jusqu'à son arrivée en France, car elle craignait d'être punie par les parents. Ces manifestations de l'invisible étaient tout le temps liées à des tremblements, et à la sensation de froid intense. Son corps était constamment secoué par des violents tremblements et elle était tout le temps malade.

Depuis son enfance elle a des pensées noires, elle pense souvent à « quitter la Terre car ma vie est trop lourde pour moi » car elle se sent incomprise et mise à l'écart par tout le monde, à cause de sa singularité.

À l'âge de onze ans elle fait une première tentative de suicide, elle avale des comprimés : elle dit qu'elle n'arrivait pas à sentir son corps.

Au cours de sa vie, elle a des moments où elle désire mourir, et dans ces moments, elle entend une voix qui lui ordonne de se jeter par la fenêtre. Elle arrive à résister car une autre voix lui dit de ne pas le faire.

Elle se plaint actuellement de problèmes de sommeil car les esprits s'introduisent en elle quand ils le veulent et l'empêchent de dormir. Quand ils repartent, notamment après avoir partagé des divinations, elle dit ressentir une extrême fatigue. Le sommeil et la fatigue sont les raisons pour lesquelles elle a fait la demande d'un traitement.

« Danielle : pour dormir bien. Parce que la nuit, quand les esprits sont là. La nuit. Je suis

126 Extrait des notes d'une consultation transculturelle.

éveillée, j'ai des cernes, je ne suis pas bien, et puis c'est fatigant ¹²⁷».

Les esprits ont un grand impact sur sa vie et ils influencent, notamment, ses choix du travail, ses relations sentimentales et, en général, sa relation avec les autres et leurs réactions à son égard.

Toute sa vie est ponctuée par de nombreux et fréquents épisodes où soudainement elle perd le contrôle d'elle-même et de ses actions. Comme elle l'explique, « son corps est dirigé par les esprits » qui l'amènent à :

1. Acheter un billet d'avion pour rentrer au Pays « sans savoir quelle force l'a poussée à partir¹²⁸». La raison de sa visite se dévoile que par la suite, et il peut s'agir :

- de trouver la cause de la terrible maladie qui afflige sa tante, et de la guérir, grâce à la voix des esprits.

- se présenter et faire une campagne pour les élections politiques dans le district de son village

2. Parler aux gens et leur faire des prédictions sur l'avenir, qui se révèlent, par la suite, exactes.

« Danielle : Moi-même, j'ai peur de moi-même, de ma réaction, parce que, je fais des trucs... que cela me prend comme ça. Je parle à vous, sans le savoir, et après vous allez venir et me dire : Danielle vous m'avez dit ça et ça. (...) Mais moi je ne me rappelle de rien (...) moi ça me dérange, de faire ça. J'ai peur de moi-même. Ce n'est pas moi, mais c'est moi même, mon corps ».

Elle dit qu'une présence dans sa tête « lui fait des manipulations ».

Les esprits peuvent se manifester comme des voix :

- qui ordonnent d'acheter des livres sacrés, de prier et d'aller à l'église à tout moment
- qui préviennent de ce qui va lui arriver et notamment la mettent en garde contre les dangers
- qui défendent en cas d'agression et de maltraitances, jusqu'à aller punir avec la mort son agresseur qui avait essayé de la violer ou le tuteur qui l'avait maltraitée
- qui lui empêchent de prendre certains remèdes traditionnels, comme par exemple les

127 Danielle, un extrait du 1er entretien.

128 Ibid.

plantes données par une herboriste malienne

- qui interfèrent avec son activité commerciale en lui faisant faire des actions qui nuisent à son activité
- qui l'obligent à parler sans cesse, que de Dieu, à tout le monde
- qui la poussent à se voiler la tête pendant le mois de Ramadan
- qui lui révèlent des informations à travers des visions
- qui guérissent à travers elle
- qui lui disent de se méfier de sa sœur car elle est habitée par des mauvais esprits

Elle entend aussi la voix de Dieu qui lui parle avec une voix d'homme « *Moi j'ai entendu les voix dans le ciel. Il a dit : je suis Dieu*¹²⁹ ».

Depuis quelques semaines, presque tous les jours, à 18h00, elle sent une présence qui rentre à l'intérieur d'elle-même et qui monte et descend, lui donne des frissons.

Les esprits s'interposent aussi dans ses relations sentimentales. Madame dit qu'elle n'arrive pas à avoir une relation stable avec les hommes, car tous partent à cause des présences et de son don.

« Ça fait que des fois même, les gens me fuient. Et quand j'ai un copain ou bien un mari, quand il voit cette puissance en moi, il me fuit ¹³⁰ »

Ils partent en lui disant qu'ils craignent pour leur vie, ou qu'elle est une sorcière, ou encore que ses esprits neutralisent leur propres pouvoirs (et fétiches), ou que l'esprit serpent de Madame risque d'avaler son serpent protecteur.

Le parcours thérapeutique de Danielle est jalonné de nombreuses figures thérapeutiques :

- **Grand-mère guérisseuse du village et sage-femme.** C'est elle qui la soigne pendant toute son enfance en lui donnant des plantes à boire, et avec lesquelles se laver.

- **Médecin généraliste :** pour avoir des traitements contre la douleur dans les jambes, suite à un récent accident de voiture en Côte d'Ivoire.

129 Danielle, un extrait du 1er entretien.

130 Ibid.

- **Herboriste traditionnelle** malienne en France. Elle lui a demandé des plantes pour perdre du ventre, car elle a grossi à cause du traitement psychiatrique.

- **Centre Médico-Psychologique.** Elle s'adresse au CMP parce qu'elle était trop envahie dans son quotidien par les présences, et pour trouver une réponse à la question des présences visibles pour elle et invisibles aux autres :

« Danielle : oui, parce que ça fait que...je me suis dit que si je vais là-bas, ils peuvent me comprendre alors que naturellement les gens ne voient pas ce que je vois.

Elle adapte sa demande en fonction des différentes figures thérapeutiques. En effet, elle s'adresse au :

- Psychiatre pour avoir un traitement pour ses problèmes de sommeil. Madame dit que les médicaments pour dormir arrivent parfois à l'apaiser, néanmoins ils n'empêchent pas aux présences de se manifester quand elles le souhaitent. Elle se plaint que les médicaments la font grossir.
- Psychologue, formée à la clinique transculturelle, pour trouver une réponse à la question « est-ce que je suis normale ? Ou est-ce que je suis folle ? ». Danielle dit que pour elle, elle n'est pas malade, mais que les gens dans son entourage disent qu'elle est folle, car elle a été mise « sous curatelle par les blancs »
- Et avoir une aide pour comprendre les « choses qui l'encombrent depuis son enfance » et dont elle n'a pas pu parler
- Consultation transculturelle, pour être écoutée, comprise, et aidée à trouver un moyen pour gérer sa singularité.

« Danielle : Il faut que je cherche à comprendre où je dois m'appuyer pour que je puisse respirer et être sereine dans ce que je fais. Parfois je pleure toute seule et puis je dérange beaucoup. Toute vérité n'est pas bonne à dire. Parfois ça dérange, ça me fatigue et je ne suis pas très bien »

Elle évoque souvent la question d'être stigmatisée par les gens et traitée comme une folle. Dans plusieurs passages de l'interview, elle peut aussi évoquer une sorte de conflit de loyauté entre l'église et le CMP, qu'elle fait exprimer par les autres personnes de son entourage :

« Danielle : Les gens m'ont dit : « Danielle si tu vas chez le psychiatre, le psychologue, ils

vont te faire du mal et tout ça, ils vont t'empoisonner ta vie tout ça, tu vas encore devenir plus dégradée dans ta vie. Ne faut pas aller là-bas, non Danielle ne faut pas aller. C'est l'Église et Dieu qui se manifestent en toi, pourquoi tu vas voir le psychiatre, le psychologue, ne faut même pas parler Danielle. Si tu parles de ce que tu vois, ils vont te faire du mal. ¹³¹»

Les mêmes paroles sont dites par les prêtres, en Côte d'Ivoire et en France, auxquels elle s'adressait « pour lui dire ce que je vois et ce que je ressens ». Toutefois, elle a arrêté de prendre rendez-vous avec l'Église, depuis qu'ils lui auraient dit d'arrêter de voir la psychologue :

« Non au lieu d'aller voir le psychologue, c'est nous que vous devez parler avec nous. » Et moi je dis : « Je préfère d'abord essayer avec le psychologue et tout ça. » Et après l'église, de temps en temps, j'allais prendre rendez-vous avec le prêtre mais je préférais rester en priorité avec le psychologue ¹³²».

131 Danielle, un extrait du 2ème entretien

132 Ibid.

4.4.4 Grille Membres de la famille/entourage avec des expériences similaires

Sujet	Similarité	Différence
Amie herboriste	Elle dit voir des esprits.	Madame considère que ses esprits sont mauvais, contrairement aux siens.
Grand-mère guérisseuse	Dans la famille ils disent qu'elle a hérité du don de guérir par la grand-mère	L'aïeule avait acquis des techniques, elle soignait avec les plantes et elle était aussi sage-femme. Madame n'a pas été initiée ni formée par quelqu'un d'autre. Elle pose les mains sur le malade et les esprits agissent à travers d'elle.
Fille	<ul style="list-style-type: none"> - À partir de 3 ans, elle voyait des personnes invisibles à sa mère. Elle lui disait : « Maman va faire tes courses tu me laisses. Ne t'inquiète pas, je suis avec des gens que tu ne vois pas. » - Elle a un destin similaire par rapport aux relations avec les autres. Elle peut être beaucoup aimée par certains ou être détestée et persécutée jusqu'à être agressée physiquement par d'autres copains. 	

4.4.5 Agents du monde de l'invisible

Madame utilise toujours les termes « les esprits », « les esprits des religieux » (car ils lui demandent souvent de faire des actes liés à la religion, tel que prier, diffuser la parole de Dieu, aller à l'église) « les présences de l'invisible », « la voix de Dieu », pour indiquer les êtres qui pénètrent à l'intérieur de son corps. Ils sont qualifiés comme positifs, bienveillants. Ils sont associés à son « don », à sa « mission sur Terre », et ils représentent le signe d'une élection de la part de Dieu.

D'autres êtres, évoqués par Danielle, sont « les serpents », décrits comme une sorte d'animal totémique qui symbolise le lien entre l'individu et son groupe.

Elle utilise le terme « attaques spirituelles » pour indiquer des actions nuisibles perpétrées par les sorciers.

Le « serpent lumineux », est, d'autres fois, décrit comme une grande dorade composée d'écailles lumineuses. Il est considéré par Madame comme un animal du Paradis et, en même temps il est le signe de sa propre singularité, car il y a eu très peu d'humains qui ont pu le voir.

Le noyau de la souffrance de Danielle semble être localisé dans ses relations avec les autres, les humains. Sa souffrance, ses idées noires, ses tentatives de suicide, sa grande tristesse, ne sont pas liées aux esprits, bien au contraire, elles semblent être causées par les réactions d'autres personnes :

« Danielle : Et ce que je vois, les gens ne me comprennent pas, donc ça me touche beaucoup, je n'ai plus envie de rester dans ce monde, parce que les gens ne comprennent pas. C'est dur. »

« Chercheurs : vous avez des pensées noires ? »

Danielle : des fois cela m'arrive. Je veux quitter, parce que les gens ne me comprennent pas ».

Les personnes avec qui Danielle a des relations, soit la famille, soit son entourage proche, peuvent être réparties dans deux catégories :

- *les persécuteurs* : qui manifestent un amour intéressé pour son don et ses divinations. Il s'agit d'amis qui la cherchent sans cesse, et qui lui demandent des explications quand elle est absente (la copine herboriste, les voisins. La sœur qui « veut sa tête », les familiers qui ne veulent pas la faire rentrer en France, car ils veulent profiter de son pouvoir. Dans cette catégorie de personnes nous retrouvons l'envie, la jalousie, et la pulsion destructrice.

- *les abandonniques* : ses parents qui l'ont toujours mise à l'écart et qui l'ont obligée à rester en France, tout son entourage quand elle était petite qui la négligeait car selon eux elle allait mourir tôt. Tous les hommes avec qui elle a eu des relations sentimentales la quittent car ils craignent pour leur vie et sécurité personnelle. Tous ceux qui lui ont donné le sentiment de ne pas être aimée, d'être abandonnée, ou rejetée par les autres : « Danielle : je dérange tout le monde. Il y a très peu de personnes qui peuvent me supporter ».

À notre avis, Danielle a une relation ininterrompue et nuancée avec les esprits : ils sont tyranniques mais, en même temps, ils la protègent, parfois comme des amants jaloux et possessifs, ils la défendent des dangers de mort, jusqu'à aller tuer ceux qui ont osé lui faire du mal. Ils nous semblent être le lien entre le passé et le présent, la Côte d'Ivoire et la France.

Les esprits nous semblent ici être le moyen à travers lequel Danielle essaie d'opérer un passage d'une condition «de double absence (Sayad & Bourdieu, 2014) » à celle de « double présence », des esprits et de sa subjectivité, en France et au pays d'origine.

Nous retrouvons, dans le récit de Danielle, les contradictions de tout ordres bien décrits par Sayad, dans son ouvrage sur la migration algérienne. Elle est, en effet, absente, voire abandonnée par sa famille, qui lui a donné mandat de s'exiler (« Danielle ils m'ont dit de donner à ma sœur mon passeport et mon billet de retour et de prendre sa place¹³³» en France) et de dissimuler les souffrances liées à l'émigration. Elle souffre de ne pas être connue, ni reconnue dans son village et elle est frappée d'une sorte de culpabilité inexpiable (Chercheur : Vous n'avez jamais dit à votre famille que vous étiez un peu maltraitée ou que vous n'étiez pas bien chez eux ? Danielle : Non. Je ne dis rien, parce qu'ils m'ont mis là-bas. Je dois prendre tout en moi). En même temps elle est tout aussi absente en France, du fait de l'exclusion dont elle est victime dans le pays d'arrivée. La procédure judiciaire de la curatelle (qui a été mise en acte avec l'objectif de protéger Danielle, ainsi que ses enfants, des conduites à risque qu'elle peut avoir pendant ses moments « d'absence », où *elle est agi* par les esprits) ne fait qu'exacerber sa solitude et son exclusion, même parmi la communauté de migrants qui commencent à la traiter comme une folle. « Danielle : Depuis qu'on m'a mise sous curatelle, j'ai des copines qui disent : « Oh elle est folle, on l'a mise sous curatelle ! Elle est folle, les blancs l'ont mise sous curatelle ! Ne l'écoutez pas¹³⁴» (Sayad & Bourdieu, 2014).

Les esprits ont, en effet, commencé se manifester au moment où elle se sentait mise à l'écart par toute la famille. Il est emblématique qu'une des premières rencontres de Danielle avec le

133 Danielle, un extrait du 1er entretien.

134 Ibid.

monde des esprits correspond à un moment emblématique où elle avait été mise à l'écart par ses cousines qui l'ont laissée toute seule pour aller jouer dans l'eau.

« Danielle : A partir, de 8 ans on me met à côté, on m'amène chez ma cousine. Elles sont allées nager, moi j'étais assise à côté d'un petit arbre, après je vois de l'eau qui jaillit. De l'eau limpide, j'ai l'impression qu'elle joue avec moi. Quand mes cousines ont terminé de nager, elles m'ont rejoint et l'eau avait disparue. Et ça m'a choquée aussi. Mais pourquoi l'eau est partie ? »

Nous faisons l'hypothèse que chez Danielle « l'expérience de la migration, de par la rupture de *l'enveloppe culturelle* qu'elle occasionne nécessairement, est en soi susceptible d'entraîner une fragilisation des personnes particulièrement dans leur rencontre avec les institutions du pays d'accueil, source de nombreux malentendus »¹³⁵. Une fragilisation, donc, qui fait écho à un Moi déjà fragile.

Nous estimons retrouver chez Danielle certaines des caractéristiques principales des défaillances du narcissisme :

- **Le sentiment de toute-puissance.** Elle se décrit soi-même souvent en termes d'élection, on pourrait dire, divine comme dans la Bible. Elle rapporte, en effet, un passage dans lequel un oncle l'appelle « Israël » et lui dit que partout elle sera, ça serait « la Terre promise ». Elle entend la voix de Dieu qui lui offre son aide et ses visions lui montrent le Paradis. Sa propre naissance aurait été annoncée par une prophétie : une lumière allait naître dans le village et que si quelqu'un avait essayé d'éteindre cette lumière, il serait maudit pour 7 générations. »

Enfin, partout où elle va, elle raconte que, sur son passage, tous les esprits mauvais fuient, et les fétiches sont détruits par les pouvoirs de ses esprits. Tout cela peut masquer, à notre avis, une grande fragilité narcissique, un manque de confiance en soi qu'elle peut, enfin, exprimer au cours des consultations (et des entretiens) en cherchant des réponses à la question de sa folie. Elle a des doutes sur ses compétences, sur ses capacités à être aimé.

« Danielle : Partout où je passais c'était pour neutraliser les fétiches, parce que j'ai des ondes (qui détruisent) ces esprits-là. Mes esprits n'aiment pas les fétiches. Car si je touche les fétiches de quelqu'un ça devient négatif. Donc partout je tournais dans les

135 NATHAN Tobie, cité par GRANDSARD Catherine en *Enveloppe culturelle et attachement social* paru dans *Santé mentale* N° 135 – Février 2009, pp. 46-49.

villages là, ça détruisait leurs fétiches, donc je suis allée faire ça et ils ont dit : « mais on ne la connaît même pas » et maintenant, après ce j'ai fait, tout le monde me connaît. Et ils me téléphonent ici. Ils me connaissent maintenant. C'est comme ça ».

- **La dépression.** Danielle raconte plusieurs épisodes d'abandon, de rejet, de négligence. Les liens avec les parents semblent défailants. Son enfance est caractérisée par des fréquents déplacements, parfois chez des tuteurs maltraitants, la migration en soi-même est décrite comme un abandon de la part de la famille, un abandon qui est réactivé à chaque rencontre avec des hommes qui finiront tous par la quitter. Elle-même réitère cet abandon avec sa fille, pour laquelle elle demande un placement au foyer. Les moments de grande excitation, où elle est possédée par les esprits, sont suivis par des phases où elle broie des idées noires, elle s'isole, elle est vidée de tout désir et force, de tout investissement, et elle rentre dans un vécu dépressif, contraire aux vécus d'exaltation.
- **La désorganisation psychique.** Obnubilé par les esprits, et peut-être par le souci de plaire, elle montre une apparence d'affects, de comportements déplacés mais destinée à se faire aimer. La curatelle, une intervention forte venue de l'extérieur est vécue comme extrêmement angoissante, au point que Danielle demande au juge de l'obliger à consulter un psychologue, pour lui dire si elle est folle. Cette angoisse peut avoir comme finalité de protéger le Moi de ce qu'il ressent comme une difficulté à se sentir exister ; ce qui serait la raison donnée par Danielle à une de ses tentatives de suicide. Elle exprime souvent des craintes d'être persécutée, attaquée, détestée et mise à l'écart, cela nous semble montrer un Moi faible, en danger, mal structuré.

Les esprits nous semblent ici, avoir le rôle d'opérer une réparation narcissique par la présence forte de l'autre. La relation avec le monde invisible nous semble donc satisfaire plusieurs besoins fondamentaux.

- **Le besoin d'être « doublement présente » en France et en Côte d'Ivoire.** Le plus souvent, en effet, les esprits la conduisent à son village. Les actions des esprits ont comme but de la faire connaître, et reconnaître, par tout le monde.

« Danielle : Ça peut me prendre comme ça ! Je peux prendre un billet, je ne sais pas pourquoi, mais les esprits vont me trouver tout de suite quelque chose. Quand j'arrive là-bas, ils vont me faire faire des choses, que moi-même j'ignore, c'est plus fort que moi ».

Grâce aux esprits elle peut s'approprier le territoire sur un plan symbolique. Elle se sert des esprits pour le coloniser spirituellement, le marquer symboliquement, laisser une trace derrière elle qui persiste, même si elle doit rentrer en France. Elle transforme radicalement le lieu, à travers ses actes miraculeux. Et elle laisse, enfin, son neveu à sa place dans les élections, comme s'il était une émanation d'elle-même.

- **Le besoin d'être aimée et de reconnaissance dans la famille.** Elle rentre pour soigner sa tante d'une grave maladie mortelle causée par un acte de sorcellerie. Une autre fois, elle est poussée par les esprits à rentrer et elle se retrouve au chevet de son oncle mourant en train de lui dire des discours, dont elle-même ignore le contenu, mais qui ont comme effet de l'apaiser et de le relier avec ses ancêtres.
- **Le besoin de donner un sens à son vécu singulier et de s'inscrire dans l'histoire familiale.** La présence des esprits indique qu'elle a le même don que sa grand-mère qui était une guérisseuse très respectée dans son village. Elle peut, ainsi, inscrire son unicité, dans une continuité, une transmission. Son unicité semble être, en effet, la clé de lecture dont Madame se sert pour organiser et donner un sens à son histoire migratoire, qui est sous le signe du non-dit, de la tromperie, du rejet, de la substitution par sa sœur.
- **Le besoin de reconnaissance sociale.** Les esprits la poussent à rentrer en Côte d'Ivoire pour se présenter aux élections pour devenir maire de son village. Ici, le désir de s'inscrire dans son territoire d'origine est accompagné par une angoisse de mort. Au moment de son inscription dans le registre des candidats aux élections, elle demande au Président de la protéger car au moment de tourner dans les différents districts elle serait également exposée à des dangers.
- **Le besoin de protection par l'autorité paternelle.** Dans le même épisode, raconté par Danielle, les esprits lui font gagner la faveur du Président, un père symbolique, qui apporte son emblème sur son affiche électorale.

La maladie provoquée par les esprits pendant l'enfance de Danielle a aussi, selon son propre dire, la fonction de la protéger de la mort, tant évoquée par toute la famille. Elle est aussi une réponse à la crainte d'être tuée, une peur qui est personnifiée par un homme qui la guettait dans un trou quand elle était encore un bébé.

« Danielle : moi j'ai grandi, quelque part, c'est comme une protection d'être malade et on m'oublie ».

Selon LEBOVICI «la notion de mort est liée à celle d'amour et d'attachement ; la rupture des liens d'amour et des liens d'attachement se lit pour notre inconscient, séparation, mutilation et mort. Chez tous les mammifères, le petit est lié à ses ascendants, à ceux qui jouent le rôle de parents, par des liens solides d'attachement qui pour Bowlby constituent la protection contre les prédateurs » (LEBOVICI, 1989).

Nous retrouvons ces mêmes éléments à l'œuvre dans l'enfance, dans la relation avec les autres, et notamment avec sa famille. Toute relation semble, comme nous l'avons déjà remarqué, caractérisée par la dichotomie. Tantôt en Afrique elle est reconnue dans sa singularité, et ils arrivent jusqu'à vénérer les esprits qui sont en elle, tantôt en France ils ne la comprennent pas et ils sont étonnés par ses comportements et ils doutent d'elle. Dans son entourage soit ils la considèrent comme une folle soit ils la cherchent partout continuellement, « même des grands politiciens », pour avoir des divinations.

Sa propre famille est également divisée entre deux attitudes à son égard : d'un côté il y a ceux qui peuvent avoir une attitude de vénération envers elle, qui la considèrent comme l'héritière du don de guérison de sa grand-mère, notamment une tante qui a guéri après son intervention, et un oncle qui l'a reconnue comme l'enfant extraordinaire qui avait été annoncé par une prophétie.

De l'autre côté il y a ceux qui l'ont toujours négligée et mise à l'écart, parmi lesquels ses parents.

Il y en a enfin, qui éprouvent une haine féroce envers elle et qui veulent sa mort, comme la sœur de Danielle, qui habitée par de mauvais esprits, essaie de la détruire «et de mettre ma tête sur sa tête ¹³⁶».

Elle et sa sœur sont « une dichotomie parfaite, du blanc et du noir », l'une est le contraire de l'autre, selon ses propres mots. Les esprits attestent un clivage entre le bon objet (elle-même) et le mauvais objet « elle est positive et sa sœur est négative » le blanc et le noir. Dans le rituel, les deux parties opposées sont réunies.

La plupart des personnes sont, selon Danielle, dérangées par sa puissance, ses visions, ses

136 Il s'agit du contenu d'une vision, dont Danielle nous a parlé au cours du 1er entretien et à laquelle elle donne la signification que sa sœur veut la tuer et prendre sa place dans la famille, et ses pouvoirs.

paroles, ses comportements et les personnes qui peuvent rester à son côté, dit-elle, sont rares :

« Pour tout cela, ce n'est pas une vie facile. Donc les gens doutent. C'est rare que je trouve quelqu'un qui me supporte. Et pourtant je ne fais de mal à personne. Mais quand les visions viennent comme ça, ce n'est pas moi-même, je le dis. Quand tout est fini et évacué, c'est fatigant, je ne suis pas bien¹³⁷».

La plupart des personnes évitent d'aller chez elle pour des raisons extraordinaires : les copines ne veulent plus lui rendre visite car, à chaque fois, elles sont prises par des coups de sommeil aussi soudains qu'inexplicables. Un jeune homme très proche de Danielle, auquel elle confiait ses enfants quand elle rentrait au Pays, lui déclare également de risquer de mourir chez elle car ses esprits sont trop puissants.

Pour conclure ce bref aperçu de ce que nous avons analysé comme des mécanismes inconscients de la séparation chez Danielle, nous reportons la suite de l'analyse de LEOVICI, sur la relation de l'enfant avec la mort. Il indique, en effet, « que mort et perte d'amour sont intimement liées et conduisent à un constant travail psychique que nous devons faire dès le plus jeune âge de notre vie. FREUD a donné au mot pulsion de mort » (LEOVICI, 1989 – « La mort chez l'enfant. Point de vue d'un pédopsychiatre », s. d.) Selon LEOVICI, l'agression et la violence que le sujet tend à s'infliger vise à diminuer la tension excitante à laquelle il est constamment confronté. Cela répondrait, ainsi, à une sorte de besoin masochiste de se détruire qui habiterait tout chacun. Dans l'histoire de Danielle, ce désir masochiste est clivé, expulsé et incarné par la sœur qui devient le noir absolu.

4.4.6 Du refus de l'initiation et de la possession sauvage

Danielle ne reconnaît pas la présence des esprits comme une maladie, elle situe cette relation avec le monde invisible, pour elle, et invisible aux autres, comme une preuve de son unicité, comme la volonté de Dieu, comme un signe d'élection à accomplir une mission divine. Dans le sillon de la logique exprimée par le discours de Danielle, nous faisons l'hypothèse que chez elle la possession serait le signe d'une élection par des esprits, un appel à l'initiation selon la logique bien connue aux anthropologues (BASTIDE,). Certaines maladies inexplicables (comme celle du grand froid et des frissons ressentis par Danielle) qui se révèlent incurables par les moyens habituels et qui approchent l'individu de la mort (Danielle disait que tout le

137 Danielle, un extrait du 1er entretien.

monde pensait qu'elle allait mourir jeune) seraient autant de signaux envoyés du monde de l'invisible pour signifier au vivant qu'il a été choisi pour accomplir une mission, pour rentrer faire partie d'un groupe d'adeptes, ou pour devenir guérisseur, chaman... Ces signaux doivent être acceptés et reconnus par la communauté, normalement, à travers la figure de celui qui en détient l'autorité spirituelle, magico-religieuse, thérapeutique ou autre.

Mais Danielle n'est pas initiée. Elle est toujours prise dans un double mouvement de fière acceptation de son don, d'un côté, de doutes (« est-ce que je suis folle ? »), de refus (« je ne veux pas être forte, je veux être comme tous les autres »), de désespoir face à la solitude dans laquelle elle est mise par sa singularité (« personne me comprends ». « Tout le monde me met à l'écart ». « C'est trop dur ». « Je demande souvent à Dieu de me prendre, je ne veux plus rester sur la Terre »), car les esprits s'invitent à l'intérieur d'elle quand ils le veulent, et non pas quand ils sont invités.

Cette distinction nous semble particulièrement importante, car elle indique un stade initial d'une personne non initiée. Dans un contexte de possession où la puissance qui possède est considérée exalter et enrichir le possédé, on pratique *adorcisme*, des rituels visant à établir une alliance entre les entités et l'être humain. Dans ces contextes, l'objectif de l'initiation est celui d'ordonner, cadrer, régler la relation entre les esprits et son *médium*, de façon à équilibrer la relation de force entre eux, à l'avantage de l'être humain. Après l'initiation, en effet, la personne possédée n'est plus un objet des esprits, mais un sujet qui est en relation avec un autre sujet (l'esprit) à travers une communication faite de gestes, de paroles soigneusement codées et partagées par le groupe. Les esprits ne se manifestent plus selon leur propre volonté, mais ils sont évoqués par les humains, qui leur donnent le cadre temporel et spatial dans lequel se manifester.

Dans le cas de Danielle, nous pouvons dire qu'elle se trouve coincée, depuis plusieurs années, dans une situation définie par les anthropologues, comme possession sauvage. Elle peut, en effet, être prise et dirigée par les esprits le jour comme la nuit, et amenée à accomplir des actions hors de son contrôle et de sa volonté. Le rapport de force, en jeu ici, fait des esprits, les sujets, les maîtres du corps de Danielle, qui est l'objet de cette relation.

Danielle raconte qu'en Afrique, on lui a proposé de faire un rituel, dont l'objectif serait de déplacer les esprits de son corps vers un autre conteneur : un canari en argile.

« Danielle : Tu connais le *canari* ? C'est un petit pot, petit et rond comme ça. Il y a une fermeture. Ils parlent dessus, ils disent mon nom et on met ça à côté de la porte, ils viennent

adorer ça (...) ils font des rituels, et après ils le déposent à côté de l'entrée de la porte, ou clairement en haut. Et après cela ne touche pas la terre, donc, ils parlent, ils disent ce que j'ai et les esprits qui me suivent parlent. Les esprits vont causer dans le pot. Donc, quand tu as un problème, et tu n'arrives pas le résoudre, ils vont parler au pot ¹³⁸».

Le rituel du canari, tel qui est décrit par Danielle, est articulé selon deux phases distinctes et complémentaires : l'*exorcisme* et l'*adorcisme*. Dans la première phase, les esprits sont évoqués et extrait du corps de Danielle, pour être successivement inclus dans le canari. Le canari, un contenant rond qu'on retrouve dans de nombreux rituels thérapeutiques et magiques en Côte d'Ivoire, peut symboliser le ventre maternel. À travers la nomination, le rituel reconnaît la singularité de Danielle et lui donne un cadre « le nom est universel et sert, dans toutes les sociétés, à signifier, à identifier, à classer » (LEVI-STRAUSS, 1962). Les esprits, ainsi asservis, pourraient donc être bénéfiques à toute la communauté. À travers l'évocation de son nom, Danielle elle-même, ou une partie de son identité pourrait se fixer dans la terre d'origine.

Toutefois Danielle a toujours refusé tout rituel, exorciste ou adorciste, en privilégiant une relation psychothérapeutique individuelle, et dans le groupe transculturel. Ces espaces sont investis comme des lieux qui peuvent l'aider à répondre à la question « est-ce que je suis folle, comme les autres le disent » et à travailler le lien entre elle et les autres, entre elle et le Grande Autre.

4.4.7 Les discours de thérapeute : «de l'angoisse à la méthode ¹³⁹ »

Au début les consultations, Au niveau contre-transférentiel, le thérapeute principal, comme la psychologue qui suit Madame en consultations individuelle, se disent perdus, débordés, par ce flux de matériel culturel désordonné, qui semble vouloir noyer et engloutir le cadre, et mettre en silence les thérapeutes. C'étaient des entretiens où Danielle parlait énormément de sa culture, de ses origines, de son Pays, des masques, des fétiches, des rêves, des visions, des prophéties. Les mêmes éléments sont évoqués sans cesse, comme en boucle, mais, en même temps, ils ont chaque fois des signifiés différents, ils sont réaménagés continûment et ils réapparaissent transfigurés. Ces fragments narratifs, dans les discours de Madame, sont dans

138 Danielle, un extrait du 1er entretien.

139 Titre de l'ouvrage de G. DEVEREUX, au sujet des mécanismes de défense et de l'importance de l'analyse du contre-transfert pour tous professionnels, les chercheurs comme les cliniciens, de toute science du comportement.

les premières consultations, encore loin d'être associés à de représentations, ils étaient plutôt des pièces détachées pas encore imbriquées par des théories ou des étiologies. Le groupe, au début, est comme paralysé par ce flux de discours dont la logique semble être insaisissable.

Ces premières séances nous semblent mettre en scène un jeu de miroirs entre des mécanismes de défense et de résistance. Dans ce cas, le matériel culturel, loin d'être un soutien aux leviers thérapeutiques, tel que les ethnopsychologues le convoitent et que les « bons patients » fournissent, semble être plutôt utilisé par Madame comme un bouclier, une arme de défense et d'attaque. Le groupe se sent lui-même menacé et il réagit en essayant de se soustraire au poids des discours de Danielle, notamment, en diminuant partiellement sa concentration. Un « voile paralysant » est, en effet, comme tombé sur les autres co-thérapeutes qui sont pris par de soudains coups de sommeil.

Mais qu'est-ce qui agace ainsi le groupe et les différents thérapeutes ? Le thérapeute principal exprime une opinion partagée dans les séances de débriefing. Ce qui est frappant, c'est que les éléments culturels que Danielle apporte, donnent l'impression d'être changeant d'une consultation à une autre. « Ça ne tenait pas, tu vois. Par exemple, elle évoquait la culture des masques, puis, la fois suivante, tout d'un coup ça parlait encore dans un autre sens... ce qu'elle avait évoqué avant, ce n'était plus les mêmes références, tu vois ? C'était mon ressenti, peut-être »

Le thérapeute principal, en raison de son rôle d'interlocuteur direct de la patiente, fait recours à ses catégories intellectuelles et à sa de formation. Chez lui « le délire », n'est pas à entendre comme une traduction ou une interprétation du discours de la patiente, mais comme un mécanisme de défense dont elle est pleinement consciente grâce à une fine analyse de ses mouvements contre-transférentiels :

« J.C.M : et moi, finalement, noyé au milieu de tout ça, je faisais référence à mes propres représentations, et je me disais « elle délire à plein tuyaux ». J'avais ça qui me soutenait : me dire « elle délire », pour pouvoir continuer à l'écouter. Mais, sans pour autant dire «il faut lui donner un traitement... », mais comme une espèce de bouée à laquelle je m'accroche, qui me permet de surnager, sans avoir non plus l'impression que ça me satisfaisait... Parce que je disais « une fois que j'ai dit ça, ça me sert à quoi ? A rien ». Mais au moins, j'ai une espèce de planche sur laquelle je peux m'appuyer au milieu d'une tempête où je ne comprends rien ».

Ce passage de l'entretien, met en évidence la tendance naturelle de tout sujet, observateur ou thérapeute à ramener l'inconnu à du connu, pas seulement comme mécanisme de défense propre au malaise face à l'*inquiétante étrangeté*. L'assimilation et traduction des discours, ainsi que des objets et habitus de l'Autre, dans ses propres catégories serait, aussi, un premier pas dans la rencontre vers l'étrangeté (comme elle est bien décrite par l'historien T. Tovdorof dans *La conquête de l'Amérique. La question de l'autre*).

Comme il a été théorisé par G. Devereux dans son ouvrage *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, tout spécialiste, les ethnologues comme les cliniciens, font en effet recours à un certain nombre de défenses, qui se structurent à partir d'expériences et de connaissances préalables, liées à l'âge, au sexe et à la personnalité même du thérapeute, ainsi qu'à son milieu socio-culturel.

« J.C.M : Ce qui me frappait aussi, c'était que son discours avait un effet, ça m'intriguait, soporifique sur la consultation. C'est-à-dire qu'il y a des moments où j'ai vu des co-thérapeutes dormir. Et je me disais « là, il y a quelque chose à gérer », « ah, là il y a quelque chose qui se passe... », que je ne comprends pas non plus (...) je trouvais qu'il y avait quelque chose dans l'énoncé sans doute, dans son discours, qui avait un effet ».

Considérée comme fondamentale par G. Devereux, l'analyse du contre-transfert, de ces « perturbation », peut offrir une lumière tantôt pour se comprendre soi-même en tant qu'observateur et clinicien, tantôt pour essayer de mieux comprendre l'inconscient de son patient. La méthode d'analyse proposée est empruntée à la psychanalyse : « réverbérations de l'inconscient du patient dans l'inconscient de l'analyste ». Devereux invite, donc, les cliniciens et chercheurs à analyser d'abord les réverbérations correspondant aux réactions transférentielles du patient en soi-même.

Comme le dit le thérapeute principal, au cours des séances ses propres représentations évoluent parce qu'il arrive à faire une distinction entre sa propre angoisse (et celle du groupe) et les mécanismes sous-jacents dans les discours de la patiente. Il y avait en effet beaucoup d'éléments dont elle-même ignorait la signification. L'étalage culturel était, parfois, défaillant en raison, probablement, de la singularité de son vécu, dans le pays d'origine, comme dans la migration. Par contre, des épisodes, des récits des visions, commencent à revenir dans les différentes séances sans changer ni de forme ni de signification. Des points fixes commencent

à être familiers au clinicien, et auxquels il peut s'accrocher pour aider Danielle dans son travail de *mise en sens* et *en ordre* de son vécu. L'alliance thérapeutique se fait de plus en plus forte, au fur et mesure que le thérapeute est capable de répondre de façon rassurante à la question « est-ce que vous me croyez, est-ce que vous me prenez pour une folle ? ». Et enfin, sa propre position change. Si au début il pouvait formuler l'idée « finalement elle délire », après il n'avait pas non plus ce sentiment-là, il ne le vivait pas comme ça.

4.5 - Estelle

Nous avons connu Estelle grâce au groupe de psychologie transculturelle d'une maison des adolescents rattachée à un hôpital de la région parisienne. Nous avons réalisé, au préalable, une réunion avec l'équipe pour expliquer notre recherche et, notamment, les critères d'inclusion et d'exclusion pour le recrutement de patients. Les cliniciens nous ont parlé du cas d'Estelle car son vécu de souffrance était lié au monde invisible, que les crises d'angoisse, dont elle souffrait depuis qu'elle est enfant, étaient étroitement liées avec la perception de présences noires, d'esprits de morts qui reviennent. La patiente était toujours suivie, et sa situation sur le plan clinique était stable. Elle-même a saisi avec enthousiasme l'occasion de parler de son expérience en dehors d'un cadre clinique et elle se sent aujourd'hui capable de parler de sujets du monde invisible sans que cela lui déclenche des crises.

Nous avons réalisé avec Estelle deux entretiens de recherche, en français, dans deux cafés, sous sa suggestion.

Nous n'avons pas eu accès au dossier médical de la patiente, l'équipe ne nous a pas communiqué de données sensibles la concernant. Nous avons, donc, reconstruit l'anamnèse essentiellement à partir d'entretiens de recherche.

4.5.1 Anamnèse

Estelle est une femme de 30 ans, d'origine capverdienne. Elle est arrivée en France à l'âge de 8 ans avec sa mère et ses deux frères pour rejoindre son père, migrant déjà depuis plusieurs années. Le projet migratoire prévoyait de rester en Europe pour travailler et de rentrer au Cap Vert après la retraite avec la famille.

L'histoire de la famille est marquée par des morts tragiques (le frère du père assassiné par son propre fils) et par la mort de deux nouveau-nés. Estelle est l'ainée, née après la mort du premier fils, suivent deux frères, dont un enfant mort en France à l'âge de 5 mois et un autre frère qui est né 3 ans après.

« Estelle : ma mère elle me dit qu'elle n'oublie jamais. Elle a eu 5 petits, elle ne l'oublie jamais. Elle dit qu'elle le voyait. Mais pour elle c'est comme s'il est toujours là ».

La maladie était déjà présente quand elle était petite, sous la forme de «la peur des morts », qu'elle définit comme normale au Cap Vert, par rapport à la croyance commune que les morts reviennent souvent visiter les vivants. Elle se rappelle avoir entendu, dans son entourage, de

nombreuses personnes qui affirmaient avoir vu ou entendu les esprits des morts et elle a toujours eu peur ; mais les crises d'angoisses se sont faites plus intenses à son arrivée en France.

Son premier souvenir, associé à cette peur des morts, remonte à son enfance au Cap Vert, à la mort tragique du mari de sa tante paternelle, tué par son propre fils de 16 ans. Il était un homme connu pour être très violent envers sa femme et son fils, qu'il battait régulièrement, mais pour Estelle il était un homme gentil et avec lequel elle avait un lien très étroit. Elle le considérait comme son « père de substitution », en absence de son père immigré en France.

Elle avait 5-6 ans, quand elle voit la procession funèbre amener son oncle et défilé devant son balcon. Elle garde en mémoire l'image du cadavre (qu'elle croit avoir fabriquée dans sa tête) allongé avec les genoux pliés, déposé sur une planche.

Elle dit avoir pris conscience de la mort à ce moment-là. Elle ressent, à ce moment précis, une « noirceur », comme une grande tristesse, rentrer en elle et lui donner envie de crier

« Estelle : ma maison elle est là (en face de la sienne), donc quand il est mort j'étais déjà là. Je voyais cette noirceur, du noir, des ténèbres. Donc j'étais dedans. C'est à ce moment-là que j'ai pris conscience qu'il y avait des choses. Oui, que j'avais réellement peur ».

Les jours après l'enterrement, elle entend les adultes dire avoir vu l'esprit de son oncle, notamment sa veuve et la fille, qui disent l'avoir vu dans un étroit couloir derrière la maison d'Estelle, un lieu où elle avait l'habitude d'aller jouer. Elle dit que cela l'a profondément choquée, car elle craignait de se retrouver coincée dans l'étroit espace avec l'esprit du mort, sans pouvoir se retourner ou bouger pour fuir.

« Donc, c'est à partir de là que tout s'est enchaîné, je pense que ça a alimenté ma peur ».

Un autre décès, celle d'une petite fille, toujours dans la famille de son oncle décédé, réactive les crises d'angoisse et il en serait ainsi pour chaque nouveau décès.

Peu après son arrivée en France, Estelle a 9 ans, son frère de 5 mois meurt à cause d'une maladie rare. Les pleurs et le grand chagrin de la mère réveillent à nouveau ses peurs, qui deviennent à ce moment des crises d'angoisse incontrôlables et répétées. Elle est toujours « collée » à sa mère, dont la présence à l'effet de l'apaiser. Elle a une crise chaque fois qu'elle se retrouve seule, et notamment à la maison et le soir, car elle sent que quelqu'un ou quelque chose peut surgir.

Pendant 3-4 ans, au fur et à mesure que le processus de deuil fait son cours, les symptômes

s'estompent, pour connaître une nouvelle phase aiguë, lorsqu'Estelle a 11 ans, elle trouve dans un tiroir des photos du frère mort dans le cercueil.

« Estelle : Et là, j'ai trouvé cette photo, et du coup ça m'a ramenée au point de départ, à cet endroit où il y avait tant de souffrance ».

Elle est « restée angoissée pendant plus d'un an » comme elle dit, dépassée par les crises d'angoisse et envahie par des idées noires, où elle voit la mort comme la seule solution à sa souffrance.

La famille l'amène donc à consulter plusieurs médecins, qui lui diagnostiquent une psychose. Suite à des crises aiguës, elle a eu de brèves hospitalisations. Elle commence à prendre des traitements qui atténuent les symptômes. Elle peut ainsi dormir seule dans sa chambre, alors qu'avant elle avait toujours des crises.

Elle ne peut, toutefois, toujours pas rester seule dans la maison sans avoir crises.

Au fil du temps, les crises d'angoisse diminuent jusqu'à un deuxième épisode, environ deux ans après, où elle retrouve à nouveau des photos du frère mort.

« Estelle : La deuxième fois je suis restée angoissée jusqu'à aujourd'hui. Donc les mêmes angoisses, les mêmes peurs. Au bout d'un moment, je me suis donné un objectif : essayer « d'oublier ».

A partir de ce moment, les crises ne l'abandonneront plus et elles détermineront tous les choix et l'organisation de sa vie. Pour essayer de faire face à ses crises d'angoisse, elle organise et ordonne sa vie, dans les plus petits détails, selon plusieurs stratégies visant, notamment, à l'empêcher de penser et plus particulièrement d'oublier. Elle s'impose des rythmes exténuants d'étude, elle se réveille très tôt et elle se couche le soir très fatiguée pour ne pas rester seule dans le noir. Elle essaye de rester collée à sa mère le plus possible. Elle se tient occupée à l'Église en chantant, ou en parlant, et en vendant des objets religieux pour ne pas entendre les sermons, car elle s'était rendu compte que les sermons réveillent ses angoisses. Elle décide d'étudier les sciences dures, car elle craint de trouver le mot « mort » dans des ouvrages de littératures ou des romans. Elle évite, en effet, tous les lieux, ou contextes où on parle de la mort.

De 11 ans à 15 ans elle fait des passages à l'acte.

À 13 ans, elle était à l'école avec des copines, et soudain elle ressent une grande tristesse l'envahir, comme des sueurs et elle tremble, et elle cède à l'envie puissante de se laisser

tomber dans les escaliers et d'en finir avec sa souffrance.

A l'âge de 14 ans elle fait une autre tentative de suicide, dans le but, dit-elle, de protéger ses parents. Elle se sent, en effet, un poids pour eux, car elle continue d'avoir ses crises et elle ne peut jamais rester toute seule. Elle sent que sa mort pourrait être le seul remède pour soulager tout le monde et notamment sa mère de sa présence. Elle range la maison, elle prend une boîte de comprimés, qu'elle fait dissoudre dans un verre, et elle le boit et elle s'assoit sur le canapé en attendant la mort.

La tentative de suicide échoue, elle dit à plusieurs reprises, « car elle n'avait pas la bonne technique ». Les comprimés étant des légers analgésiques pour enfants. Elle essaie donc une autre stratégie, pour « partir » et se séparer de sa mère, elle décide de déménager à 18, 19 ans avec son copain dans une autre ville.

Le changement de milieu lui fait du bien, elle dit qu'elle peut arrêter de penser aux histoires du passé, toutefois ses nuits restent compliquées.

Elle a une première fille, et même si elle continue d'avoir des pics de crises, elle arrive à se contrôler en présence de sa fille.

Déjà adulte et après la première fille, Estelle est dans une démarche de recherche de sens à sa souffrance. Elle décide de devenir manipulatrice radio, pour pouvoir être dans l'hôpital, et se familiariser avec la souffrance, et la mort, mais pas de trop près. Elle renonce à devenir infirmière, ce qui avait été son choix initial, car elle a peur de se retrouver en contact avec un cadavre.

Les différentes stratégies mises en acte fonctionnent, elle arrive à avancer dans la vie, mais elle n'est jamais arrivée à dormir seule, et elle regrette d'être toujours dépendante des autres. D'abord sa mère, ensuite son mari.

Les crises d'angoisse reviennent dans toute leur puissance, à la naissance de son deuxième fils. Elle vient d'accoucher, et elle voit pour la première fois son fils, qui se présente avec les yeux fermés, silencieux, il ne pleure pas, et il a le visage bleu. Cette image se juxtapose avec la photo du petit frère mort à 5 mois et cela déclenche une crise d'angoisse aiguë. Elle craignait d'être hantée par la présence de son fils toute sa vie, comme cela a déjà été le cas pour sa mère.

« Estelle : pour moi, ça m'a ramené... « Est-ce que je perds mon fils ? Le fils que j'ai porté 9 mois, que j'ai attendu » L'angoisse était énorme. Je me rappelle ma mère, quand elle a perdu

son bébé, elle a pleuré énormément, elle était tout le temps triste. Tout le temps dans sa chambre, tout le temps à pleurer. Et du coup je me suis dit que la tristesse était comme le moment où moi j'ai peur. (...). En puis c'est mon bébé que j'ai porté, il serait tout le temps en moi, c'est dans ma chair. Et du coup, je savais que sa présence serait tout le temps-là, parce que ma mère elle me dit qu'elle n'oublie jamais. Elle a eu 5 petits, elle ne l'oublie jamais ».

Encore aujourd'hui, elle craint que son fils puisse mourir, elle sent comme s'il était de passage sur la Terre, et qu'il est destiné à mourir petit, comme son oncle avant lui.

Elle recommence à avoir des idées noires. Elle se sent « une mauvaise mère » car ça lui arrive d'avoir des crises quand elle est toute seule avec les enfants. Elle arrive à maîtriser ses cris, mais au prix de s'immobiliser. Elle est angoissée par la peur de ne pas pouvoir satisfaire une demande normale de ses enfants, telle qu'aller lui chercher à manger, ou ne pas pouvoir les protéger en cas de danger. Elle a souvent pensé à la mort, comme une solution pour protéger ses enfants et ne pas « les traumatiser ». Elle a fait part, sous forme de blague, à sa belle-sœur de s'occuper de ses enfants après sa mort. Convaincue par la femme, que personne ne pourrait s'occuper de ses enfants mieux que sa propre mère, elle « s'accroche à ses enfants et à son mari » pour rester en vie et continuer à se battre. Elle a donc commencé une démarche de prise en charge psychologique. Sa psychologue l'adresse au groupe transculturel, aux vues des représentations culturelles, notamment autour des morts, très importantes dans le discours de Madame.

Après le début des consultations avec le groupe ethnopsychiatrique, les crises se sont faites moins intenses et plus réduites dans le temps. Elle arrive à rester toute seule, le jour comme la nuit et, même si, elle a des crises d'angoisse, elle arrive à les maîtriser. En même temps, elle est dans une démarche active de recherche de réponses, la concernant ainsi que sa famille et, notamment, elle cherche à dévoiler les épisodes, plus obscurs, qui se sont passés au Cap Vert. Sa mère, qui n'a jamais voulu lui parler des histoires et de la culture du Cap Vert, cède maintenant sous l'insistance de sa fille : « Estelle : Maintenant je ne vais pas laisser, notamment ma mère. Je dois avoir des réponses ! ».

Elle découvre, ainsi, que d'autres membres de la famille ont eu les mêmes vécus et une proximité avec le monde des morts (ils sentent les présences des morts, certains arrivent à les voir et à parler avec eux) notamment les femmes du côté maternel : sa mère, sa grand-mère, son arrière-grand-mère qui était, en plus, considérée comme une femme culturellement singulière. Elle était nommée, « le chien des jumeaux » (traduction du créole capverdien) car

elle était née après deux jumeaux. Dans la culture capverdienne, la personne qui occupe cette place à pouvoir de guérir et d'accompagner les mourants.

Au cours de sa recherche, elle découvre aussi que sa mère, après l'assassinat de son beau-frère, a commencé à avoir les mêmes crises d'angoisse. Elle n'arrivait plus à dormir toute seule, et elle se débrouillait pour qu'une des voisines vienne dormir chez elle, jusqu'à son départ en France.

Estelle a pu aussi lui avouer, que les crises se sont déclenchées après avoir vu la photo de son frère mort qu'elle avait trouvé dans un tiroir que sa mère lui avait expressément interdit d'ouvrir. Estelle n'avait jamais pu lui dire, en effet, la cause de sa maladie, car elle se sentait coupable d'avoir transgressé l'interdiction maternelle. Actuellement, la mère est malade et elle souffre de pertes de mémoire. Toutefois, un des épisodes qu'elle répète sans cesse, dans les moindres détails, c'est l'assassinat de son beau-frère. Au moment du deuxième entretien, Estelle est en train d'attendre le retour de ses parents du Cap Vert, où elle a été amenée par son mari pour se soigner traditionnellement. Un nouveau voyage au pays est immédiatement prévu, et cette fois-ci elle les accompagnera « pour faire le lien entre les deux systèmes, et pour avoir d'autres réponses à ses questions ».

4.5.2 Symptômes et signes de la maladie

Estelle décrit les crises comme des pics d'angoisse, des moments de stress aiguë, la perte du contrôle de soi-même « comme si j'ai vu un démon », des crises intarissables. Elle apercevait la présence des choses, ou des êtres, qui montent en elle et qui l'attrapent. Elle s'aperçoit de ses présences, dans son corps, mais elle ne les voit pas. Il s'agit de sensations qui montent à l'intérieur d'elle-même jusqu'à une intensité insupportable. Au début des crises elle se sent envahie par une noirceur, une tristesse tellement intense, qu'elle souhaite la mort pour pouvoir en être soulagée. Elle éprouve de la froideur et de la chaleur en même temps, elle tremble au fond d'elle-même et elle a les poils qui se hérissent comme si quelqu'un allait l'attraper. Elle est prise par une peur intense, qui la bloque. Notamment, elle peut être paralysée momentanément au niveau des jambes, ce qui augmente son angoisse car elle a peur de ne pas pouvoir fuir en cas de danger. Elle devient hypervigilante et elle essaye de tout contrôler, de chercher des explications rassurantes au moindre bruit ou changement de lumière.

Elle pense en boucle à la mort et elle a des idées noires, avec des antécédents de passage à

l'acte.

Elle est terrorisée à l'idée de rester seule, et notamment dans l'obscurité, car cela lui déclenche des crises. Elle a aussi des problèmes d'endormissement. Les crises n'arrivent pas quand il y a un autre adulte. Elles se présentent quand elle est toute seule, ou avec les enfants, c'est pourquoi elle a vécu collée à sa mère toute sa jeunesse et après à son mari.

Pendant les crises, elle craint surtout de ne pas pouvoir protéger ses enfants. Elle a aussi peur et de ne pas pouvoir se retenir d'uriner car la peur l'empêche de bouger pour aller aux toilettes. C'est ce qui lui est arrivé quand elle avait 11 ans et elle a été blâmée par ses parents. Elle en parle comme s'il s'agissait d'un conflit entre sa vessie et sa peur :

« Estelle : Oui. Mais j'ai eu une peur intense qui me dit de rester là et d'attendre. Et ma vessie me dit qu'il faut aller là-bas... »

4.5.3 Nomination de la maladie par la patiente

Estelle en décrivant sa maladie utilise plusieurs formulations :

- « Angoisse », « crises d'angoisse »
- « Stress »
- « Pics de peur »
- « La noirceur que j'ai et qui m'habite »
- MEDO (portugais- créole du Cap Vert) la peur

4.5.4 Grille Parcours thérapeutiques

Soignants/thérapeutes	Traitements	Diagnostic	Opinion sur le traitement
Médecins/ Pédopsychiatre	A partir de 11 ans : Traitements antipsychotiques, et pour le sommeil. Des brèves hospitalisations.	Psychose	Avec les traitements les crises s'atténuent et elle arrive à dormir toute seule. Elle regrette la dépendance aux médicaments et elle essaie de s'en débarrasser au plus vite.
Pédopsychologue	Psychothérapie une fois par semaine		La thérapie empire les crises, car elle remue des thèmes angoissants, et elle déclenche des crises toute la semaine. La relation avec la psychologue est décrite dans des termes « persécuteurs ». Estelle se rappelle que la psychologue n'arrêtait pas de la rappeler pour continuer la thérapie. La thérapeute donne, par contre, un apport précieux. Elle lui dit qu'il

			faut apprendre à faire avec sa souffrance. Cette phrase est considérée par Estelle « comme une formule magique ». À partir de ce moment, elle interrompt la thérapie.
Guérisseuse traditionnelle (en France)	Des remèdes traditionnels : - boire des plantes - prescription de se coucher tous les jours, à des heures précises, une demi-heure sans bouger.		Les remèdes sont mauvais. Le traitement est cher et inefficace et Estelle demande de l'interrompre.
Psychologue	Psychothérapie. Elle fait la demande de prise en charge pour ses idées noires et pour la crainte de perdre sa fille, qui commence à avoir les mêmes symptômes. Elle est adressée à la consultation transculturelle		La thérapeute l'adresse à la consultation transculturelle, car sa souffrance est étroitement liée à des éléments culturels « qu'elle ne se sent pas en mesure de gérer »
Consultation de psychologie transculturelle	1 fois toutes les 5 semaines		Les crises sont devenues rares et maîtrisables.

<p>Mère</p>	<p>Des choses à boire, des protections et des choses à porter sur son corps</p>		<p>Les préconisations sont inefficaces et Estelle les interrompt. En présence de la mère, par contre, les crises diminuent et elles sont maîtrisables. Elle est soutenue par le groupe dans une démarche de recherche d'explications, dans la famille et dans la culture, et à faire le lien entre les deux mondes : la France et Cap Vert.</p>
--------------------	---	--	---

4.5.5 Membres de la famille/entourage avec des expériences similaires

Des différents membres de la famille d'Estelle ont eu des expériences morbides similaires à celles d'Estelle, notamment dans le côté maternelle :

- **Arrière-grand-mère maternelle** : Elle est considérée comme une femme culturellement singulière, car elle est née après deux jumeaux. Elle était capable de voir les morts, de communiquer avec eux, de se changer, et d'accompagner les mourants avec des rituels et prières (ce qu'elle a fait jusqu'à sa mort). Ils lui ont fait un rituel « pour fermer les yeux » : lui faire perdre les pouvoirs.
- **Mère** : Elle a toujours eu les mêmes peurs, associées aux sensations de la présence d'esprits, mais elle voit seulement l'esprit de sa mère à elle. Estelle ne considère pas cela comme une maladie, car contrairement à elle, sa mère arrive à contrôler ses crises et à ne pas crier. Depuis l'assassinat de son beau-frère, elle aussi ne peut pas rester toute seule à la maison (son mari a immigré en France). Elle demande alors à une voisine, de venir dormir chez elle.

« Estelle : Parce que sa mère prétendait qu'elle voyait les choses, ceux qui sont morts, elle disait les voir. Je n'en sais rien, je n'ai jamais vu. Pour elle, sa mère elle les voyait. Donc elle discutait avec eux, et de temps en temps, elle lui disait «eh tu as vu, il y a un tel là-bas ». Et elle, comme elle ne voyait rien, forcément, ça l'inquiétait. C'est de ça qu'elle avait peur. Et ça, je ne l'ai su qu'après. Parce que, du coup, elle ne me disait pas tout ça. C'est après, quand j'ai essayé de savoir comment ça se fait qu'elle avait la même chose que moi, qu'elle a commencé à m'expliquer ça ».

- **Grand-mère maternelle** : elle voyait des choses invisibles, des esprits de morts. Elle avait l'habitude de parler à sa fille des esprits qu'elle voyait et selon l'explication d'Estelle, c'est ça qui a engendré la peur chez sa mère.
- **Cousine** : fille de l'oncle tué. Elle habitait face à sa maison au Cap Vert. Quand elle était petite, au même âge qu'Estelle, elle a des crises d'angoisse similaires. Elle voit les esprits des morts et notamment celui de son père. Toutefois la fille dit avoir moins peur de lui mort que de lui vivant.
- **Frère** : Il a eu un épisode où il a aperçu une présence invisible. Il est allongé sur le lit et il sent une chose qui s'allonge sur lui et qui l'empêche de bouger. Après quelques

minutes la présence s'en va. Il n'a jamais eu de crises.

« Estelle : mon frère m'a dit on est tous bizarres « parce que moi je suis bizarre, ma mère aussi elle voit des choses assez étranges. Je lui dis : « pourquoi, tu n'as rien vu ? ». Il répond : « oui, oui. Une fois mais c'était une fois, sans plus ».

- **Fille :** Depuis quelques temps, elle commence avoir les mêmes peurs que sa mère.

Les facteurs déclenchant la maladie nous semblent être liées à des événements traumatiques :

- La mort tragique de son oncle et l'image de son corps exposé sur une planche
- Les pleurs de la mère pour la mort du petit frère de 5 mois

« Ce n'est pas ça qui m'a choquée, ça je le sais. Mais du coup ça m'a rappelé les angoisses que j'avais déjà ressenties quand j'étais encore plus petite au Cap Vert ».

- La découverte des photos du frère mort dans son cercueil.
- L'image de son fils qui semble mort-né. Après l'accouchement, quand elle le voit, il est bleu, avec les yeux fermés, et il ne pleure pas. Elle est alors submergée par l'angoisse qu'il soit mort ou qu'il va bientôt mourir. Depuis cette vision, elle est à nouveau dépassée par les crises, elle a peur de rester seule avec ses enfants à la maison.
- La mort d'une petite cousine du côté de la famille de l'oncle décédé
- Chaque nouveau décès, la vision de cadavres.
- Lire, parler, voir des films, évoquer la mort

Les Agents de la crise sont nommés

« La noirceur », « les ombres », « les esprits des morts ».

4.5.6 Impact sur la vie et image de soi

Estelle a dû organiser toute sa vie en fonction de l'évitement des crises d'angoisse et pour contenir ses pulsions suicidaires. Elle a mis en acte un grand nombre de stratégies de prévention des crises, telles que ne jamais se retrouver toute seule. Elle reste toujours avec un adulte, notamment sa mère. Elle dort avec ses parents jusqu'à ses 13 ans, et après avec un de ses frères. Elle quitte la maison quand elle a un copain pour aller vivre avec lui.

Elle se défend de l'intromission des pensées en boucle autour de la mort, en s'imposant des rythmes d'étude très intenses, pour pouvoir oublier ses peurs et ne pas laisser l'espace aux angoisses. Toutefois, en dépit de travailler dur, les résultats ne sont pas à la hauteur de ses efforts : elle n'est pas assez concentrée puisqu'une partie de ses énergies sont dépensées pour se battre contre ses crises.

Elle choisit pour ses études, les sciences dures, pour ne pas courir le risque de tomber sur des sujets concernant la mort, dans une romance, ou dans la littérature, philosophie, etc.

Elle a renoncé à son projet de devenir infirmière car elle craignait de ne pas pouvoir se contrôler au contact avec des cadavres. Elle choisit quand-même de travailler dans un hôpital, en radiologie, pour pouvoir se familiariser avec la mort, à distance.

Toute sa vie, elle a eu une image de soi négative. Elle s'est toujours vue comme une personne qui est très dépendante des autres, malgré elle, quelqu'un qui n'a jamais pu suivre ses désirs car elle devait toujours s'adapter et se défendre de ses crises.

« Estelle : (long silence) Au fait ma vie devait tourner autour de quelqu'un. J'étais dépendante de quelqu'un. C'est ça qui est triste. D'abord j'étais dépendante de ma mère. Même s'il n'y a pas ma mère il faut qu'il y ait quelqu'un d'autre. Je vais dans les lieux où je suis sûre de trouver quelqu'un, sinon je n'y vais pas. Si je dois rester quelque part, je dois être sûre d'être entourée par quelqu'un sinon je ne reste pas. Du coup je ne faisais pas les choses en fonction de ce que je voulais, mais de ce que je pouvais. Sinon ce n'est pas possible. C'était ça le problème ».

L'idée d'être un poids pour les autres, tout d'abord sa mère et ensuite ses enfants et son mari, ont été les motivations qui ont déclenché des idées noires et même des passages à l'acte. Elle a dit avoir plusieurs fois pensé à la mort pour les protéger.

Elle s'est longuement reprochée de ne pas être une bonne mère car elle risque à tout moment d'exposer ses enfants à la vision de ses crises, et pendant ces moments, elle ne peut pas répondre normalement aux demandes de ses enfants (par exemple aller leur chercher à manger dans la cuisine ou les protéger en cas de danger.)

Toutefois, grâce aussi aux consultations transculturelles, l'image de soi est en train d'assumer des connotations plus positives. Elle dit avoir enfin compris que c'est elle la personne qui peut le mieux s'occuper de ses enfants. Elle est aujourd'hui dans une démarche active de recherche de sens à son vécu et à l'histoire de sa famille. Elle s'impose, et elle veut briser le silence qui a

toujours entouré les questions familiales et culturelles. Elle «ne laisse plus » sa mère, jusqu'à ce qu'elle obtienne des réponses à ses questions autour de l'histoire de la famille, notamment au Cap Vert. Un voyage est bientôt prévu pour accompagner sa mère chez des thérapeutes traditionnels au Pays, et elle dit vouloir saisir cette occasion pour connaître mieux son histoire et sa culture.

Elle s'accroche à ses liens avec les enfants et son mari, pour se battre contre ses crises et pour rester en vie. Les pics d'angoisse sont aujourd'hui moins fréquents et plus maitrisables, et elle peut parler de son expérience sans que cela lui déclenche de nouvelles crises.

4.5.7 Modèles explicatifs : les esprits des morts

Selon Estelle les morts tragiques, auxquelles elle a été confrontée dans sa vie, se sont mélangées avec des peurs anciennes alimentées par les représentations culturelles autour des *morts revenants*.

« Danielle : je mets les deux, et dans ma tête, cela a provoqué une explosion ».

Au Cap Vert, en effet, « une place importante est accordée aux formes prises par l'esprit (du défunt) et bien au-delà par les esprits (...). Les esprits errants sont donc inoffensifs en soi, dès lors qu'ils cherchent simplement à attirer l'attention des vivants pour bénéficier de leurs prières ; ils deviennent toutefois dangereux lorsque, dérangés, ils sont mandatés par des tiers malintentionnés pour les épauler dans leurs sombres besognes. (Laurent & Plaideau, 2010) »

« Estelle : J'imaginai cet enfant et le cercueil, mais je pense que c'est plutôt dans ma tête. Et après, chez nous, on dit que les morts reviennent très souvent, et j'entends des gens dire que oui, ils ont senti des choses. Personnellement, je ne l'ai jamais vu. Du coup, je me dis « comme je ne les vois pas, peut-être qu'ils sont là avec moi », et du coup j'ai peur. Ça rentre aussi dans la culture ça déclenche l'angoisse que je pense j'avais déjà de base. »

Après la mort de son petit-fils, la mère d'Estelle est inconsolable pour longtemps. Elle pleure beaucoup, elle s'isole, et elle n'arrête jamais de penser à lui. Pour Estelle, selon la logique culturelle apprise au Cap Vert, quand on pense à un mort, cela signifie qu'il est revenu à côté du vivant. Ils peuvent être aperçus notamment par les fils, ou l'entourage du défunt, pour des questions de lien ou de dette. Ils peuvent revenir car ils cherchent une réparation à un tort subi. La pensée et l'image envahissant, seraient donc un signe de la présence de son petit frère

mort.

« Chez nous, on dit « quand vous pensez à quelqu'un qui est mort, ça veut dire qu'il n'est pas loin de vous ». Donc, si je pense à tout ça, ça veut dire qu'il n'est pas loin, mais où, je ne sais pas ».

Elle a longuement eu peur du retour des esprits, mais seulement récemment elle a compris qu'elle craignait particulièrement l'esprit de son oncle assassiné.

« Estelle : La première mort a tout déclenché, car elle n'était pas une mort naturelle : ça a été une tragédie pour toute la famille, et notamment sa mère, car elle a été assassinée par son propre fils ».

Pouvoir, enfin, mettre des mots sur cette peur et un nom sur cet esprit, la soulage. Elle peut, en effet, se rassurer, et se déculpabiliser, en disant qu'elle-même n'était pas responsable de ce qui lui arrivait, mais qu'elle pourrait quand même faire des prières pour son âme.

« Estelle : Donc, il y aurait une envie de vengeance, de sa part. Je pense que c'est ça qui a fait peur à tout le monde, et moi, comme j'étais trop petite pour comprendre, je pensais qu'il fallait avoir peur de tous les morts. En fait, je pense que c'est de lui, tout simplement, que je devais avoir peur. Je suis venue à cette conclusion-là, mais je ne sais pas si c'est la bonne. Mais sinon, je n'ai pas d'autre explication ».

Dans la famille de son oncle, après sa mort, il y a eu d'autres tragédies : le fils, qui après l'assassinat s'était échappé au Portugal, avait été arrêté après avoir commis un deuxième homicide. Dans la même famille, peu de temps après, il y a la mort d'une petite fille. L'explication culturelle donnée à tant des malheurs qui sont passés dans cette famille, c'est qu'elle est *démoniaque* qu'eux-mêmes seraient des démons ou ils auraient fait un pacte avec eux.

Ce qui inquiète le plus Estelle, ce n'est pas que les morts reviennent, mais le fait de sentir leur présence sans pouvoir les voir, ni les tenir sous-contrôle. La plupart des crises d'angoisse, et d'intensité majeure, se sont manifestées à la maison de ses parents en France. Elle dit qu'elle a toujours ressenti comme une noirceur qui pèse sur la maison. Elle a également investigué auprès des voisins, pour savoir s'il y avait quelque chose de grave qui se serait passé dans cet endroit, mais elle n'a rien découvert. Elle dit apercevoir la présence d'un homme dans la maison, et une fois, quand elle était petite et toute seule avec ses frères, elle a entendu une voix masculine ordonner à son petit frère de se taire. Longtemps, elle n'a rien dit à la famille

de cet épisode, ni des autres perceptions des esprits des morts.

Le thème fondamental du discours d'Estelle est celui de la *présence*, comme *key-symbol* (Good & Good, 2006, Good, 1977) dont la charge symbolique est capable de relier le vécu d'Estelle à celui de sa mère, de sa grand-mère et finalement à celle de sa communauté à travers les deux rivages de l'immigration, de la France au Cap Vert. Les différentes déclinaisons de l'expérience, sont autant de liens qui tissent un plus vaste réseau sémantique, qui est capable d'intégrer le vécu et le ressenti subjectif à un plus large contexte psychosocial et culturel.

Les *présences* sont, donc, un symbole au pouvoir polysémique, que nous avons tâche de décoder comme suit :

- *La présence de la mère*, qui est la seule capable de faire fuir les *présences* qui hantent la vie d'Estelle et qui déclenchent les crises d'angoisse.

- Les *présences* des esprits aperçus par Estelle, qui la font tomber malade et qui obligent la famille à se rassembler autour d'elle.

- Les crises d'angoisse d'Estelle qui font revenir la mère de «*la crise de la présence* », de l'absence endeuillée dans laquelle la mère se réfugie après avoir perdu son enfant. La présence de l'esprit de l'enfant mort, et le dispositif rituel qui règle les relations entre les vivants et les défunts au Cap Vert, a une fonction opératoire dont Ernesto de Martino parle à propos des rituels magiques. Le retour des défunts est à la fois représentatif du risque de perdre son âme, à cause du désir de suivre l'être aimé dans la mort et, en même temps, il comporte la possibilité d'un rachat de ce risque. Les rites, ainsi que les mythes, dans ce cas autour des esprits des défunts exerceraient, donc, pour De Martino, une action *technique à double tranchant* : autant ils ont comme objectif ultime de sauvegarder l'intégrité de la personne humaine, dans son rapport au monde, autant ils comportent la capacité de provoquer « l'affaiblissement et l'atténuation de l'être au monde, la dissolution de la conscience en tant que présence ».

- *La présence des esprits des morts* dévoile des non-dits et des secrets de famille, met l'accent sur des processus de deuil compliqués ou non accomplis. Les esprits, donc, réclament aux vivants d'être, honorés et enfin libérés de leur place entre les deux-mondes.

Ce n'est qu'une fois adulte, à la recherche des réponses à sa souffrance que Estelle découvre un secret de famille autour des circonstances de la mort de son oncle (assassiné par son fils)

dont elle avait toujours peur qu'il revienne comme esprit pour se venger. Elle a peur que les rituels funéraires ne se soient pas bien déroulés car tout le monde a fait semblant qu'il s'agissait d'une mort naturelle.

« Estelle : Ils ont fait (des rituels) comme pour quelqu'un qui est tombé malade et qui est mort, mais c'est sûr que ce n'est pas la même chose. Je ne pense pas qu'ils ont fait autre chose – ou alors ça a été vraiment bien camouflé – qu'une mort normale ».

Elle découvre aussi que sa propre mère souffrait des mêmes crises d'angoisse, mais moins intenses. Et que la cause de ses crises serait à attribuer aux activités « paranormales » de sa propre mère. La grand-mère d'Estelle avait, en effet, la capacité de voire les morts, et de parler avec eux, une activité dont elle faisait part à son entourage, notamment sa fille.

- Leur *présence* rappelle aux vivants leur place dans la communauté d'origine, leurs obligations, auxquelles ils ne peuvent pas se soustraire, non plus à travers l'immigration. Ils demandent que le processus de deuil soit agi à travers des actes rituels, pour être enfin archivé. En utilisant la théorie *du secret de famille transgénérationnel* d'Abraham et Torok, les *revenants* exigent d'éclairer, à tout prix, les zones obscures de la souffrance de la famille, et d'élargir les limites de l'accueil de l'autre et de son élan de vie. Les crises d'Estelle, donc, réclament la réviviscence des hontes singulières, personnelles, familiales ou sociales et elles pressent pour un retour aux manifestations de la vie. Un retour du deuil impossible, la sépulture d'un vécu inavouable, d'incorporations secrètes d'un autre, ayant toutes pour objectif de dessiner une reconstruction de soi (Abraham & Torok, 2012). Le fantôme serait donc une production à la fois subjective et communautaire à la fois « identitaire et cohérente en dépit de deux forces antagonistes : la conservation des liens familiaux et leur éclatement par des départs répétés en migrations » (Laurent & Plaideau, 2010).

Comme on voit dans le discours d'Estelle, les esprits de morts, refoulés par la famille, reviennent sous la forme d'ombres, d'autant plus menaçantes pour Estelle, car elle peut avertir de leurs présences, sans pouvoir y mettre un visage, un nom, une raison à cette inquiétude qui se transforme bientôt en maladie. À 8 ans, environ, Estelle transgresse l'interdit maternel, et elle ouvre le meuble où sa mère avait caché les photos du fils mort, et l'image de l'enfant mort évoque son fantôme. « Le fantôme, c'est en quelque sorte un stade intermédiaire sur le chemin qui va mener l'enfant à comprendre que la mort est un phénomène irréversible, une sorte de médiateur entre le monde de la vie et le monde de la mort « *puisque'il est celui qui revient de la mort sous une forme presque humaine* ». Il constitue, selon le mot de Pierre

Ferrari, une sorte *d'objet transitionnel mortel*. Beaucoup d'enfants deuilés évoquent cette présence à la fois désirée et redoutée » (Cordier, 2007).

La mère trouve alors dans la souffrance de la fille, la motivation qui « l'aide à lutter contre l'obscurité (*darkness*), l'état de mort (*deadness*) de son monde intérieur ¹⁴⁰». Mais Estelle, enfant, « qui se trouve dans cette situation ne rencontre pas les conditions favorables à l'élaboration de sa propre position dépressive » (Lehmann, 2010). Ces enfants sont en effet confrontés à une tâche impossible : « Ils doivent d'abord faire face à l'humeur maternelle. S'ils accomplissent cette première tâche, ils n'auront fait que créer une atmosphère dans laquelle ils seront en mesure de démarrer leur propre vie. ¹⁴¹». Cette atmosphère est bien décrite par Estelle qui parle d'une noirceur qui incombe toujours sur la maison familiale, comme un destin de chagrin qui risque de retomber sur toute la famille. La maladie d'Estelle enfant, serait donc assimilable à une stratégie de réparation de la dépression maternelle, qui se manifeste au travers l'identification de la patiente à sa mère, à ses symptômes (les perceptions des présences) et à son destin tragique de mère qui perd son enfant, dont le trait dominant serait la défense organisée contre sa culpabilité inconsciente.

« Estelle : Du coup je me suis imaginée que je vais perdre mon bébé, en plus ce bébé là que je ne vais pas pouvoir voir vivant. J'aurais toujours l'image de lui mort. C'est horrible. Et en plus je vais le voir tout le temps. (...) Je me rappelle ma mère, quand elle a perdu son bébé elle a pleuré énormément, elle était tout le temps triste. Et du coup je me suis dit que sa tristesse était comme le moment où moi j'ai peur. Et je me suis dit que maintenant c'était mon tour de souffrir. Après j'ai vu mon fils, je l'ai lavé, il était magnifique, mais bon je n'étais pas encore convaincue. Parce que le fils là il est mort à 5 mois. En effet au fond de moi, moi je craignais déjà la mort de ce bébé. Pour moi il était là, mais il n'allait pas rester là tout le temps ».

Nous croyons retrouver une trace de la culpabilité du survivant, réactivée chez Estelle par l'accouchement de son fils. Estelle nous raconte qu'elle est née après un premier fils mort-né, dont elle a découvert l'histoire seulement à l'âge adulte. Selon la psychanalyste Marie-Frédérique Bacqué, puisque la mort d'un frère concerne sa génération, les frères survivants peuvent croire que ce soit dans l'ordre naturel des choses de suivre son destin. Du coup, il peut en déduire que lui aussi doit, ou va, mourir. Cet événement fait donc peser une menace : « En temps normal, l'ambivalence naturelle entre frères et sœurs (jalousie, rivalité, haine-

140 Winnicott, D. W., Kalmanovitch, J., & Sauguet, H. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse* (Vol. 1). Paris : Payot.

141 Ibid.

amour) permet de se construire. Quand le deuil survient, ces fantasmes deviennent réalité. Et l'on croit symboliquement qu'on est à l'origine de cette mort. (...) Cet être cher disparu, ces sentiments ambivalents et complexes n'ont plus le droit d'exister. »¹⁴². À sa place, il reste une image figée pour toujours, effrayante, on dirait suspendue entre la mort et la vie : celle de la photo d'un enfant dans son cercueil. Face au grand malheur qui a touché ses parents, l'enfant peut parfois se sentir coupable et se considérer inconsciemment responsable de cette mort et la cause du chagrin de ses parents. L'âge pivot serait 7 ans, l'âge qu'Estelle avait environ quand son petit frère est mort. L'âge pivot, selon Bacqué, correspond à celui dans lequel l'enfant prend conscience de l'irréversibilité de la mort. « Avant cet âge, l'enfant peut croire que la personne va revenir. Et comme son identité propre, différenciée des autres, n'est pas encore claire, il ramène tous les événements à lui (...) à cet âge, une forme de culpabilité persiste, liée aux sentiments contradictoires qui lient les frères et sœurs : ils s'aiment mais sont aussi des rivaux »¹⁴³.

142 BACQUE, M. F. (2003). *Apprivoiser la mort*. Odile Jacob.

143 Ibid.

4.6 - Fadi

Nous avons rencontré Fadi au début de sa prise en charge dans le groupe thérapeutique de consultation transculturelle dans un CMP du 18ème, lorsque nous y travaillons en qualité de co-thérapeute. L'histoire de Fadi, devenu muet du jour au lendemain sans raison apparente, avait la capacité d'attirer la bienveillance et la curiosité d'un grand nombre de personnes, comme il le dira lui-même dans l'entretien.

Fadi avait été orienté vers l'ethnopsychiatrie par son psychiatre de l'hôpital de jour, qui l'accompagnait dans le groupe avec une infirmière et un éducateur spécialisé. La première fois, il était arrivé accompagné par sa sœur et son petit enfant ainsi que son père ; et, rapidement, la séance s'est transformée en un « champ de bataille » avec le père d'un côté de la « tranchée », les thérapeutes de l'autre et le thérapeute principal dans le rôle de médiateur.

Le père revendique de savoir pourquoi son fils est tombé malade et de savoir aussi quand et comment il pourra guérir. Selon lui, le mutisme serait le signe d'un djinn femme qui habite Fadi car elle est amoureuse de lui. Au moment de la maladie du fils, il était au Mali et il a eu un rêve prémonitoire qui lui a annoncé l'imminence de la maladie, ainsi que sa cause. De son côté, depuis le début de la maladie, il avait fait entreprendre un parcours thérapeutique à Fadi, qui a été visité et soigné par de nombreux Imams, guérisseurs, au Mali comme en France. Le père ne cache pas au groupe, son opinion sur les cliniciens et leur dispositif. Pour lui, ils n'ont pas les savoirs ni les moyens pour s'occuper de son fils et la consultation aussi serait une perte de temps. Selon son opinion, son fils retrouvera la parole dans un temps donné, dont il garde le secret. Ses discours déclenchent des contre-transferts massifs à l'intérieur du groupe qui trouve le père agaçant, agressif et arrogant. Un des thérapeutes le verbalise comme suit « Il se prend pour un grand marabout ! » au cours de la discussion post-séance.

Le père ne reviendra plus dans la consultation transculturelle et Fadi continuera à venir, de façon régulière, accompagné par sa sœur et son petit neveu. Néanmoins, les étiologies traditionnelles de la possession et du mutisme comme le signe de la présence d'un djinn dans le corps de Fadi, restent posées à l'intérieur du groupe. Elles seront souvent évoquées et travaillées par les différents thérapeutes, au fur et mesure du déroulement de la prise en charge. C'est donc pour de telles raisons, avec l'accord de l'équipe transculturelle, que nous avons demandé à Fadi de participer à notre recherche.

Nous avons réalisé un entretien avec Fadi, et nous avons également proposé à sa sœur de participer, car elle pouvait donner un apport précieux pour rapporter des hypothèses et des

opinions de la famille autour de la maladie. Et, aussi, car elle était témoin d'épisodes de crises de transe et des comportements inhabituels de Fadi, qui ont précédés la perte de la voix, et dont lui-même n'a aucun souvenir. Nous nous donnons rendez-vous dans un café de la périphérie parisienne et nous communiquons par portable. Bientôt nous trouvons un certain rythme d'entretien, nous posons les questions et nous lisons à haute voix les messages que Fadi écrit sur son portable. Il répond également à certaines questions avec une grande nuance de gestes et d'expressions du visage, que nous essayons de déchiffrer et nous explicitons à Fadi pour avoir une confirmation ou plus des détails.

Nous n'avons pas eu l'occasion de consulter le dossier psycho-médical de Fadi, après avoir quitté notre place de co-thérapeute. La plupart des informations sont donc issues de l'entretien de recherche, des notes prises à l'occasion de la discussion avec les thérapeutes du CMP et de la présentation de notre projet de recherche.

4.6.1 Anamnèse

Fadi est un garçon d'origine malienne, d'environ 22 ans au moment de l'entretien. Il a grandi dans la région parisienne, avec sa famille. Il est très doux et très souriant, il a une grande capacité communicative en dépit de (peut-être grâce à) son mutisme et il attire facilement l'affection et la bienveillance de tous. Lui-même se décrit comme quelqu'un de très jovial et souriant, qui n'a jamais eu de problèmes de santé dans le passé.

À ses 18 ans, il était en train de vivre une des phases les plus heureuses de sa vie, selon ses propres mots.

Il venait, en effet, de décrocher un contrat de travail qui lui plaisait beaucoup, comme jardinier paysagiste. Il s'entend très bien avec ses collègues et il se réveille chaque jour content d'aller au travail. Un jour, au début 2012, sa vie bascule soudainement. Du jour au lendemain sa voix disparaît, soudainement et sans raison apparente. Au début, il s'agit d'épisodes sporadiques de perte de la voix mais depuis 3 ans c'est le mutisme complet.

Le mutisme, pour Fadi, a fait irruption dans sa vie comme un orage non annoncé. En revanche, sa sœur, d'environ 10 ans plus grande que lui, rapporte que dans la période qui a précédé cet événement, Fadi a commencé à avoir des « crises de folie ». Il avait en effet des comportements inhabituels, il était méconnaissable, son caractère avait changé et même sa voix.

La sœur rapporte des épisodes de grande agitation, comme d'effroi face à des choses invisibles, juste avant l'extinction de la voix. Il ne mange plus, la nuit il ne dort pas, il semble terrorisé. Ces crises rappellent à sa sœur des états de transe, pendant lesquelles il tremble, il a le regard dans le vide, il pousse des cris avec une voix qui n'est pas la sienne. La transformation s'est opérée également au niveau du caractère, des intentions et des désirs. Fadi a, en effet, des comportements inhabituels, des actions définies comme incohérentes, insensées et qui nécessitent une surveillance continue de la part de sa famille. Au niveau du corps lui, qui a une corpulence plutôt fine, acquerrait pendant les crises une force extraordinaire, surhumaine, et « pour le contrôler, il fallait au moins 5 hommes, le triple de sa taille »¹⁴⁴. Fadi n'a aucun souvenir de ce qui se passe pendant ses *épisodes de transe*.

Son père, revenu en France d'urgence, reconnaît dans les manifestations de la maladie l'influence d'un esprit. Par conséquent, pendant 6 mois, il sera amené à consulter uniquement des imams et des guérisseurs, en France et au Mali. Fadi garde un mauvais souvenir des rituels et des remèdes traditionnels qui ont été administrés par les thérapeutes traditionnels, notamment au Mali, et il déclare ne pas vouloir en parler quand nous lui posons la question sur leur déroulement. Sa sœur les définit comme barbares, bizarres, épouvantables. Après 6 mois, la famille commence à s'adresser à des médecins et à des psychiatres, tout en continuant à lui donner des remèdes traditionnels. Fadi est pris en charge dans un hôpital de jour, où il est toujours suivi (au moment de l'entretien). Le psychiatre référant, formé à l'ethnopsychiatrie, adresse et accompagne Fadi au groupe transculturel, en estimant important d'approfondir les aspects culturels de cette irruption de la maladie, dont les causes restent inexplicables. L'objectif est également d'arriver à faire une alliance entre le père et le corps médical, et de faire circuler les différentes hypothèses et étiologies, au-delà de l'opposition entre les représentations traditionnelles d'un côté et les diagnostics psychiatriques de l'autre.

4.6.2 Nomination de la maladie

La maladie est toujours nommée par Fadi avec le terme mutisme.

Les modèles explicatifs changent selon les discours du patient ou de la famille :

- **Fadi :**

Selon Fadi s'agit du « destin » et à propos de la question de la possession, il dit ne jamais

144 Sœur de Fadi, un extrait de l'entretien.

avoir ressenti un corps étranger à soi-même. Il dit s'être toujours senti parfaitement bien dans son corps et dans son esprit.

- **Sœur :**

Selon la sœur il s'agit du traumatisme. Elle fait également l'hypothèse que Fadi soit victime d'un mauvais retour des actes que le père a fait avec les marabouts. Les conséquences des actions du père retombèrent sur la personne plus fragile, ou qui le mérite le moins dans la famille.

« Sœur : Je me dis : « ça se trouve que peut-être un jour mon père a fait quelque chose de mal, et que cela est retombé sur un de ses enfants ». Ou quand tu vends ton âme au Diable, le Diable te demande toujours quelque chose en échange. Honnêtement j'ai pensé pleins des choses comme ça. Je ne sais pas ».

« Sœur : il y a peut-être quelqu'un qui a fait du mal, et c'est Fadi qui prend ».

- **Père**

Enfin, selon le père, il serait habité par un démon, une djinn femme qui est tombée amoureuse de Fadi.

4.6.3 Prototype

A la question s'il s'est passé quelque chose dans votre famille, ou au travail, ou dans votre vie sociale qui pourrait expliquer, pourquoi la maladie est arrivée à ce moment-là, Fadi répond que c'est justement une des questions qu'il se pose de façon récurrente. Il se dit étonné et il n'arrive pas à donner une explication parce que justement à ce moment-là tout allait bien. La famille est d'accord sur le fait qu'il y a un décalage inexplicable entre la situation heureuse et l'irruption de la maladie. La sœur nous rapporte l'opinion des amis, et des membres plus éloignés de la famille, qui associent la manifestation de la maladie de Fadi, à la mort de sa mère. La sœur de Fadi nous apprend ainsi que sa mère qui était malade, depuis 20 ans, d'insuffisance rénale chronique, dans la même période avait été opérée. Fadi semble avoir du mal à mettre dans une chronologie la maladie et la mort de sa mère, par rapport à sa maladie, comme il est mis en évidence dans ce passage :

« **Chercheur** : votre mère n'était pas encore malade quand vous avez eu votre problème de

santé ?

Fadi : Non.

Sœur : ah oui, oui. Rappelle-toi, nous sommes allés ensemble au rendez-vous, tu parlais. Elle avait déjà été opérée de sa tumeur. Elle avait son cancer, mais nous, on ne savait pas encore, qu'elle allait mourir. Ce n'était pas encore métastasé, donc elle avait été opérée. Le médecin avait dit : « on croise les doigts, pour l'instant ça va, mais si ça revient, elle est vraiment dégagée ». De tout façon ma mère est malade depuis qu'elle est petite ¹⁴⁵.

Le discours de Fadi autour de sa propre maladie, nous semble particulièrement dépourvu de prototypes¹⁴⁶ d'épisodes passés de sa propre expérience ou celle de sa famille. Il affirme, en effet, ne jamais avoir eu de problème de santé et ne jamais avoir entendu parler de quelqu'un de la famille ayant vécu des événements similaires. Fadi dit aussi n'avoir jamais eu dans le passé d'épisodes similaires. Le seul épisode qui lui sert de modèle, pour s'imaginer l'évolution de sa propre maladie, c'est une expérience vécue par l'ami d'un collègue de son ancien travail. L'homme a perdu l'usage de la parole, à cause d'un événement non mieux défini, puis il a retrouvé la parole 5 ans après, toujours à la suite d'un autre contingent. Cette histoire a beaucoup d'importance pour Fadi car elle nourrit l'espoir de réacquérir la voix dans un an.

« Fadi : 5 ans après ! Je suis à 4 ans.

Chercheur : Donc, vous attendez le 5ème ? Fadi : oui !»

4.6.4 Facteurs et agent de la maladie

Selon Fadi, la maladie est inexplicable. Il ne reconnaît aucun éléments déclencheurs car tout allait très bien dans sa vie à ce moment, il était même très heureux. Dans la reconstruction de Fadi, tout a changé du jour au lendemain sans raison ni agent apparente.

D'après sa sœur, en revanche, la maladie serait précédée des « crises de folie », traumatisme «la peur lui a coupé la parole »

« Sœur : Parce qu'avant tout ça il était, quand même dans une phase de folie. Comme s'il voyait des choses invisibles, comme s'il avait peur de quelque chose, mais que nous on ne pouvait pas voir. Je pense qu'il a tellement eu peur, que cela lui a coupé la parole. Et ça l'a vraiment traumatisé, à en perdre la voix ».

145 Extrait de l'entretien.

146 Selon la définition du *Mc Gill Illness Interview* (MINI).

Le discours de l'entourage met en relation la maladie de Fadi avec la mort de la mère.

Les agents du monde invisible qui ont provoqué la maladie sont un démon selon la sœur, un djinn femme amoureuse de lui selon le père.

« Autisme inexplicable » serait le diagnostic posé par le psychiatre de l'Hôpital de jour, selon ce qui a été rapporté par Fadi.

4.6.5 Traitements reçus

Comme il est souvent le cas, l'histoire clinique de Fadi se passe dans des différents lieux où il rencontre des thérapeutes divers et variés :

1. Imams

- des récitations de sourates à l'oreille
- de l'huile spéciale à mettre sur le corps
- des herbes à brûler

2. Guérisseurs traditionnels

- des pratiques exorcistes
- des choses à respirer et à boire

3. Médecins (6 mois après la perte de la voix)

4. Hôpital de jour depuis 3 ans et demi

- un psychiatre avec son équipe multidisciplinaire (éducateurs spécialisés, infirmière...) :

5. CMP

- la consultation transculturelle

Selon Fadi les traitements de l'Imam, (l'huile et les herbes à brûler et boire) sont efficaces car ils ont calmé les crises, mais ils sont difficiles à suivre.

Il ne préfère pas exprimer une opinion sur les remèdes des guérisseurs.

Il dit ne pas avoir de problème à suivre le traitement psychiatrique, et il les considère efficaces car grâce aux médicaments il a pu sortir de l'isolement dans lequel la maladie l'avait plongé.

Selon l'opinion de la sœur, les guérisseurs et imams se sont trompés sur l'étiologie de la maladie de Fadi, à savoir la possession par un esprit, car les différents traitements traditionnels ont été inefficaces et ils ont seulement traumatisé son frère. Les prières des Imams l'ont soulagé, mais ils n'ont réveillé aucun esprit en lui, signe pour elle qu'il n'est pas habité.

4.6.6 Impact sur la vie et image de soi-même

A la question « Comment le mutisme a changé votre vie ? » Fadi nous répond que nous allons être très surpris. Il nous raconte qu'avant sa maladie il était plutôt timide et réservé et que cela a changé énormément à partir du mutisme. Depuis qu'il est devenu muet, il communique énormément par l'écriture, il est devenu très ouvert aux gens et il s'est rendu compte qu'il apprécie beaucoup le contact des autres. Sa vie culturelle et sociale est aussi devenue beaucoup plus riche : il a commencé à sortir fréquemment et à aller au cinéma ou dans des lieux culturels comme les châteaux, les musées, ou encore les églises et les cathédrales.

Il se décrit comme une personne solaire, souriante et avec beaucoup de confiance en lui-même, ce qui, selon lui, l'a aidé le plus dans sa vie. Il ne veut pas se considérer comme muet et il n'a jamais voulu apprendre la langue des signes. Ceci, car il considère que son mutisme est temporaire et il reste optimiste à l'idée de retrouver bientôt la voix.

Les personnes sont très curieuses par rapport à la façon de communiquer de Fadi avec sa sœur car ils communiquent sans parler et ils n'utilisent pas la langue des signes. Parfois, quand il est tout seul et qu'il veut communiquer avec les personnes, celles-ci pensent qu'il est étranger et commencent à lui parler en anglais.

Sa famille est restée très proche de lui et elle l'a toujours soutenu. Et, face à son mutisme, les gens en général font plus attention à lui. Fadi dit ressentir une certaine sensibilité à son égard, particulièrement de la compassion, de la gentillesse.

Fadi est d'avis que la meilleure façon de traiter avec des personnes qui ont ce même problème est de vouloir communiquer et chercher des outils pour remplacer le langage.

4.6.7 Fonction de la maladie

L'anthropologue David le Breton, auteur de l'ouvrage *Eclats de voix, une anthropologie des*

voix nous rappelle que la voix est le signe invisible du lien entre le corps et le langage. Lieu privilégié de l'entre-deux, elle est à la fois incarnée et immatérielle. Elle est invisible mais elle est également un des signes les plus importants de la présence de l'autre et de Soi-même par rapport à l'autre. La voix est à la frontière entre le sens et le son, entre le dedans et le dehors, entre le désir intime et son externalisation possible. « Le souffle qui alimente la voix est souvent associé à l'esprit, comme dans l'hébreu *rouah*, le latin *animus* ou le grec *pneuma* ou psyché (...) » (Le Breton, 2011).

Fadi nous semble exprimer un *paradoxe ordonné*¹⁴⁷ modulé par la voix. La voix crie, par son absence, et elle « révèle la qualité de la présence comme cette inquiétante étrangeté à nous-mêmes qui surgit quand elle se meurt, hésite ou se brise, dans l'aphasie, l'autisme, le bégaiement, la mue ou la dépression¹⁴⁸ ».

En lui donnant son absence, la voix permet à Fadi *de développer la qualité de la présence*, qui lui fait gagner l'attention et la bienveillance des autres. Après la maladie, sa relation avec les autres changes, en mieux. Les personnes sont plus attentives et bienveillantes à son égard et lui-même commence à participer de façon différente à la vie sociale. Il devient en effet culturellement beaucoup plus actif, comme si le mutisme lui donne l'espace pour s'inventer et jouer un rôle différent, de personne timide à personne solaire, ouverte, communicative.

L'extinction de la voix survient dans un moment charnière de la vie de Fadi, vers ses 17 ans, à la fin de l'âge de la puberté, un moment où la voix et la mue sont parmi les signes extérieurs, socialisés et *socialisables*, des changements qui interviennent à l'intérieur du corps et du psychisme du sujet. À partir de la puberté, en effet, la voix affirme une différenciation sexuelle.

L'impossibilité soudaine de parler « comme si la voix était engluée en soi, devenue inaccessible, trop lourde à charrier jusqu'à la bouche » (Le Breton, 2011) arrive après des crises de transe, de la crise de l'adolescence, dans lesquelles la voix changée, devient méconnaissable, ou il y a la perte du contrôle de la parole, de ses actions, et de sa volonté.

La voix devient donc l'emblème de la crise dans son sens de changement, de «décider», de «faire un choix» et donc elle ouvre à des opportunités et elle est une opportunité pour être, ou

147 C'est le titre de l'article de Beneduce et Talliani, qui fait référence à l'expression inventée par Holmberg pour décrire dans une société népalaise le rôle occupé par les rituels et le chamanisme (« order in paradox »), et BODDY (1989) à propos de la possession du Soudan qui est décrite en termes de « paradoxe et rhétorique ». BENEDUCE, R., & TALIANI, S. (2001). Un paradosso ordinato. *Antropologia*, 1(1).

148 VINCENT-BUFFAULT Anne, «Le frémissement des voix», *Quaderni* [En ligne], 78 | Printemps 2012, mis en ligne le 13 décembre 2012, consulté le 12 juin 2018. URL : <http://journals.openedition.org/quaderni/585>

faire, autrement. Le mot latin *crisis* signifiant un assaut, dans le sens de l'insurgence soudaine de quelque chose¹⁴⁹, et du grec κρισις au sens de séparation, de la faculté de distinguer, passer au tamis, passer au crible¹⁵⁰. Le Breton explique que « on ne peut pas vivre sans voix, ne l'avoir jamais entendue et participer pleinement au lien social » car « ne plus disposer de sa voix c'est aussi perdre la parole et ne plus assurer sa position d'acteur à l'intérieur du lien social » (Le Breton, 2011).

Dans le cas de Fadi, au contraire, il nous semble que c'est justement la perte de la voix qui lui permet de relâcher des liens familiaux, peut-être trop étroits, et de prendre sa position de protagoniste à l'intérieur de la communauté plus élargie.

149 ERNOUT, A., & MEILLET, A. (1951). Dictionnaire étymologique de la langue latine. Histoire des mots.

150 ROMIZI, R., & NEGRI, M. (2007). *Greco antico: vocabolario greco italiano etimologico e ragionato*. Zanichelli.

4.7 - Geldon

« On me prend pour un idiot, et pourtant je suis intelligent et ils ne s'en doutent même pas ».

« Mais si je ne reconnais à personne le droit de me juger, je sais cependant que l'on me jugera, lorsque je ne serai plus un défenseur sourd et sans voix. Je ne veux pas partir sans laisser un mot en réponse - une parole libre et non contrainte ». L'Idiot, Dostoïevski

En 2015, dans le cadre des recrutements de patients, nous avons présenté notre recherche au cours d'une réunion STAFF de l'Equipe précarité du Centre hospitalier spécialisé de Savoie (Chambéry). Sur la base des critères d'inclusion énoncés, le chef du service, psychiatre, nous a mis en contact avec Geldon un homme d'origine kosovare, arrivé en France avec sa famille pour des raisons politiques. Dans son histoire de la maladie, le Docteur G. réfère que l'élément qui faisait le plus souffrir le patient, était des présences qui s'exprimaient par des murmures qui le terrorisent. Un an après son arrivée en France avec sa famille, quand leur situation a commencé à se stabiliser, il a commencé à avoir des crises, pendant lesquelles il entendait des chuchotements et son entourage lui disait qu'il parlait tout seul. Il n'a aucun souvenir de ce qui se passe pendant ces moments. Après chaque épisode, il prend beaucoup de temps à s'en remettre psychologiquement et physiquement. Il était très angoissé de devenir fou.

Six ans après son arrivée en France, la situation de Geldon s'est stabilisée, il va mieux et sa famille aussi. Il ne fait presque plus de crises, ses problèmes de sommeil sont résolus et les cauchemars se font rares. Il a une énorme reconnaissance envers le Dr G » (« elle mérite le Prix Nobel (...) elle m'a sauvée la vie ») qui lui propose de faire partie de notre recherche, comme un moyen de « lui rendre service » et d'alléger ainsi la charge de la dette morale que le patient ressent envers elle.

Nous avons réalisé avec Geldon deux entretiens, dans le bureau que le Docteur nous a prêté, dans le CHS de Savoie. Nous avons laissé le choix au patient, qui a préféré ce lieu, car il est loin du centre de Chambéry, et notamment du service d'accueil de jour, un lieu qui lui rappelle les premiers, et très difficiles moments de son arrivée en France.

4.7.1 L'enchaînement des épisodes par rapport à la maladie

Geldon est un homme kosovar de 50 ans environ, marié avec 4 enfants : un garçon de 21 ans, une fille de 18 ans, une autre de 15 ans et le dernier né de 10 ans. Au Pays, il était photographe de profession, un travail qui lui a été transmis de son père. Il était propriétaire de

deux boutiques de matériel photographique et vidéo et il avait une vie plutôt aisée. Il parle 7 langues et il a un niveau élevé d'étude.

En 2015, il commence à être recherché et persécuté par les services secrets serbes à cause de certaines photos que son père avait pris pendant la guerre en Ex-Yougoslavie dans les années '90.

Le père avait pris des clichés des maisons brûlées, détruites, des nombreux morts et des conditions des prisonniers. Geldon ignore comment son père a pu rentrer dans les prisons pour faire des photos, mais quand il s'est renseigné sur le sort des détenus, il a découvert qu'ils avaient tous disparus.

La guerre se termine et les forces de l'OTAN commencent à constituer des procès aux criminels de guerre. Lors du procès des militaires serbes, Geldon est convoqué comme témoin car les photos prises par son père constituent une preuve accablante. À la recherche d'autres clichés compromettants, des hommes armés fouillent la boutique et la détruisent. La situation devient de plus en plus tendue. Geldon échappe deux fois à des tentatives d'assassinat et d'enlèvement. Il commence donc une clandestinité qui durera 2 ans et demi et qui l'amèneront à se cacher en Roumanie, Bulgarie, Albanie, Kosovo. Chaque fois on le retrouve, et il arrive à s'échapper de justesse. Il est braqué et trahi par ses propres amis, parmi lesquels, son avocat.

Pendant une agression il est blessé derrière la nuque et il a encore aujourd'hui des séquelles. Il ne peut pas aller à l'hôpital car il a peur d'être arrêté.

Sa propre famille reçoit des menaces et est obligée de se déplacer. Dès qu'il a une possibilité, il quitte son Pays avec sa famille. Toute sa fortune a été dilapidée pour lui garantir la clandestinité.

Leur arrivée en France est très difficile ils arrivent en plein hiver à Chambéry, en Savoie. Le passeur lui dit qu'ils étaient arrivés à Paris, et il leur vole le peu d'argent qu'ils ont pu amener avec eux. Geldon me dit avec un sourire triste, comme gêné par sa naïveté « Je cherchais avec les yeux la Tour Eiffel pour m'orienter. Nous étions perdus ». La famille se retrouve à dormir dehors, en décembre, dans une maison en construction. Ils ont la chance d'être trouvés et accueillis par un couple de savoyards, des bénévoles qui ont constitué une association pour l'accueil des migrants. Ils leur offrent un refuge et ils les adressent au CHS de Savoie. Pendant toute la première année, Geldon se bat avec toutes ses forces pour offrir une condition de vie digne à sa famille. Il est le seul à pouvoir communiquer car il parle anglais et il trouve un travail dans le bâtiment.

En 2010, un an environ après son arrivée en France, la famille a retrouvé une vie à peu près normale et c'est à ce moment-là que quelque chose en Geldon se casse, quand tout allait bien. Les enfants étaient bien scolarisés, sa femme prenait des cours de français, mais alors, une souffrance cachée en lui se réveille. Dans un moment de tranquillité, du jour au lendemain, il devient « très déstabilisé en santé mentale¹⁵¹ ». Geldon l'appelle la souffrance d'avoir quitté son Pays.

Ses problèmes de sommeil, déjà importants, empirent. Désormais il ne dort presque plus, et dans les rares moments de sommeil, il est envahi par des cauchemars. Il a des crises de cris incontrôlables et des épisodes où il est comme absent, il commence à parler tout seul et à entendre des voix, des murmures. Il est terrorisé par ces épisodes dont il n'a aucun souvenir, sinon la trace d'une grande fatigue.

Sa famille est dérangée car son caractère a changé : il est très fatigué, irritable, hyper-vigilant, il ne fait confiance à personne et il s'isole beaucoup. Il a la terreur de devenir fou et il ressent une honte terrible lorsque son entourage lui partage qu'il parle tout seul, sans que lui ne s'en rende compte ni ne puisse le contrôler.

Sa femme et ses enfants sont très inquiets et ils ont peur qu'il puisse se suicider.

Geldon est prise en charge par la psychiatre, chef de service du CHS. L'alliance thérapeutique s'installe presque tout de suite et très fortement. Le traitement arrive à régulariser son sommeil et à atténuer ses angoisses ; ce qui est encore plus important pour Geldon, c'est que la psychiatre arrive à le rassurer, lui et sa famille, sur le fait qu'il ne va pas devenir fou.

Grâce au traitement et la forte alliance thérapeutique avec la psychiatre, chef du service du CHS de Savoie, après 5 ans de traitement, il va beaucoup mieux, il n'a plus de cauchemars ni de murmures. Ses enfants ont grandi et une de ses filles a d'excellentes notes à l'école et veut devenir médecin. Le plus âgé, de 22 ans, a ouvert sa propre entreprise. Geldon travaille et désormais il s'entend bien avec ses voisins et ses collègues. Sa femme commence à bien parler français et 7 ans après Geldon peut dire que tout va bien, mais la nostalgie de son Pays est toujours vive et douloureuse. « Geldon : Ils me manquent. Tout le temps ils me manquent. Les amis, les voisins, la maman et le papa. Mêmes les routes me manquent ».

¹⁵¹ Définition donnée par Geldon au cours de l'interview

4.7.2 Symptômes et manifestations de la maladie

Geldon a des épisodes morbides, des crises, pendant lesquels il entend des voix, des murmures. On lui dit que pendant ces épisodes, son visage, notamment ses yeux, changent et qu'il parle tout seul, mais il n'a aucun souvenir de cela. Après les crises, il se sent « comme ivre », il est dans un état de profonde prostration psychique et physique, qui peut durer longtemps après les crises. Il est tout le temps dans un état d'hyper-vigilance et il n'arrive pas à faire confiance aux gens. Il parle plusieurs langues mais, dans certains moments, il est comme perdu dans une impasse de la communication, il n'arrive pas à « sélectionner, activer » la langue et le ton adaptés pour parler avec son interlocuteur. Par conséquent, il s'isole beaucoup même vis à vis de sa femme.

« Geldon : J'ai ne trouvé pas la langue, ni les mots, ni le ton à utiliser. C'est bizarre ! Maintenant, ça me fait peur quand j'y pense. C'est vrai ! ».

Il a des idées noires. Le suicide est envisagé comme une solution pour protéger et soulager sa famille. Il ne fait pas pour autant des passages à l'acte car il ne veut pas les abandonner dans une situation instable.

Il est envahi par les cauchemars et des reviviscences diurnes.

Il a une nervosité constante et accentuée dans des lieux bondés de personnes.

Son caractère, aimable et gentil, change soudainement. Il est souvent sec verbalement et il se dispute souvent avec sa femme, ce qui n'était jamais arrivé auparavant.

Il a tendance à s'isoler, de tout le monde.

4.7.3 Parcours de soins et nomination de la maladie

Geldon définit sa maladie les « Murmures » ou « les crises ». Il a reçu le diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT) par le psychiatre traitant. Les agents de l'invisible, le terme est utilisé ici au sens large, sont « Les voix » entendues par Geldon.

Les différentes étapes du parcours de soins sont schématisées dans la grille qui suit.

En France :

Institution/service	Prise en charge/traitement	Opinion
Secours catholique	Prise en charge administrative, sociale, économique,	« Ils nous ont beaucoup aidé »
Croix Rouge	Médecin légiste : - examens médicaux : bilan sanguin, radio... - certificat médical pour la demande titre séjour pour soins	
Point Santé, Accueil de jour CHS	Psychologue Psychothérapie	Inutile et pas efficace. « Geldon : je crois que lui n'a pas bien compris ma situation, ou il ne voulait pas comprendre, parce qu'il y avait beaucoup d'étrangers là-bas. Donc, à mon avis, lui il ne s'occupait pas sérieusement de moi. Je lui ai expliqué plein de choses et lui, il m'écoutait, comme le héros de Tolstoï ».

<p>Point Santé, Accueil de jour CHS</p>	<p>Psychiatre (prise en charge depuis 6 ans) :</p> <ul style="list-style-type: none">- traitements psychiatriques <p>ALDOL - TERCIAN</p>	<p>« Elle mérite le prix Nobel » « Elle m'a sauvé la vie » « Elle a trouvé le chemin pour m'aider à revenir à la normalité »</p>
---	--	--

4.7.4 Prototypes

Il n'a jamais eu de problèmes de santé similaires auparavant. Et, surtout pas pendant la clandestinité, affirme-t-il. L'explication qu'il donne est que cela aurait pu être dangereux pour lui.

Dans sa famille, la seule personne, qui a eu une expérience qui peut se rapprocher en partie de la sienne, est un cousin éloigné. Son histoire est considérée similaire car lui aussi a été plusieurs fois agressé pendant l'occupation serbe et il a « changé de caractère ». Il a commencé à avoir des comportements bizarres et, notamment, à trop parler. « Geldon : Il n'était pas agressif, il était très poli avec tout le monde, mais il parlait beaucoup. Et des fois, il faisait les gestes qui ne sont pas très agréables devant les autres ».

Il a beaucoup lu, dans plusieurs langues. À la question de savoir si, dans les livres ou media, il a pu lire un témoignage de quelqu'un qui a eu une expérience similaire à la sienne, il répond en citant deux ouvrages *L'Idiot* de Dostoïevski et *Ainsi parlait Zarathoustra* de Nietzsche. Pour autant, il n'explique pas le lien qu'il fait avec les deux ouvrages ; au contraire, il dit que même s'il a beaucoup lu (et en plusieurs langues), il n'a jamais retrouvé un problème de santé comme le sien.

Nous avons fait l'hypothèse que *l'Idiot* lui rappelle sa peur d'être considéré comme un fou, ou de se ridiculiser devant les autres. Le docteur G. semble partager notre avis car dans une partie de l'interview il affirme : « Docteur G. : « Il lui disait : « tu parles tout seul » et lui il ne se rappelait pas. Manifestement c'étaient des peurs, des cauchemars. Alors là, cela fait partie de la peur de devenir fou. Parce que quelqu'un qui parle tout seul, c'est quelqu'un qui est fou. C'est l'image de *l'idiot* du village qui se balade en parlant tout seul. Parler tout seul ça fait penser à dérailler ».

Ainsi parlait Zarathoustra, nous a fait associer à la solitude, à l'isolement dont il a souffert pendant la clandestinité.

Facteur déclenchant la maladie

« L'émotion » « le système sentimental ». De son point de vue, il est tombé malade car déstabilisé par l'émotion, notamment par la nostalgie de son Pays : ils lui manquent, tout d'abord les collègues, les voisins, les parents, sa vie d'avant. Il dit avoir tout perdu, tout ce que lui et sa femme avaient construit dans une vie de travail et d'épargnes.

4.7.5 Impact sur la vie et Image de Soi

Geldon se définit comme une personne très optimiste. Il a toujours été quelqu'un de très mesuré, modéré, dans ses gestes et ses paroles. Il a toujours eu un caractère très aimable, toujours entouré par beaucoup d'amis, de familiers et de voisins.

À son arrivée en France, la plupart des personnes, lui ont démontré une grande gentillesse et disponibilité, mais il craint la stigmatisation de la folie, depuis que la maladie s'est déclenchée, et jusqu'à ce que la situation soit stabilisée. Il ressent, aussi, de la culpabilité vis-à-vis de sa famille car il se sent défaillant dans son rôle de père de famille. Il pense qu'au lieu de les protéger et de les soutenir dans leur intégration dans le nouveau Pays, il les expose aux dangers.

« Geldon : je pensais que si la santé du père n'était pas bonne, on était perdus. Perdus pour perdus, il fallait rester chez nous : perdus là-bas ».

Il est aussi envahi par la peur de devenir fou et par la honte de ne pas contrôler ses paroles et ses actions. Il invente alors des stratégies, pour cacher le fait qu'il parlait tout seul. Pour le cacher à ses enfants, il essaye de « tourner en blague ma turbulence de santé », disant par exemple qu'il était en train de chanter dans une langue que les autres ne connaissaient pas.

4.7.6 Les mots et les choses¹⁵²

L'état de calme est souvent associé, dans le récit de Geldon, au début des problèmes. Déjà au pays, c'est dans un climat de tranquillité et de reconstruction après la guerre au Kosovo, que « les gens commencent à chercher les responsables » que les forces de l'ONTA cherchent des témoins et des preuves, et que les problèmes de Geldon commencent.

C'est toujours dans le calme, 1 an après son arrivée en France, que les voix, les murmures commencent à lui parler.

Ce n'est pas rare, en effet, que certaines personnes développent les symptômes du TSPT plusieurs semaines, ou mois, après l'événement qui a impliqué un risque physique, ou la menace d'un risque, pour soi ou autrui. Mais, si nous laissons momentanément de côté la symptomatologie et sa lecture, et que nous choisissons l'étude du récit de Geldon, en analysant ses comportements, ses discours, ses représentations comme des systèmes

152 Titre de l'ouvrage de FOUCAULT, M. (2014). *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*. Editions Gallimard.

signifiants, nous remarquons qu'un des noyaux centraux est constitué par la parole et son statut. Plusieurs fragments narratifs, qui jalonnent du récit de Geldon, se référant à la catégorie que nous avons nommée « les mots et les choses » comment nous l'expliquerons par la suite : les 7 langues, des mots sans signifier, des voix sans paroles, des discours décousus, des silences qui frappent et qui font crier, l'incapacité soudaine de ne plus arriver à contrôler sa parole, ni le ton, ni la langue adaptée pour parler avec l'interlocuteur.

Tout d'abord nous analysons l'être polyglotte. Parler plusieurs langues, est la base sur laquelle se construit son *auctoritas*, son prestige, sa puissance, l'autorité qui impose la confiance à sa famille, ce qui lui donne l'assurance, la garantie de pouvoir se sauver.

A son arrivée son rôle de père se juxtapose au rôle de porte-parole, c'est lui le seul qui peut communiquer les idées, les exigences, les désirs de sa famille avec la communauté d'accueil, justement grâce au fait qu'il est le seul à parler anglais.

Le reste de la famille est muet dans le nouveau contexte et n'a pas de moyens linguistiques pour communiquer directement avec l'extérieur. Un an après, quand les enfants sont scolarisés, nous pouvons faire l'hypothèse qu'ils ont alors appris des paroles pour communiquer dans l'école, Geldon tombe malade. Il a des signes de dissociation, il a des moments où il arrête de communiquer avec son entourage et il commence à parler avec des voix. Qu'est-ce qu'elles disent les voix ? Il n'arrive pas à se souvenir de leurs paroles, ni des langues dans lesquelles il parle avec eux, sans en être conscient. Il s'agit de voix sans objet de communication, il les appelle les murmures.

Au moment où la famille commence à apprendre le français, à pouvoir communiquer de façon autonome, il y a comme un éclatement du discours chez Geldon. La perte du statut de seul et unique représentant de la famille, joue au niveau du lien entre la parole et la représentation, entre *les mots et les choses*. En paraphrasant Michel Foucault la parole, libre enfin de ce rapport qui l'enchaînait à sa représentation, peut se donner comme pure représentation, ici entendue comme une *chose*, une image silencieuse¹⁵³. Nous avons donc des *communications paradoxales*, des voix, sans émetteurs, sans sujet, sans messages, ni code. Le psychiatre nous dit, en effet, que le patient n'a jamais donné une identité aux voix, et, Geldon nous partage qu'il n'a jamais pu reconnaître la langue ou se souvenir des contenus du discours, que lui-même a prononcé ou entendu.

153 FOUCAULT, M. (2014). *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*. Editions Gallimard.

Pendant les crises de transe, la dissociation n'est pas, seulement entre le corps et l'esprit, ou la conscience et le corps, mais également entre le langage et sa faculté d'exprimer la pensée, ainsi qu'entre l'intention et l'acte, « un divorce du cœur et de l'esprit¹⁵⁴ ».

La dissociation linguistique, la perte du contrôle de la parole, et par conséquence de son *auctoritas* amène à une déségrégation de la fonction de la parole de Geldon et, par conséquence, de l'image de Soi.

« La parole n'est pas le « signe » de la pensée, si l'on entend par là un phénomène qui en annonce un autre comme la fumée annonce le feu. La parole et la pensée n'admettraient cette relation extérieure que si elles étaient l'une et l'autre thématiquement données ; en réalité elles sont enveloppées l'une dans l'autre, le sens est pris dans la parole et la parole est l'existence extérieure du sens¹⁵⁵».

« Docteur G. : Et quand il parlait tout seul, lui, si je me souviens bien, il ne savait pas non plus qu'est-ce qu'il disait. Et ça c'est le pire. Et je n'ai pas la notion qu'il parlait à quelqu'un. Je ne suis pas sûre qu'il parlait à ces murmures. J'avais plutôt l'impression qu'à ce moment-là, il était comme agit par une force qu'il ne pouvait pas contrôler. Je pense que les gens l'imaginent, un peu comme un fantôme. Ils disent être comme une marionnette. Je pense que les gens doivent se sentir habités, n'être plus maître de leurs pensées ».

Geldon, l'homme qui parle plusieurs langues, qui est, nous pourrions dire, un expert en communication, car il maîtrise de nombreux codes de communication, linguistiques et aussi visuels comme la photo, se retrouve démuné de son pouvoir. Il a peur de devenir son alter-ego, *un autre moi*, l'idiot qui parle avec des murmures, des mots intelligibles, qui ne peuvent pas être saisis, ni identifiés par l'intelligence ou l'ouïe ; la parole de l'*Idiot* est la parole sans crédit.

4.7.7 L'entraînement à la transe

Geldon nous apprend, au cours de la deuxième interview, qu'il avait été formé dans l'armée à gérer des situations de stress aiguë, en faisant recours à la transe. Dans le groupe militaire dont il faisait partie, beaucoup des membres, y compris les chefs militaires, étaient des membres du mouvement mystique islamique *Bektachia* (ou BEKTĀŖĪĀ). Il s'agit d'un ordre soufi syncrétique et hétérodoxe, trouvé principalement en Anatolie et dans les Balkans. « Dans les Balkans contemporains, l'*alévisme* et le *bektachisme* représentent deux courants spirituels étroitement associés. Inscrits dans la mouvance soufi, mystique et ésotérique de

154 Geldon, Extrait du 2ème entretien.

155 Merleau-Ponty, M. (2013) *Phénoménologie de la perception*. Éditions Gallimard.

l'islam, ils puisent dans le passé ottoman de la région¹⁵⁶». Du soufisme, selon ce qui nous a été reporté par Geldon, l'armée retient notamment la technique d'induction de la transe.

« Dans le système symbolique du soufisme, le désir d'entrer en transe est interprété comme le désir de se détacher du monde sensible pour tendre vers Dieu, de faire le vide en soi pour se laisser habiter par la présence divine, source de quiétude et de sérénité. Les techniques utilisées pour aider les candidats à l'expérience de la transe sont les mêmes que dans le système de la possession. Les saints sont convoqués pour faciliter la démarche¹⁵⁷».

Les militaires adhérents au *Bektachia* se servent de cette technique dans un but non religieux. L'apprentissage de la dissociation entre le corps et l'esprit a, en effet, la finalité de s'entraîner à résister à la torture « à ne pas parler » même pas sous torture.

« G. : Donc ils tombent en transe. Et quand ils tombent en transe, ils mettent des aiguilles dans le corps, mais ils n'ont pas mal. C'est une méthode pour divorcer l'esprit avec le physique, vous connaissez ça ? Par exemple, s'il y a une guerre, si l'autre t'attrape, il te fait beaucoup de mal choses, pour que tu parles. Donc on a étudié ça aussi pour divorcer de nous-même, s'ils nous coupent les doigts, ils nous cassent les dents, ou ils nous font beaucoup d'autres choses, nous on fait ça, pour ne pas parler, pour rester cool. »

La dissociation c'est aussi une organisation des techniques du corps. « La cohérence du corps, sa fragmentation aussi, est en rapport avec le degré de transcription des éléments d'apprentissage et de savoir qui l'établit comme lieu d'une mémoire du groupe et de la filiation humaine. Mais le corps est également l'objet de manipulations multiples pouvant le barrer, l'exposer ou le maintenir en attente dans une procession de rites initiatiques et dans un travail collectif de construction des émotions¹⁵⁸ ou de barrage, de défense contre elles, comme dans le cas de Geldon. La transe c'est donc une *mnémotechnique*, du corps et de l'esprit, que Geldon a appris à produire et gérer, de façon consciente et à utiliser comme moyen de défense pour protéger la personne contre la douleur écrasante et les traumatismes, pas seulement au moment dans laquelle elle se déclenche, mais successivement grâce à l'oubli.

156 DEPRET, Isabelle «Le patrimoine bektachi-alévi de Thrace grecque au début du XXI^e siècle. Héritage délaissé, partagé, disputé ?», *Anatoli* [En ligne], 6 | 2015, mis en ligne le 01 août 2016, consulté le 15 juin 2018. URL : <http://journals.openedition.org/anatoli/294> ; DOI : 10.4000/anatoli.294

157 ANDEZIAN, Sossie «Dire la transe en islam mystique», *Archives de sciences sociales des religions* [En ligne], 111 | juillet-septembre 2000, mis en ligne le 19 août 2009, consulté le 15 juin 2018. URL : <http://journals.openedition.org/assr/20219> ; DOI : 10.4000/assr.20219

158 LE BRETON D. (1998), *Les passions ordinaires. Anthropologie des émotions*, Paris, A. Colin.

La question, que nous nous posons, c'est donc pourquoi cette technique s'est déclenchée de façon *automatique* ?

Nous avançons l'idée que la tranquillité a créé un vide, un silence de la nécessité, qui a du coup permis aux cris de douleurs de Geldon, qui jusque-là étaient bien étouffés, d'être entendus. Les cauchemars diurnes et nocturnes commencent à le hanter et il se retrouve à crier malgré lui. Nous faisons l'hypothèse, qu'à ce moment-là, la transe se déclenche telle un mécanisme de défense, d'un côté pour se défendre de la douleur provoquée par les reviviscences, de l'autre côté pour s'empêcher de crier et de parler, selon la même logique psychocorporelle apprise dans l'armée. « Les mécanismes de défense sont des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente, le sujet pouvant au mieux percevoir le résultat de leurs interventions et s'en étonner éventuellement » (Chabrol, 2005).

Pour éviter de dire à son entourage des secrets, des paroles qui font du mal, des souvenirs, pour le protéger finalement, il utilise la technique apprise : la transe et la dissociation.

Nous comprenons, enfin, pourquoi la psychiatre nous a proposé Geldon pour notre recherche. Nous avons en effet toujours pensé qu'il s'agissait des symptômes classiques de la dissociation Post Traumatique. La psychiatre, en revanche, grâce aussi à l'excellente alliance thérapeutique qui a été installée avec Geldon, a pu se rendre compte que les voix n'étaient pas seulement un signe *classique* d'un syndrome post-traumatique majeur. En effet, la façon dont l'inconscient se servait de ces moments de trances révélait quelque chose de non commun : ils constituaient un mécanisme de défense singulière car construit à partir d'un véritable apprentissage.

D'un point de vue clinique, le Docteur G. a fait l'hypothèse d'un double traumatisme, c'est à dire, en deux temps : quand il était soldat pendant la guerre des Balkans et successivement quand il a commencé (à) être persécuté à cause des photos de guerre.

« C'est le plus gros symptôme post-traumatique que j'ai vu¹⁵⁹ » affirme-t-elle mais, en même temps, il y avait, selon ce qu'il racontait, des chuchotements, des murmures. Ces perceptions « anormales » lui avaient complètement transformé la vie, ça le déstructurait complètement et il mettait des heures à s'en remettre.

« Docteur G. : Il avait presque honte d'en parler, parce qu'on ne parle pas de ça à un docteur. Il avait tort, parce que je n'ai jamais pensé que cet homme avait une psychose, et vraiment j'ai

159 Docteur G., Extrait de l'entretien.

pensé qu'il y avait des phénomènes, on pourrait dire dissociations, au sens très large, on peut dire au sens DSM, pas au sens de schizophrénie ».

Le docteur G. a une grande expérience avec des patients originaires d'Afrique, et souvent elle a écouté des discours autour des présences du monde de l'invisible. Si, d'un côté, elle n'a pas dans sa pratique, l'habitude d'utiliser les étiologies traditionnelles comme un levier thérapeutique, de l'autre sa formation de thérapeute systémique et, ses expériences personnelles, ainsi que sa pratique clinique lui permettent d'accueillir le discours sur des mondes invisibles, sans avoir la nécessité de les ramener à une symptomatologie. Ceci tout en se concentrant, comme elle le dit, sur ce qui fait le plus souffrir le patient aujourd'hui, ici. Il n'était pas possible, non plus, de qualifier les voix d'éléments culturels, à son avis, car le patient est quelqu'un de très rationnel et

« Docteur G. : Il n'était pas du tout dans des histoires d'esprits. Cliniquement, j'ai même pensé à un moment qu'il avait une épilepsie bizarroïde, cela ne ressemblait pas beaucoup à la psychose, il n'a jamais eu d'antécédents et à son âge ça aurait été très difficile qu'elle se déclenche pour la première fois. (...) Alors, si on veut rester dans une rationalité purement psychiatrique, mon hypothèse c'est de l'onirisme, dû à la fatigue, à la privation du sommeil ».

Toutefois, elle a des doutes sur ce diagnostic car les présences n'étaient pas constantes, et cela le terrorisait.

Au niveau de la thérapie, elle se voit « obligée » à la demande de Geldon de lui donner un traitement assez fort, qu'elle donne normalement aux gens qui délirent : l'Haldol et le Tercian. « (...) *lui était déjà plus tranquille et puis ce qui a beaucoup changé, c'est lui qui m'a dit ça, c'est quand je lui ai parlé de ces médicaments post-traumatiques, et que j'ai fini pour lui prescrire, parce qu'il ne dormait pas. Il ne me décrivait pas les cauchemars mais l'insomnie totale. J'en ai prescrit le moins souvent possible* ». En même temps elle rassure beaucoup Geldon et sa famille sur le fait qu'il n'allait pas devenir fou, que ça allait prendre du temps :

« Docteur G. : J'ai pensé surtout à le rassurer. Je lui ai dit : « écoutez, à mon avis c'est ça, c'est complètement en lien, avec votre souffrance psychique, car vous avez vécu des choses très fortes, et cela amène à avoir des sensations extrêmement étranges. Le fait que vous vous rendez compte que c'est étrange, ça prouve que vous n'êtes pas fou. Car quand on est fou, on ne s'en rend pas compte forcément. Ça durera le temps que ça durera et l'idée, avec les médicaments, c'est de pouvoir au moins atténuer cela. C'est l'idée de donner un sens, au moins provisoire à ce qui se passe. Et que les gens puissent faire avec »

4.8 - Isaac

4.8.1 Note de recherche

Nous avons connu Isaac par le biais de P., infirmière en psychiatrie, au CHS de Savoie. Elle a décidé de nous présenter le patient, après avoir participé à une journée de formation que nous avons donnée dans le même service sur les fondamentaux de l'ethnopsychiatrie. À cette occasion, nous avons également décrit les étiologies traditionnelles, et notamment la possession. Nous avons montré un film *La taranta* de G. Mingozi. Le documentaire filme les possédés par la *tarentule*, tantôt pendant le rituel thérapeutique traditionnel au rythme de la musique pressante du tambourin, violon et accordéon (la *pizzica*, une tarentelle) et pendant le rituel « public », la nuit entre le 28 et 29 juin dans la chapelle de Saint-Paul. La théorie sur le *tarantisme* s'exprime à travers les images et les résultats de la recherche ethnographique menée par Ernesto De Martino, dans le Salento (Pouilles) et publiée dans « La Terre du remords ».

« P. : Je me rappelle très bien du film pour notre journée de formation, et puis de la discussion. (...) »

Et moi, ce qui me revenait à l'esprit (dans le cas d'Isaac), ce n'est pas quelque chose de l'ordre de la possession, mais c'est cette image de la grand-mère. Elle est comme un *polaroid* dans ma tête, tellement il a cette capacité de la faire exister. Et, du coup c'était ça, que j'avais. Cette histoire de cette grand-mère et de ce qu'elle est pour lui ».

P. nous a donc mis en lien avec Isaac car dans ses discours la présence du monde de l'invisible, la manifestation de l'esprit de la grand-mère et, plus globalement, l'expression des croyances autour des morts, des ancêtres et de leurs esprits qui reviennent aux vivants, lui semble centrales dans son récit.

Nous avons réalisé deux entretiens de recherche avec Isaac, dans un bureau du Centre d'Accueil de jour, et un autre entretien avec l'infirmière psychiatrique.

Nous n'avons pas eu la possibilité de consulter le dossier du patient et notre reconstruction de l'histoire clinique, d'Isaac se base uniquement sur les entretiens réalisés.

4.8.2 L'enchaînement des événements liés au problème de santé

Isaac est un homme de 30 ans environ. Il est originaire de République démocratique du Congo. Sa langue de cœur est le Kikongo, il parle également Lari et il a un excellent niveau

de français grâce aussi, au fait qu'il a fait ses études universitaires dans cette langue. Il était issu de la classe moyenne, avec une bonne situation économique, et il travaillait dans la sécurité de l'aéroport de Kinshasa. Il est marié, avec deux enfants. Depuis son départ, il n'a plus aucune nouvelle de sa famille.

Un jour en allant au travail en taxi, il s'est retrouvé au milieu d'une manifestation, qui a été violemment réprimée par les militaires. Le chauffeur du taxi est tué par des balles perdues et Isaac, en essayant de s'échapper, va être attrapé par la police. Il est torturé pendant plusieurs jours et jeté dans un trou. Il arrive, enfin, à s'échapper de la prison en grim pant et marchant sur les cadavres des autres prisonniers. Il se réfugie chez un membre de sa famille, qui lui paye le voyage pour arriver en France. Il quitte, 5 jours après, son pays, sa femme et ses deux enfants, dont il n'a plus aucune nouvelle depuis. Il présente des séquelles au niveau de la colonne vertébrale, à la mâchoire et à la nuque à cause des coups et des tortures subies. Il arrive en France, en Savoie, et il est accueilli dans un centre d'hébergement temporaire. À ce moment là les symptômes post-traumatiques se déclenchent et il commence à avoir des crises de cris, notamment la nuit, des cauchemars et des reviviscences d'images traumatiques. Il a, également, des moments d'absence, notamment associés à des boucles de pensées noires, où il commence à errer sans avoir conscience de la destination. Il n'a pas de souvenirs non plus du trajet, et il ne reconnaît pas ni ne répond aux connaissances qu'il rencontre.

En même temps il commence à écrire des poèmes, comme il le dit, pour la première fois dans sa vie. L'exigence de s'exprimer est tellement impérieuse, et totalisante, qu'elle est décrite telle une force qui s'impose en lui et qui l'oblige à écrire. Il craint, par moments, qu'elle ne soit pas une manifestation de la folie. Il est également animé par une impulsion fougueuse à parler, que lui-même met en corrélation avec les événements traumatiques vécus. Avant les événements, il affirme avoir eu un caractère plutôt réservé ; après les événements, il a désormais une nécessité débridée d'évacuer les pensées et les paroles et de les partager.

Il n'a jamais eu d'expériences de transe auparavant, mais, il a déjà vu des personnes habitées ou attaquées par les esprits, sans pour autant mettre en corrélation ces phénomènes avec sa maladie qu'il définit toujours comme conséquente aux traumas vécus. Sa grand-mère était, en effet, une guérisseuse et il a assisté à de nombreuses séances thérapeutiques où elle même tombait en transe pour trouver les remèdes pour soigner les personnes qui avaient des problèmes, de différentes natures, avec les esprits.

Dans le passé il n'a jamais eu de problèmes de santé similaire, ni aucun membre de sa famille.

4.8.3 Symptômes et manifestations de la maladie

Des maux de tête, son crâne lui fait mal au point de ne pas pouvoir se peigner, des crises d'angoisse, des pleurs incontrôlables « des larmes faciles » « des larmes qui coulent », des cris, du stress aigu. Il a des épisodes d'absence notamment, quand il marche et quand il a des pensées noires en boucle « La tête qui chauffe ». Des problèmes de sommeil.

Il revit des images traumatiques :

- « je marchais sur des flaques de sang »
- « les personnes qui me poursuivaient au pays sont dans la chambre »

Pour nommer la maladie Isaac utilise l'expression « les événements » quand il parle de sa maladie.

Selon les modèles explicatifs du patient les symptômes dont il souffre sont liés au traumatisme qu'il a vécu dans son Pays. Dans son discours, les présences qu'il aperçoit sont les esprits de ses ancêtres, et notamment de sa grand-mère qui l'a beaucoup aimé. Il s'agit des esprits des personnes chéries qui se manifestent pour le soutenir dans des moments de difficulté. Isaac trouve ces présences rassurantes et en accord avec les croyances et les représentations autour des morts qui sont communes chez lui.

4.8.4 Parcours de soins

République Démocratique du Congo :

1. La grand-mère décédée, qui se manifeste à Isaac dans les moments difficiles, était aussi guérisseuse, c'est elle qui l'a toujours traité pour des petits problèmes de santé.

« Isaac : elle était guérisseuse, mais elle était chrétienne, c'était dans la spiritualité, c'était à travers la prière qu'elle soignait. Et moi, j'ai assisté. Elle est en train de prier, elle rentre en transe, elle va dans la forêt, elle va chercher ses feuilles, elle revient, elle les emmène, elle te parle, elle les donne au malade. Le malade guérit. Ça je vous l'assure ».

2. Guérisseur traditionnel après être sorti de prison : il lui applique des comprimés d'huile de palme sur ses blessures, et pour qu'il arrête de penser à ce qu'il a vécu.

En France :

1. Centre d'hébergement d'urgence

2. Centre hospitalier spécialisé de la Savoie (CHS) :

- médecin : pour les douleurs au niveau des mâchoires, des douleurs à la colonne vertébrale, «la tête qui chauffait », et les visions, les images traumatiques « *les choses que je voyais* », les boucles de pensées noires. Traitement anti-douleurs et il est adressé à un psychiatre.

- Infirmière psychiatrique. La prise en charge se fait en se focalisant sur l'accompagnement dans les pratiques administratives et notamment un travail de construction de lien, de soutien du besoin d'estime (confiance et respect de soi, reconnaissance et appréciation des autres). Ils parlent beaucoup de la pièce de théâtre dans laquelle joue Isaac, et l'infirmière apprécie et valorise énormément ses poèmes.

« P. : C'est exactement la pyramide de Maslow. Pour pouvoir commencer à travailler en haut, il faut déjà avoir un minimum de sécurité, savoir qu'on peut effectivement manger et dormir à quelque part, autrement c'est impossible ».

- Psychologue

- Psychiatre. Traitement pour dormir. Traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes SERESTA.

L'opinion d'Isaac, sur les traitements psychiatriques, c'est qu'ils l'ont aidé un peu à calmer son anxiété, mais il se plaint du fait qu'ils l'ont aussi rendu dépendant. Le diagnostic du psychiatre est celui d'un TSPT.

4.8.5 Les agents et les facteurs déclenchant la maladie

Dans le passé il dit ne jamais avoir eu un problème de santé similaire.

Il a souffert de paludisme, mais il ne le considère pas similaire à la maladie dont il souffre maintenant.

Dans la famille, non plus, il n'y a jamais eu d'épisodes morbides similaires.

Ce dont il souffre aujourd'hui est mis en lien avec ce qui lui est arrivé en prison, aux tortures et coups qu'il a subis, qui reviennent sous forme d'images, de reviviscences et de cauchemars.

« Isaac : aujourd'hui personnellement ma santé, c'est ça. Trop de pensées, reviviscences d'images traumatiques.

« Isaac : même pendant ma fuite, je me suis appuyé sur des cadavres. C'était la première fois dans ma vie. Il y a des moments, quand je pense à ça, que je les vois comme si je suis là.

Quand je dis que j'ai à nouveau l'impression de marcher sur flaques de sang...ça m'est arrivé. Quand je réfléchis à ce que je suis en train de subir, de constater dans ma vie, par rapport à ce que j'ai subi, je dirais qu'il y a eu un changement en moi ».

Parmi les agents du monde invisible qui sont présents dans l'histoire de Isaac nous retrouvons l'esprit de sa grand-mère qui revient, les esprits des ancêtres qui ont ici une fonction protectrice, d'accompagnement et d'apaisement et d'appriivoisement de la solitude qui était très intense.

Depuis son arrivée en France, en effet, au moment où les symptômes se sont déclenchés, il y a eu beaucoup de changements dans son caractère, certains positifs et certains négatifs, comme il le dit lui-même.

À certains moments, il se décrit comme une personne renfermée, apathique. « Je peux rester comme ça, là, toute la journée, sans parler, même pas le bonjour », alors qu'il était une personne amicale et sociable qui s'entendait bien avec les autres, même si de nature réservée.

À d'autres moments il parle beaucoup, et avec un débit de parole très rapide.

« Isaac : Je parle maintenant trop. Et chez moi, je n'étais pas comme ça. Parfois je me demande : qu'est-ce qui m'est arrivé, est-ce qu'il y a eu un changement ? Parler comme ça, ce n'était pas de ma nature. Une fois j'ai même joué 900 personnes. (...) Je ne comprends pas ce que je sens, je ne sais pas comment je peux expliquer ça, je parle beaucoup, maintenant, bavarder, quoi ».

Il ressent le besoin impératif de s'exprimer et il commence à écrire des poèmes, ce qu'il n'avait jamais fait auparavant. Grâce à cela, il arrive à se faire connaître et apprécier dans la ville d'accueil. Il peut exprimer dans ses compositions non pas seulement ses souffrances, mais surtout son étonnement, sa curiosité vis à vis des choses et des phénomènes qu'il découvre et qu'il apprend dans son nouveau pays. L'écriture devient ainsi, à la fois une façon de se relier au pays et aussi d'intérioriser et de donner du sens au présent.

Isaac décrit différents épisodes, où il est pris par les boucles de ses pensées où il a de véritables moments d'absence. Il met en évidence, notamment, les regards croisés entre lui et les autres, comme un terrible jeu de miroirs où personne n'arrive à voir vraiment l'autre, caché derrière l'image fantasmée de ses propres peurs et représentations.

Il regarde, par exemple, des militaires patrouiller dans la rue devant une mosquée, en France, mais il les voit comme les militaires à Brazzaville qui l'ont arrêté et torturé. De leur côté, les

militaires se rendent compte de l'étrangeté du regard de Isaac, le soupçonnent alors d'avoir quelque chose à cacher et le contrôlent.

Dans une autre anecdote, il raconte être dans un parc en train de regarder une mère avec ses enfants, et il voit sa propre famille. La mère le regarde alarmée « *comme si j'étais un voleur* ».

Les personnes semblent donc avoir des réactions de peurs, des impressions de menace, face au regard intense d'Isaac ; un regard troublé par les souvenirs du passé.

4.8.6 Thèmes émergents

Les présences des ancêtres, et notamment de sa grand-mère qui l'avait beaucoup aimé dans sa vie, se manifestent dans des moments de grande solitude, frustration, et quand il est pris par des boucles de pensées négatives.

« Isaac : chez nous, on croit aux morts qui reviennent (...) vous parlez aux morts, c'était puissant. »

Philippe Gutton dans son article *Solitude et désolation* définit la solitude comme un affect qui exprime l'écart entre les objets externes et les objets internes suffisamment bons pour permettre l'activité créatrice d'un sujet (GUTTON, 2007).

Nous considérons que la condition d'Isaac, toujours en attente de la reconnaissance de sa demande d'asile, a beaucoup en commun avec la période de l'adolescence analysée par GUTTON.

Les deux moments sont des stades liminaux, ils sont caractérisés par la fragilité, par la tendance à l'isolement, par un besoin, et un manque de reconnaissance. Quand ce processus d'acquisition d'un nouveau statut est particulièrement difficile, long et incertain, la désolation et le vide interne, de la psyché, selon Gutton, seraient la base des processus psychotiques de modalités dépressives, hallucinatoires et paranoïaques (GUTTON, 2007).

Isaac, au contraire, arrive à trouver en lui-même des ressources associables aux bon-objets intériorisés, dont les traces se *présentifient* sous forme des présences des ancêtres.

« Autrement formulé, l'affect de solitude fait état du degré de croyance en l'investissement de l'imaginaire et ses infinies mises en signification. Cette confiance dans l'activité psychique indéfiniment créatrice de sens (*symbolisant*) ne peut se faire en solitaire ; elle doit être partagée par les autres, solidaire : la société, les groupes, autrui, « entre nous », autant de sources différentes de solidarité pour les étayages nécessaires de la symbolisation. Le ressenti

encore non dicible se dirige vers un « dire à qui ? quel tiers ? » quand on est dans un pays étranger. La clinique montre que cette inspiration par l'Autre résume toute la dynamique. « Quel Autre ? Interlocuteur interprétant interne et/ou externe » (GUTTON, 2007).

L'Autre intériorisé, *le bon-objet* grand-mère, s'extériorise, ou pour mieux le dire, est projeté à l'extérieur lors d'un moment de solitude, d'absence de l'autre « ordinaire ». Sa présence est la garantie d'une continuité du lien, pas forcément entre le monde des vivants et celui des morts, mais entre la vie d'avant et la vie d'après la migration. Sa présence réactive, dans le présent, le sentiment d'être aimé dont il avait joui dans le passé et dont il a besoin pour se reconstruire. Nous pouvons ici observer l'importance de l'environnement et des empreintes psychiques maternelles et l'importance de l'amour primaire, mises en évidences par Ferenczi¹⁶⁰ dans ses *Réflexions sur le traumatisme*.

Nous estimons que cette présence est un élément précieux du processus de réparation en acte par Isaac. Et « c'est l'objet incorporé, chéri, qui mobilise l'essentiel de l'énergie psychique présente dans la relation d'aide »¹⁶¹. La grand-mère guérisseuse revient pour soigner le neveu. Le plaisir partagé par Isaac et la psychiatre de parler des croyances autour des morts, de la présence de la grand-mère, et des *habitus* du Pays en général, est un des éléments qui cimentent l'alliance thérapeutique.

« P. : A des moments bien particuliers, ce n'est pas tout le temps, il a vraiment la présence de sa grand-mère avec lui, ça lui est arrivé une fois notamment au CADA. Et en fait, il a une capacité à décrire physiquement à quoi ressemble sa grand-mère, en me donnant l'image d'un ange, ou d'une forme, comme un hologramme. Ce qui est extraordinaire avec lui, c'est qu'on peut continuer à poser des questions, il ne se sent pas attaqué, enfin bon, je fais aussi attention à pas être dans le jugement, mais on voit que ça lui fait énormément plaisir au contraire de parler de quelque chose comme ça. Je lui ai dit qu'en France, ce genre de choses, de parler de perceptions ou de sensations qu'on pouvait avoir des gens qu'on a, qui ont beaucoup compté dans notre vie et qu'on a la sensation qui sont un peu comme un guide, nous en dirait ça chez nous des guides, moi je dirais ces mots-là »

ZERILLO dans son article *De l'illusion à la culture ou le regard de Winnicott sur la créativité*, rappelle comme le psychanalyste renverse la conception freudienne selon laquelle

160 S. FERENCZI (1934), *Réflexions sur le traumatisme*, *Œuvres complètes*, IV (1927-1933), Paris, Payot, 1982, p. 139-147.

161 TISSERON, Y. (1986). Du deuil à la réparation. *Anna O restituée à Bertha Pappenheim, naissance d'une vocation sociale*, Paris, Éditions Des femmes.

la vie ne serait supportable qu'à la condition de sortir de l'illusion pour faire front à la réalité. « (Winnicott) en faisant de l'illusion la matrice fondatrice du processus de créativité. Avant le développement de ses mécanismes psychiques, l'enfant a besoin de l'accompagnement d'une mère productrice « d'illusion créatrice ». Là se trouve la différence essentielle avec FREUD puisque Winnicott réhabilite l'illusion, en l'intronisant comme l'étape nécessaire et incontournable de l'ontogenèse » (ZERILLO, 2012).

« Nous supposons ici que l'acceptation de la réalité est une tâche sans fin et que nul être humain ne parvient à se libérer de la tension suscitée par la mise en relation de la réalité du dedans et de la réalité du dehors ; nous supposons aussi que cette tension peut être soulagée par l'existence d'une aire intermédiaire d'expérience qui n'est pas contestée (arts, religion, etc.). Cette aire intermédiaire est en continuité directe avec l'aire de jeu du petit enfant « perdu » dans son jeu¹⁶²» (WINNICOTT, 2012).

La présence des ancêtres, semble donc créer, et permettre la constitution de « L'aire culturelle », d'un espace de médiation entre la « réalité offensante » (WINNICOTT¹⁶³), la « réalité cruelle » (FREUD) avec ce qu'elle présente d'insaisissable et d'inaccessible, et la subjectivité humaine. (ZERILLO, 2012)

4.8.7 Le recours à la « transe profane »¹⁶⁴

Nous pensons que les moments d'absence, aussi bien que les moments où il est animé par l'impulsion d'écrire, sont des recours à la transe. La transe, comme dans le cas de Geldon, serait, en effet, une *mnémotechnique* apprise en assistant sa grand-mère. La transe est donc une pratique corporelle comme un moyen immédiat et sensible pour exprimer des idées, anciennes et nouvelles, les évacuer, les élaborer, les incorporer, les partager. La transe donne la possibilité de vivre le corps autrement, de se le réapproprier et en même temps, de s'en différencier de ses parties douloureuses et traumatisées. « Elle rend possible de communiquer, créer, orienter et modifier des émotions, transformer les personnes et les relations ». (CHIARA PUSSETTI, FABIETTI, 2001)

« Isaac : Mon livre, je l'ai intitulé : Exil en poésie. C'est une personne, moi, qui vous parle, je suis arrivé ici et du coup ça m'a poussé vraiment à écrire, il y a comme un esprit, qui me fait faire facilement des comparaisons et (me permet) d'écrire. (...) »

162 D. W. WINNICOTT (1975) *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, NRF Gallimard.

163 Ibidem.

164 C'est une expression donnée par Gilbert Rouget dans son ouvrage *La musique et la transe*.

Isaac, qui n'a jamais écrit, *en exil* commence à écrire des cahiers et des cahiers de poèmes en langue française. Il écrit de sa nostalgie, mais aussi des *nouveautés* apportées par son nouvel environnement (par exemple, il cite un poème sur la neige, qu'il a écrit la première fois qu'il en a vu). Les poèmes mettent en trame ce que BAUBET Thierry décrit comme la dialectique entre l'histoire subjective et singulière du patient, sa filiation, et ses anciennes et ses nouvelles affiliations (BAUBET, 2004).

Dans l'acte d'écriture, l'inspiration, telle un agent du monde invisible, agit selon l'impératif de la communication d'une transe, à travers le *clivage* entre les pensées et le corps («clivage somato-psychique» selon la définition de Ferenczi) ; donne un espace, un vide du trop-plein traumatique, qui permet le passage de l'acte à la parole, de l'image à ses représentations, et de rendre intelligible, dicible, des expériences extraordinaires, soit pour leur étrangeté et nouveauté soit pour leur violence.

L'impulsion à communiquer est tellement forte, qu'Isaac se demande, en principe, s'il ne s'agit pas de la folie car il ne se « reconnaît pas ». La transe, la présence de l'esprit de la grand-mère, le travail sur le lien, mis en place par son infirmière et sa psychiatre, la valorisation des connaissances et des représentations culturelles, le fait d'être connu, et reconnu, comme artiste dans la communauté d'accueil sont des leviers qui permettent de remettre la métamorphose au travail en s'appuyant sur les contenants culturels et psychiques. (BAUBET, 2004)

« Traiter de tels troubles ne consiste pas à rechercher un retour à la situation antérieure. La catastrophe psychique qui a eu lieu ne peut rendre impossible le travail de liaison et laisse le psychisme à la fois modifié et sidéré. Nous proposons l'image d'une métamorphose initiée par l'effroi mais interrompue pour décrire cette situation d'impasse. (...) Il s'agit d'abord d'un travail de retissage d'une trame narrative entre les univers clivés d'avant et d'après l'effroi, d'avant et d'après la migration » (BAUBET, 2004) qu'Isaac acte à travers le recours à la « transe profane ».

Rouget, en parlant de la relation entre la musique et la transe, définit le tarab comme «la transe profane ». « Au wajd, transe religieuse liée à ce « concert spirituel » qu'est le sama, répond dans la vie profane le *tarab* ». (ROUGET, 1990)

Comme dans le *tarab* de la culture arabe classique, la poésie par Isaac « fait appel à un large spectre émotionnel : plaisir, délectation, agrément de l'esprit, choc émotionnel, ravissement,

exaltation et extase »¹⁶⁵. La *transe en poésie* réintroduit chez Isaac le principe de plaisir, qui est à la fois une émotion esthétique, un esprit et un état d'âme, une jouissance qui permet une communion entre le public et l'artiste, qui lui a procuré une telle sensation.

165 LAMBERT J. (1997), *La médecine de l'âme : le chant de Sanaa dans la société yéménite*, Société d'ethnologie.

5 - DISCUSSION

5.1 Description de la population étudiée

Pour notre recherche, nous avons recruté dix patients, qui nous ont été adressés par des cliniciens, précédemment informés de la méthodologie, des objectifs de la recherche, ainsi que des critères d'inclusion et d'exclusion.

Tous ont accepté de nous voir pour réaliser un premier entretien. Huit patients ont été inclus dans l'étude, dont trois femmes et cinq hommes. Avec deux patients nous n'avons pas pu réaliser la totalité du questionnaire pour des raisons d'indisponibilité. L'âge moyen des participants était de 38 ans (entre 18 et 58 ans). Deux participants n'avaient pas d'enfant, et n'étaient pas mariés (les plus jeunes), deux femmes sont mères - célibataires et elles vivent avec une partie de leurs enfants, un est marié avec des enfants mais ils sont restés au pays d'origine, trois sont mariés, avec des enfants, et ils vivent avec leurs conjoints.

Deux personnes étaient originaires du Mali, deux de Congo Brazzaville, une du Maroc, une de Côte d'Ivoire, une du Cap-Vert, une du Kosovo.

Le niveau d'étude est assez élevé : un participant à un niveau d'éducation primaire, quatre secondaire, trois ont fait des études supérieures. Tous les participants, à l'exception d'un, étaient parfaitement francophones. En dépit du niveau d'étude, cinq patients sont dans une situation économique-précaire et ils vivent avec les allocations, l'un de ces patients à une situation économique stable, une autre a un travail stable mais elle est surqualifiée pour son emploi. Parmi eux, deux avaient une excellente situation économique et ils ont perdu leur précédent statut, suite à la migration pour des raisons politiques.

Les raisons de migration pour deux participants remontent à la migration des familles d'origine pour des raisons économiques et du rapprochement des parents, une a été envoyée par la famille pour des raisons obscures, cinq ont dû fuir leur pays à cause des conflits politiques.

Une personne était demandeur d'asile, une avait le statut de réfugié politique, cinq ont des titres de séjour ou ont obtenu la citoyenneté française, une a le statut de mineur isolé étranger.

5.2 Symptômes et signes de la présence du monde de l'invisible

En accord avec les résultats de l'analyse de la littérature scientifique autour des *spirits disorder*, ou de possession pathologique, les patients interviewés reportent un large, et hétérogène, éventail de symptômes et de signes de présences du monde de l'invisible. Des problèmes sociaux, scolaires, sentimentaux et relationnels sont également attribués à l'influence des esprits. La plupart des patients attribuent aux présences des sensations, des émotions et des états d'âme tels que la tristesse, l'angoisse, ainsi que des changements survenus en eux-mêmes, notamment au niveau des comportements et du caractère.

La plupart des patients, qui se réfèrent à des théories concernant les esprits, décrivent une relation de longue durée avec le monde de l'invisible, toutefois, l'apparition d'éléments extraordinaires dans leur vie, se fait toujours par irruption épisodique. Tous les patients parlent, en effet, des crises, qui sont ici entendues comme manifestations brusques et intenses, de durée limitée, des présences. Selon ce qui nous a été rapporté, ces épisodes sont normalement suivis par des amnésies de ce qui s'est passé pendant le période de la crise, et des états confusionnels. Tous ont rapporté des difficultés de sommeil comme problème majeur.

- **États d'âme**

- Idées noires (7 personnes)
- frayeur (6 p.)
- nervosité (3 p.)
- boucles de pensées envahissantes (4 p.)
- hypersensibilité (2 p.)
- angoisse (2 p.)
- stress (2 p.)
- tristesse (2.p)
- frustration (1 p.)

- **Comportements inhabituels**

- détruire l'argent (2 p.)

- parler tout seul (3 p.)
- sortir/ errer la nuit (3 p.)
- **Changements dans la relation avec les autres**
 - difficulté à communiquer (4 p.)
 - agressivité vis à vis des autres (2 p.)
 - sensation d'être persécuté (1 p.)
 - sensation de ne pas pouvoir être compris (2 p.)
 - sensation qu'un être l'empêche de parler de certains sujets, ou avec des personnes en particulier (2 p.)
- **Changements dans sa vie**
 - impossibilité à continuer à exercer son travail (2 p.)
 - difficultés scolaires (2 p.)
 - incapacité d'être seul (1 p.)
- **Perte du contrôle épisodique**
 - de la pensée (4 p.)
 - de la parole (4 p.)
 - de l'action (6 p.)
 - « sensation d'être téléguidé » (3 p.)
 - impossibilité de bouger (1 p.)
 - être empêché de prendre des médicaments (2 p.)
- **Crises**
 - des « crises de cris » (6 p.)
 - épisodes de perte de conscience (5 p.)
 - énergie extraordinaire (4 p.)
 - épisodes de grande agitation (3 p.)

- transe (1 p.)
- **Traces sur le corps**
 - des bleus et des courbatures dans le corps, absence de cause apparente (2 p.)
- **Des sensations extraordinaires dans le corps**
 - entendre des voix (5 p.)
 - sensation d'une présence qui rentre dans le corps (3 p.)
 - sensation d'être « frappé par les djinns » (3 p.)
 - sensation d'être touché par des mains invisibles (2 p.)
 - entendre des sons en l'absence de source apparente (2 p.)
 - tête lourde (1 p.)
- **Visions**
 - d'animaux (3 p.)
 - d'esprits/ djinns (4 p.)
 - des personnes décédées (3 p.)
 - de l'avenir - voyance (1 p.)
 - autres présences du monde de l'invisible (1 p.)
- **Problèmes de sommeil**
 - insomnie (8 p.)
 - cauchemars (7 p.)
- **Symptômes physiques**
 - migraines (4 p.)
 - douleurs au ventre (1 p.)
 - palpitations (1 p.)
 - tremblements (3 p.)

- sialorrhée¹⁶⁶ (1 p.)

- **Autres signes**

- amnésies (6 p.)

- état de confusion, sensation d'être égaré, désorienté (6 p.)

- reviviscences traumatiques (4 p.)

- extinction de la voix sans raison apparente (1 p.)

- perte d'appétit (1 p.)

Selon la même logique observée pour la possession, les phénomènes de transe (que nous entendons ici dans leur acception générale d'épisodes d'altération de la conscience) dans la plupart des cas analysés, ne sont pas nommés comme tels. Une exception est constatée dans le discours de la sœur d'un patient, la seule à utiliser le mot *transe* pour décrire les crises du frère dont elle a été témoin. Normalement, les trances sont suggérées par le patient à travers le mot « crise » ou par d'autres termes qui indiquent la manifestation de présences ; comme par exemple la description des sensations éprouvées avant et après, ou par des comportements inhabituels, des changements dans le corps, le regard, la voix, reportés par les autres. Souvent elles sont décrites comme des épisodes de perte de contrôle de la parole, de l'action et de la pensée.

5.3 Itinéraires thérapeutiques

Les parcours thérapeutiques, pour sept patients sur les huit interviewés se présentent comme une mosaïque complexe de lieux, de systèmes de soins, de prises en charges, de recours qui vont des soins biomédicaux, de la prise en charge psychiatrique, jusqu'aux traitements traditionnels et religieux, tantôt dans le pays d'origine tantôt en France. Les cinq patients qui sont en France en situation régulière, font des allers retours entre la France et les pays d'origine, pour raisons médicales.

Pour la plupart des patients, le pluralisme thérapeutique a débuté dans le pays d'origine, où la dichotomie biomédecine versus ethnomédecines est complexifiée par l'articulation entre les deux systèmes, et ses nombreuses résultantes ; ce qui est en accord avec la thèse de Didier FASSIN (FASSIN, 1992) « *(au Sénégal) la médecine moderne n'a plus le monopole de l'efficacité, aussi bien que les médecines traditionnelles n'ont plus le monopole du sens*

166 Une sécrétion excessive de salive due à l'altération du contrôle neuromusculaire.

(FASSIN, 1992) ». Les diagnostics et les pratiques psychiatriques et médicales reçues au Maroc, comme au Congo, et remaniées par les patients, rejoignent les résultats des observations de FASSIN, à propos des médecins sénégalais de la ville de Pikine, et qui pourraient en fait s'appliquer aussi aux cliniciens que nous avons interviewés : « *S'il existe partout un écart entre le sens commun et la pensée scientifique, c'est particulièrement vrai en Afrique où les référents culturels et les modèles explicatifs acquis au sein de la famille et du groupe social paraissent bien éloignés des principes diagnostiques et thérapeutiques acquis à la Faculté de Médecine ou dans l'Ecole d'Infirmiers (FASSIN, 1992)* ». Comme il avait déjà été observé par LEVI-STRAUSS, les médecins sont plus proches du bricoleur que de l'ingénieur (LEVI-STRAUSS, 1962), mais le même discours peut être entendu par les patients.

Alphonsine	<p>Congo</p> <ul style="list-style-type: none"> - hôpital - thérapies traditionnelles <p>France</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hôpital - prise en charge sociale, psychologique : foyer, associations <p>Ethnopsychiatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> - groupe ethnopsychiatrique - thérapies traditionnelles <p>Religion- église évangélique</p>
Boubakar	<p>Libye</p> <p>Hôpital</p> <p>Italie</p> <p>Hôpital psychiatrique</p> <p>France</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hôpital psychiatrique

	<ul style="list-style-type: none"> - foyer pour mineurs étrangers isolés Suivi psychiatrie Suivi éducatif-social - Hôpital Groupe ethnopsychiatrique
Chabib	<p>Maroc</p> <ul style="list-style-type: none"> - thérapeutes traditionnels - rituels religieux Imams <p>France</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hôpital Suivi en addictologie Suivi psychologique Psychiatrie de liaison : évaluation transculturelle - thérapeutes traditionnels - rituels religieux Imams
Danielle	<p>Côte d'Ivoire</p> <p>Thérapeutes traditionnels</p> <p>France</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centre Médico Psychologique Suivi psychologique Groupe ethnopsychiatrique - thérapeutes traditionnels - pasteur de l'église évangéliste
Estelle	Cap Vert

	<p>- des remèdes traditionnels envoyés par la famille restée au Pays</p> <p>France</p> <ul style="list-style-type: none"> - thérapeutes traditionnels - suivi psychologique - suivi psychiatrique - groupe ethnopsychiatrique
Fadi	<p>Mali</p> <ul style="list-style-type: none"> - thérapeutes traditionnels - thérapeutes religieux : imams <p>France</p> <ul style="list-style-type: none"> - thérapeutes traditionnels - thérapeutes religieux : imams - Hôpital de jour : suivi psychiatrique - CMP : groupe ethnopsychiatrique
Geldon	<p>Kosovo</p> <ul style="list-style-type: none"> - médecin <p>France</p> <p>Centre Hospitalier Spécialisé</p> <ul style="list-style-type: none"> - suivi psychologique - suivi psychiatrique
Isaac	<p>Congo Brazzaville</p> <ul style="list-style-type: none"> - thérapeutes traditionnels : grand-mère <p>France</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Centre d'Hébergement d'Urgence : prise en charge sociale - CHS <p>Médecin généraliste</p> <p>Psychiatre</p> <p>Psychologue</p> <p>Infirmière psychiatrique</p>
--	---

5.4 La question de la nomination de la maladie

Le protocole du questionnaire MINI prévoit qu'en préambule de l'entretien, le chercheur rappelle au participant la liste de ses symptômes. Dans notre recherche, il s'agit des manifestations symptomatiques rapportées, que le clinicien, à associé à la théorie de la possession ou, plus généralement, à un lien entre le monde de l'invisible et la narration de la souffrance du patient.

Une fois les symptômes évoqués, le chercheur doit demander au patient s'il considère que certains de ses symptômes sont reliés et s'il lui est possible de nommer cet ensemble de symptômes afin que l'on réfère à cette appellation lors des questions. Si le participant ne sait pas quelle étiquette attribuer à ses symptômes, le chercheur peut les nommer « vos symptômes » ou « votre problème de santé » (GROLEAU, YOUNG, & KIRMAYER, 2006).

Alphonsine	<ul style="list-style-type: none"> - la maladie de/dans la famille - <i>Lawuka</i>, la folie (en langue lari) - le mauvais sort - l'envoûtement - la sorcellerie - la psychose - <i>Mo-kishi</i> : la maladie des fétiches (en langue lari)
Boubakar	- les crises

	- des cris - les <i>djinns</i>
Chabib	- la sorcellerie - les <i>djinns</i> / <i>jnouns</i> - le mauvais-œil
Danielle	- le/les esprit(s)
Estelle	- l'angoisse - le stress - «la noirceur que j'ai et qui m'habite » - <i>medo</i> (la peur/ faire peur en créole du Cap vert)
Fadi	- le mutisme
Geldon	- les murmures - les crises
Isaac	Pas de nomination

Dans le cas des patients que nous analysons ici, nous avons observé qu'aucun patient n'a ramené sa propre maladie à un diagnostic unique. Certains patients ont rapporté, entre autres, des diagnostics cliniques (comme ils ont été formulés par les différents cliniciens rencontrés), mais aucun patient ne nous semble adhérer à ces diagnostics, exception faite de Geldon, pour lequel le diagnostic de TSPT a été un soulagement par rapport à sa peur d'être devenu fou.

La plupart des patients, en effet, utilisent une variété de termes provenant de systèmes thérapeutiques, culturels et contextuels différents. Nous avons repéré des termes issus :

- de la biomédecine
- de la psychopathologie
- des termes médicaux (ex. le stress, l'angoisse).

- des expressions pour nommer différents aspects, de la maladie, dans la langue d'origine (lari, arabe, berbère, créole), sur requête du chercheur.

Dans certains cas, le patient a nommé spontanément des théories traditionnelles telles que la sorcellerie, le mauvais-œil, le mauvais sort, mais jamais la possession. Une unique exception a été retrouvée dans le discours de Chabib, en référence non pas à sa propre maladie mais aux hypothèses concernant les symptômes observés chez des personnes de son entourage, ainsi que les rituels mis en place par les thérapeutes traditionnels et les *Imams*.

Dans la plupart des cas, la maladie n'est pas nommée directement mais elle est désignée par un autre élément ou par un autre mot avec lequel elle a un lien logique :

- du même ensemble (par exemple les cris). Le patient parle de la manifestation symptomatologique à la place de la maladie.

- de la cause à l'effet (exemple le stress)

- des agents du monde de l'invisible, ou alors par des signes de la manifestation des présences, pour les actions (par exemple les djinns aux maladies provoquées par les *djinns*).

5.5 Discussion des thèmes récurrents

La nomination de la maladie, prévoit au préalable une possibilité d'inscrire la souffrance individuelle dans une / ou plusieurs représentations, et actions thérapeutiques, qui relie le sujet avec le groupe. Il appartient au groupe, ou pour mieux le dire à ceux qui, dans un contexte déterminé, détiennent l'*auctoritas* thérapeutique, et aussi sociale, de déterminer qui est sain et qui est malade, et dans ce dernier cas la procédure à mettre en place pour sa prise en charge.

Ceux qui ont le pouvoir de nommer, de classer, de diagnostiquer, ont le pouvoir de construire l'Autre, et d'envoyer des groupes entiers dans une catégorie idéologique et matérielle, celle qui englobe tous les Autres. (DELPHY, 2015).

Qui peut nommer, en même temps, peut aussi reléguer l'autre sujet, dans une condition momentanée ou durable, de passivité, voir de dépendance, qui nous définissons comme étant une diminution du pouvoir de se construire et de s'affirmer dans la relation.

Toutefois, l'influence de la société sur le sujet, observable dans les relations soignants – soignés, aussi violente que Nathan puisse la définir¹⁶⁷ dans son ouvrage *L'influence qui guérit*,

167 « (...) Car guérir est toujours un acte de pure violence contre l'ordre de l'univers. Et nulle thérapeutique n'est

ne peut pas être pensée uniquement à l'intérieur d'un système binaire dominant-dominé.

L'analyse des discours des patients et des thérapeutes croisés pendant notre recherche, nous amène à examiner les relations en termes réticulaires, en accord avec la théorie de Norbert Elias. Selon le sociologue, en effet, « l'influence de la société sur l'individu ne donne pas naissance à des « formations situées hors du moi, de l'individu ». Le terme « société » renvoie pour l'auteur à «de nombreux individus qui, de par leur dépendance réciproque, sont liés entre eux de multiples façons, formant ainsi des associations interdépendantes ou des configurations dans lesquelles l'équilibre des forces est plus ou moins instable » (Elias & HOFFMANN, 2003).

Dans le cas des patients que nous avons interviewés, cette relation entre les signes subjectifs de la souffrance et leur reconnaissance sociale, entre la « domination », «la nomination » et la « nomin-action » est rendue encore plus évidente en raison de :

- L'expérience de la migration¹⁶⁸ vécue par les patients, et souvent par les thérapeutes
- Les expériences, nombreuses et hétérogènes, vécues pas les cliniciens et les patients

Dans la narration, tous les patients ont associé à leur maladie des expériences diverses, morbides ou non, qui se sont passées à des différents moments de leur vie. Les cliniciens, à la rencontre avec le monde de l'invisible, se relie à de nombreuses expériences tantôt professionnelles, que personnelles, culturellement déterminées, dans la construction de leurs théories et leurs pratiques.

- La durée de la maladie.

Chez 6 patients la maladie s'étale dans le temps, tout au long de leur vie. Parmi eux, l'origine de la maladie, ou bien les signes avant-coureurs, se sont déjà manifestés dans l'enfance, à la naissance, ou même dans la vie prénatale. Les racines de la maladie peuvent également remonter aux générations ascendantes et se transmettre à la descendance. Deux patients réfèrent de ne jamais avoir été malades, avant les événements traumatiques, d'une maladie qu'ils peuvent mettre en relation avec ce dont ils souffrent aujourd'hui.

Cet étalage des termes correspond, à notre avis, à une prolifération des questions et des

plus violente que celle qui entreprend de guérir l'âme. Car dans les désordres psychiques, ce dont souffre le patient exprime la vérité la plus profonde de son être. Le guérir, consiste à l'expulser de ses choix, à lui interdire ses stratégies d'existence décidées dans un moment crucial de sa vie et appliquées systématiquement depuis». (NATHAN, 2001)

¹⁶⁸ En accord avec les critères d'inclusion, tous les patients étaient immigrés de première ou deuxième génération.

hypothèses, en cours chez le patient, autour du sens, des origines, des causes, voir des responsabilités, à attribuer à sa maladie. Il y a une multiplication des mots, ainsi que la création de nouvelles expressions pour définir, pour s'approprier (dans le sens d'exercer une action directe sur l'expérience) et pour nommer leur propre maladie.

Le pluralisme thérapeutique qui caractérise les parcours de soins des patients interviewés, nourrit et élargit cette narration ouverte et complexe. Le patient nous apparaît en effet, à l'intérieur d'un système hétérogène de recours et de soins où l'on retrouve une coexistence de différentes formes de pratiques traditionnelles, biomédicales, religieuses, psychologiques, sociales, tantôt dans le pays d'origine tantôt en France. Dans cette constellation thérapeutique, les patients coconstruisent les relations et négocient leur propre rôle avec les différents soignants. Ils construisent et revendiquent leur *agentivité*, à l'intérieur de ce que Norbert Elias définit comme une économie psychique, pulsionnelle, affective ou encore émotionnelle. Nous avons un complexe « réseau d'interconnexions entre les individus qui habilite et contraint l'action de chaque individu, se veut articuler la tension structure-*agency* ». (ELIAS & HOFFMANN, 2003)

Ils nous semblent que les présences du monde de l'invisible, dans la construction du discours autour de la souffrance, révèle une manifestation de l'*agentivité* du patient qui « *peut opérer aussi par le biais d'une « procuration » par laquelle le sujet escompte l'action d'autrui pour atteindre les buts souhaités* ». (NAGEL 2009).

En même temps, « *L'agentivité se comprend à l'intérieur d'un modèle du sujet qui négocie systématiquement ses comportements, ses motivations et ses affects avec son environnement physique ou social (CARRÉ P., 2004)* ».

Le pluralisme thérapeutique est construit par les sujets interviewés, grâce à leur capacité d'utiliser et d'investir, de façon diversifiée, les divers dispositifs de soins. Cela montre une application de la capacité des patients de se servir de l'hétérogénéité des pratiques, des représentations, des niveaux ontologiques et de la réalité, comme d'un levier pour échapper à l'hégémonie (la domination sans partage) que les soignants pourraient exercer sur les patients, à partir de la nomination, du diagnostic.

À la question si « une personne de la famille a déjà eu un problème similaire à son problème de santé », quatre personnes ont répondu par l'affirmative et ils ont tous décrit des expériences similaires à la leur, des visions et des perceptions du monde de l'invisible.

Les conséquences et l'impact des présences sur la vie des autres ont donné une variété de

problèmes et des troubles différents tels que :

- des visions et perceptions des présences du monde de l'invisible (4 p.)
- attaque de sorcellerie (3 p.)
- difficultés au niveau des relations, notamment sentimentales (3 p.)
- des comportements agressifs (2 p.)
- la paralysie (2)
- des morts soudaines et mystérieuses (2 p.)
- la stérilité (1 p.)
- l'épilepsie (1 p.)
- des comportements inadaptés (1 p.)
- des charges électriques (1 p.)
- expérience de mort apparente (1p.)
- maladie des djinns (1 p.)
- « frappé par les djinns » (1p.)
- crise de cris (1 p.)
- frayeur en absence de cause évidente (1 p.)

Les quatre personnes qui nous ont reporté des expériences de problèmes de santé similaires aux leurs, ont toutes détecté des signes similaires chez des membres de la famille :

- **En ligne directe**

- descendante : fille (4 p.), fis (2)
- ascendante cognatique : grand-mère (1), mère (3 p.), père (1)

- **En ligne collatérale**

- de la même génération : sœurs (2) frères (2)
- de différentes générations : tante (3), oncle (1), nièce (1)

- **Avec un lien de parenté par alliance**

- épouse (1)
- belle-sœur (1)
- beau-frère (1)

Les phénomènes de transe et possession sont un lieu privilégié d'observation et de compréhension de la négociation entre la société et l'individu, le social et l'intime.

Dans la littérature anthropologique, la possession a souvent été analysée au carrefour entre l'individuel et le collectif, notamment dans sa fonction de relier, pas seulement le sujet à la communauté, mais, en même temps le sujet possédé devient le médium à travers lequel la communauté, elle-même, se relie au monde de l'invisible, au surnaturel, au monde des morts.

Dans le cas de notre recherche, pour la plupart des patients que nous avons interviewés, cette « mise en acte » est jouée à l'intérieur du groupe familial, qui est étalé entre la France et les pays d'origine. Nous entendons ici « la mise en acte » dans le sens de l'agir : « *Selon FREUD, fait par lequel le sujet, sous l'emprise de ses désirs et fantasmes inconscients, les vit dans le présent avec un sentiment d'actualité d'autant plus vif qu'il en méconnaît l'origine et le caractère répétitif* » (« mise en acte » dictionnaire de psychanalyse LAPLANCHE & PONTALIS, 2009).

Nous avons en effet observé que la transe, et plus généralement la présence des esprits, ont permis chez certains patients de « présentifier », c'est à dire de « *Rendre présent à la conscience ce qui est absent ou qui appartient au passé* ¹⁶⁹», des événements traumatiques vécus par eux-mêmes, ou qui sont transmis aux descendants de façon plus ou moins inconsciente. Notamment nous avons relevé des pulsions agressives, ainsi que des désirs, autrement inavouables ou tabou vis à vis de certain membre de la famille, auxquels les corps, dans la transe, donnent voix.

Pour certains patients la recherche du sens, et des soins, pour les expériences anormales qui ont été vécues, leur ont permis d'enquêter autour de leurs passés, de poser des questions et d'obtenir des réponses autour de l'histoire familiale, d'être connu, reconnu dans leur pays d'origine et de reprendre leur rôle et leur statut dans la descendance. C'est ainsi qu'ils ont découvert, que d'autres membres de la famille, ont vécu des expériences similaires. Dans certains cas, il a été repéré une sorte de singularité ontologique, qui était déjà présente chez un parent, notamment la mère.

169 « Présentifier » dictionnaire online CNRTL « <http://www.cnrtl.fr/definition/pr%C3%A9sentifier> »

La maladie permet au sujet de remettre, également, en discussion les attentes, et la charge de responsabilités vis-à-vis du groupe. Ils ont pu réactualiser, et rendre manifeste, des conflits, parfois occultés ou très anciens. À travers la transe, le sujet peut aussi avoir un espace, et un temps, pour exprimer son désaccord, sa colère, la jalousie, vis-à-vis de certains membres de la famille ou, *vice versa*, de résoudre d'anciens conflits et de nouer de nouvelles alliances intrafamiliales.

Chez tous les patients interviewés, la maladie des esprits met en relation le pays d'accueil et celui d'origine, elle crée des liens entre ceux qui restent, ceux qui partent, le passé et le présent, et parfois le futur de l'histoire familiale.

6 - LES DISCOURS DES THÉRAPEUTES

6.1 Description du groupe de thérapeutes

Nous avons interviewé sept cliniciens, trois femmes et quatre hommes, qui ont été impliqués, à divers titres, dans la prise en charge des patients que nous avons recrutés pour la recherche. Il s'agit de trois psychologues cliniciens, deux psychiatres, un médiateur linguistique et culturel, une infirmière psychiatrique. Trois des sept personnes ont des origines étrangères et ont vécu l'expérience de migration. Deux françaises vivent dans des lieux différents à ceux de leur naissance et elles considèrent leur déplacement comme étant une expérience de migration interne au pays.

Tous les soignants travaillent dans des lieux et des dispositifs publics de soin où il y a une importante présence d'immigrés, tels que : les hôpitaux de jour, le Centre Hospitaliers Spécialisés (CHS), les services de psychopathologie, les Centres d'Hébergement d'Urgence (CHU), les Centres d'accueil de demandeurs d'asile en France (CADA), les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP), les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Ils sont, de ce fait, tous régulièrement confrontés, aux problématiques spécifiques à la prise en charge socio-sanitaire des patients étrangers en France ; et, ils sont engagés dans une réflexion continue pour pouvoir articuler leur pratique clinique avec les représentations culturelles amenées par les patients. Les cliniciens interviewés, ainsi que le médiateur, étaient en effet très conscients de la nécessité de se munir d'outils théoriques, et cliniques, spécifiques pour adapter leur pratique aux thérapies en contexte transculturel.

De ce fait, cinq personnes, dont quatre cliniciens et le médiateur, se sont formées en ethnopsychiatrie (Diplôme Universitaire et Doctorat de Psychologie Transculturelle) et ils travaillent dans des consultations transculturelles. Deux soignants sont sensibilisés à l'ethnopsychiatrie, en participant à des journées de formation.

Pour un des deux psychiatres, qui n'est pas formé à l'ethnopsychiatrie, la formation et la pratique en thérapie systémique lui donnent des outils pour construire une compréhension globale des patients étrangers. La thérapie systémique développe, en effet, une attention particulière aux caractéristiques du système dans lequel le patient vit et aux interactions entre le sujet et le groupe.

Docteur G. « ça ne me gêne pas ces phénomènes (de transe, possession) personnellement. Ça pourrait me gêner dans ma pratique. Je pourrais me dire « Qu'est-ce que je fabrique avec ça ? » mais ça ne me gêne pas, grâce à ma pratique systémique. Je peux mélanger sans problème la médecine occidentale et un environnement, un contexte, très variable ».

Pour le Docteur J.C.M, la rencontre entre Fanon et Tosquelles qui représente l'articulation entre la psychiatrie institutionnelle et la clinique transculturelle, donne des moyens théoriques et pratiques pour construire une meilleure alliance thérapeutique :

« J.C.M : La psychothérapie institutionnelle, c'est finalement un rapport avec le patient qui est de sujet à sujet, d'égal à égal ».

6.2 De l'importance des prototypes personnels

« On a trop souvent l'habitude de ramener, par un jeu de la pensée, l'étrange au familier. Moi, je m'efforce de restituer le familier à l'étrange. »¹⁷⁰ René Magritte, peintre surréaliste.

A la question du chercheur, si le clinicien a eu des expériences dans sa vie personnelle qu'il met en lien avec la possession, ou d'autres formes de rencontres entre l'être humain et les esprits, quatre cliniciens ont évoqué des souvenirs personnels, d'enfance, en France comme au pays, lié à des croyances et pratiques autour du monde de l'invisible, partagées par des membres de leur entourage et famille.

« C.D : Je peux juste dire comment j'ai grandi. J'ai grandi dans un monde occidental, après j'ai expérimenté par mes parents, par ma culture d'origine d'Afrique, l'existence d'un monde invisible. J'ai eu des peurs infantiles, j'ai eu des interdits, j'ai eu des histoires qui relient des choses visibles et des choses invisibles. C'est des choses que l'on arrive à voir jusqu'au tribunal, il y a des procès sur la sorcellerie jusqu'à aujourd'hui dans mon pays. (...) J'ai un mélange de regards : un « méta-regard » sur ma propre culture, et qui me permet de comprendre dans quelles conditions on emploie effectivement ces logiques-là ¹⁷¹ ».

Comme il a été ici bien expliqué par le psychologue C.D., les prototypes des expériences avec le surnaturel, vécues par soi-même ou par son entourage, notamment pendant l'enfance, sont de grande importance les soignants métropolitains comme le Docteur G. :

170 René MAGRITTE, interview avec Lucienne PLISNIER in Elle n° 736, Bruxelles, 14 janvier 1960.

171 Extrait de l'entretien à C.D psychologue clinicien et ethnopsychiatre.

« Docteur G. « (le monde de l'invisible) chez les gens d'origines africaines que je fréquente c'est quand même quelque chose de très présent... Alors ça me fait penser à ma grand-mère maternelle, qui croyait aux esprits, et cela ne lui posait aucun problème. Moi non plus. Je veux bien y croire, mais je n'ai eu aucune expérience sensible ».

Il nous semble qu'il s'agit ici, d'une part, d'un mécanisme de défense qui permet de délayer la puissance de l'inquiétante étrangeté du monde de l'invisible, ramené par le patient dans leurs cadres thérapeutiques, à travers le filtre du familier et du déjà-vu.

D'autre part, le fait de relier ces expériences extraordinaires à son propre vécu permet aussi de créer une proximité entre les thérapeutes et les patients, ainsi que de favoriser une écoute non-jugeant et non-discriminante. Ceci favorise l'installation d'une bonne alliance thérapeutique qui, bien qu'elle soit fondamentale dans toute relation thérapeutique, l'est encore davantage dans une thérapie interculturelle en présence des phénomènes de transe et possession.

6.3 Définitions de la possession

« Je disais, le mot possession, qu'est-ce qu'on met là-dedans ? A partir de quand nous pouvons savoir que tel patient est possédé ? Est-ce qu'il fait partie de son discours à lui ? Ou c'est à partir de ce que les autres disent de lui ? Il y a beaucoup de patients que j'ai suivis longtemps qui étaient considérés comme des gens possédés ». C. médiateur linguistique et culturel.

Comme nous avons pu observer dans l'analyse de la revue de la littérature scientifique, il y a autant de définitions de la possession que de chercheurs et de cliniciens. Nous en sommes arrivés à la conclusion que le terme de « possession », et sa définition, ont subi une métamorphose sémiotique et sémantique, en sortant des cadres traditionnels et du domaine de l'anthropologie. Dans le contexte clinique actuel, la possession ne devrait plus être considérée comme une catégorie à l'intérieur de laquelle les éléments du monde de l'invisible sont rangés suivant un certain nombre de critères sémantiques ou logiques communs ; mais, plutôt, comme un terme polysémique qui renvoie à plusieurs signifiés présentant des traits sémantiques - logiques communs¹⁷².

Nous avons pu constater dans les discours des soignants un usage instrumental de la définition de la possession, qui varie selon leurs cadres thérapeutiques, leurs formations, leurs expériences personnelles et leurs applications dans la recherche ou la clinique. Le socle

172 Selon la définition de polysémie du CNRTL <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/polys%C3%A9mie>

commun est constitué par la définition du DSM-IV (APA, 1994 : 785) « Trouble Dissociatif de Type Transe et Possession »

Les critères à réunir sont les suivants :

- Soit (1) soit (2) :

(1) État de transe, une altération marquée et temporaire de l'état de conscience, ou perte du sentiment d'identité personnelle, qui n'est pas remplacée par une autre identité, associée à au moins l'un des symptômes suivants :

(a) Rétrécissement du champ de perception de l'environnement immédiat, ou focalisation anormale sur certains aspects de cet environnement.

(b) Comportements ou mouvements stéréotypés, vécus comme étant sous l'emprise d'un autre.

(2) État de possession, c'est-à-dire altération unique ou répétée de l'état de conscience, caractérisée par le remplacement du sentiment d'identité habituel par celui d'une nouvelle identité. Celle-ci peut être attribuée à un esprit, une puissance, une divinité, ou une autre personne, et se manifeste par au moins l'un des symptômes suivants :

(a) Comportements ou mouvements stéréotypés, propres à la culture, vécus comme étant le fait de l'agent de la possession.

(b) Amnésie totale ou partielle de l'évènement.

- L'état de transe ou de possession n'est pas reconnu comme s'intégrant normalement dans une pratique collective culturelle ou religieuse.
- Cet état est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants.
- Cet état ne survient pas exclusivement au cours de l'évolution d'un trouble psychotique (incluant les troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques et les troubles psychotiques brefs) ni d'un trouble dissociatif de l'identité. Il n'est pas dû non plus aux effets directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

Le manuel donne encore quelques informations complémentaires sur le trouble :

- Les populations concernées par ce trouble seraient aussi bien celles des sociétés dites

traditionnelles, que celles des minorités vivant au sein des sociétés dites industrialisées ;

- C'est un état non volontaire ;
- Le trouble est à distinguer des pratiques culturelles ou religieuses largement admises par leur groupe culturel. Ces états volontaires et non pathologiques constituent l'immense majorité des états de transe et de possession rencontrés dans les diverses cultures ;
- Toutefois le critère C (souffrance et altération du fonctionnement) prévaut sur le critère B ; il y aurait des cas pathologiques y compris dans les contextes rituels ;
- La durée des épisodes va de quelques minutes à quelques heures ;
- La transe provoquerait des comportements ou gestes peu élaborés (convulsions, chute, course...) et il n'y a pas l'expérience d'une nouvelle identité ;
- La possession, à l'inverse, présenterait des comportements plus élaborés, liés à l'apparition d'une ou plusieurs autres identités distinctes : attitudes, souvenirs, expressions faciales, verbales, et gestuelles caractéristiques de l'agent de la possession tel que le groupe culturel le connaît ;
- Il y a dans la transe dissociative (et non pas seulement dans la possession dissociative) l'expérience d'un changement du sens habituel de l'identité ;
- Les agents de possession peuvent aller de 1 à 5, mais n'apparaissent jamais simultanément ;
- Les agents présumés de la possession sont habituellement des esprits (esprits de défunts, esprits surnaturels, dieux ou démons). L'esprit formulerait habituellement une demande, ou bien exprimerait de l'animosité ;
- Les symptômes seraient sensibles (dans les deux sens) à certains éléments de l'environnement ou à la tentative de soins ;
- Durant les états de transe, des modifications physiologiques ont été notées : augmentation du seuil de douleur, capacité à consommer des substances non comestibles (verre...) et augmentation de la force musculaire ;
- Les variétés cliniques sont nombreuses, certaines sont représentées par des syndromes propres à une culture donnée (annexe i). L'état de transe lui-même peut varier d'une culture à l'autre et faire apparaître différentes altérations des perceptions sensorielles (comme la

perte de vision), différents types d'identité, une amnésie variable de l'épisode ;

- La combinaison simultanée ou alternée des deux types transe et possession est possible, obéissant à des déterminants culturels locaux ;
- Les complications citées sont : tentative de suicide, automutilation et accidents. Certaines morts spontanées auraient été attribuées à une possible arythmie cardiaque ;
- Le diagnostic différentiel : trouble à distinguer du « trouble dissociatif de l'identité », où les différentes identités ne sont pas considérées comme le fait d'une prise de contrôle extérieure, mais comme le fait de plusieurs états de personnalités, appartenant toutes au même sujet; les symptômes peuvent être confondus avec des hallucinations ou délires évoquant les troubles psychotiques, toutefois ces symptômes sont en relation avec un contexte culturel particulier et d'autre part, les autres signes caractéristiques des troubles psychotiques sont absents¹⁷³.

Ce modèle de référence est élargi par des thématiques émergeant des discours des thérapeutes interviewés :

- **Des aspects contre – transférentiels tels que :**

- le sentiment d'étrangeté « *Docteur G. : c'est quelque chose qui ne m'est pas familier, dans le sens quotidien ou personnel. On est agi par une présence étrangère, de nature diverse et variée, qui empêche d'être soi-même et qui peut manipuler un tas de choses* ».

- l'attitude d'intérêt et de suspension du jugement

J.C.M psychiatre et ethnopsychiatre : « J.C.M : Pour moi, je dirais que c'est quelque chose qui m'échappe. Ça vient des profondeurs. C'est quelque chose en dehors, à côté, je ne sais pas ce que c'est. Je voudrais pouvoir le ramener à quelque chose que je connais, à me dire « c'est l'être humain qui crée ça, qui l'invente, comme l'hallucination ». Je vais avoir des références, mais je n'en sais rien. Je pense que d'avoir cette attitude là, ça me rassurerait, mais ça

173 La grille reprise de la thèse de E. During (2008) ANALYSE DU « TROUBLE DISSOCIATIF DE TYPE TRANSE ET POSSESSION » PROPOSE A L'ETUDE PAR LE DSM-IV. ETUDE DES ASPECTS NOSOLOGIQUES, EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, PSYCHOPATHOLOGIQUES ET THERAPEUTIQUES LIES A CETTE EVENTUALITE DIAGNOSTIQUE.

m'échappe ! Vraiment, ça m'échappe. Je ne sais pas. Est-ce que c'est surnaturel, je ne sais pas (...) c'est quelque chose qui me touche, de pouvoir me dire qu'il puisse y avoir autre chose alors que je n'y adhère pas, c'est quelque chose qui nous prend ».

- le malaise

« J.C.M : la possession, transe lui donne de la curiosité, en général au collègue du malaise. Alors voilà, quand je parle du malaise, ça peut être le malaise que fait le patient, mais ça peut être le malaise ressenti par les co-thérapeutes, parce qu'on n'est pas du tout habitué à ça ».

- la fascination

« P. je trouve extraordinaire avec ce monsieur qu'il me donne une certaine confiance, ou je ne sais pas quoi, euh, qu'il a envie de partager ça avec moi »

- l'effroi, la peur

« C.D : comment ça s'est passé quand il y a une transe. Tout le monde un peu pétrifié. Je suis toujours impressionné. Voilà ça m'impressionne toujours. Ça fait un peu peur, ça questionne. »

- **Une attention à l'influence exercée par l'environnement**

« T.A : la possession pour moi c'est un état dans lequel se trouve la personne dépossédée de toutes ses capacités d'agir, de contrôler, d'orienter, de penser, d'acter, par le biais d'une présence donnée, qui transforme par ce fait l'espace et le temps, dans lesquels se déroule tout ce processus. Autrement dit, la possession, ou la présence, se manifeste (..) là où il y a un certain nombre d'éléments favorables, qui permettent cet état, notamment l'écosystème, l'environnement ».

L'écosystème est ici entendu comme la capacité du dedans à s'actualiser dans un dehors, ou à se réactiver par un dehors. La possession est, finalement, définie comme « *l'inquiétante étrangeté du dedans qui se réactive dans le sujet, en relation avec l'étrangeté de la terreur du dehors* ».

- **Le rôle du corps comme sujet Autre**

« P. : quand on dit par exemple un corps possédé, c'est un corps qui va faire d'autres choses, il va faire des choses bizarres ».

« J.C .M : L'idée d'une possession, pour moi, serait associée avec un contenant corporel. Le corps s'exprime autrement, il y a quelque chose du corps qui se dit »

« J.C.M : Alors, est-ce que dans la transe, le fait de l'expression de quelque chose qui s'exprime à l'intérieur du corps, de différent de ce qu'on avait vu auparavant, avant la transe, et qui n'existait pas, fait qu'on ne sait pas trop comment se positionner par rapport à ça. C'est-à-dire que l'autre, finalement, qui est en face de nous, est encore différent. Est-ce que c'est encore lui ? Est-ce que c'est un autre ? Et du coup, dans « comment je vais réagir », je vais évidemment exprimer mon sentiment par rapport à ce qu'il se passe. Je veux dire, quand je dis que certain font comme s'ils ne voyaient rien, c'est que voilà, on peut avoir cette attitude de dire «il ne se passe rien ».

- **La question du toucher**

« C.D : Il y a un thérapeute (dans le groupe transculturel) qui s'assoit tout le temps au plus proche des patients. Il peut arrêter la main du patient, il peut toucher quelque chose, il peut lui tirer le doigt, lui, il fait des manipulations très tactiles, généralement des mains, rarement du reste du corps, parce qu'il se sent bien à l'aise avec ça. Quelquefois ça marche, quelquefois le patient ne supporte pas qu'on le touche ».

« J.C.M : Ce que j'appelle des phénomènes de dissociation chez elle sont : la suspension de la conscience, en journée. Par exemple en consultation, on en a beaucoup moins que quelques années, mais tout d'un coup elle est à pic, elle est là mais elle a le regard qui part dans le vague, elle a une cécité...il faut la stimuler pour la faire revenir (...) à travers le toucher. Alors le toucher je fais gaffe, je le fais qu'avec les gens que je connais bien, et à qui j'ai demandé d'abord. Je leur tapote sur le dos de la main, soit je leur touche un bras, en plus je suis à peu près à la même distance, je ne suis pas loin. Mais il est arrivé une fois à une collègue qui fait de la relaxation, des massages, avec une autre dame encore qui ne dormait pas. Elle s'est endormie, et elle s'est réveillée en plein cauchemar. Cela a fait un chaos d'enfer, ma collègue était un peu traumatisée «si s'endormir la met dans cet état-là, est-ce que c'est une bonne idée de les soulager ?». »

Trois cliniciens ont mentionné le fait de toucher le patient, comme une pratique pour interrompre les moments de transe et le faire « revenir dans son corps ».

La transe réactive dans la relation thérapeutique, la question du toucher, qui « en Occident, est indissociable de celle du corps. Marqué, pendant des siècles, du signe du soupçon, boudé par une philosophie mettant en garde contre les tromperies des sens, le corps est l'héritier d'une

approche dualiste progressivement inscrite dans l'histoire de la pensée occidentale » (Vinit, 2006).

En dépit des nombreuses recherches en Anthropologie de la santé, sur la place du corps (des patients et des soignants) et de la relation corporelle, qui sont chargés des nombreux aspects émotifs, symboliques, culturellement construits, dans les soins, et notamment dans la prise en charge psychologique et psychothérapeutique., le toucher reste une problématique toujours ouverte.

Comme le résume VINIT, le thème du toucher occupe dans le domaine de la santé une place particulière. Toucher le corps pour le guérir est une pratique immémoriale, présente dans l'histoire de toutes les cultures. Et, dans la culture occidentale, elle-même soumise à de rigides protocoles qui règlent l'espace et le temps de la relation corporelle, il faut demander la permission de toucher, ne toucher que les parties supérieures du corps, de préférence les membres qui, probablement du fait de leur localisation dans une zone périphérique du corps, sont considérés comme plus propices à un contact qui ne se veut pas intime.

L'étiquette de « respect de l'intimité du patient » nous semble cacher également de nombreuses peurs : la peur de la contagion, la peur du contact avec l'*autrèité*, la peur de franchir les *limens*, les frontières et les limites.

- **Une conception de la thérapie comme une maïeutique ou « l'art de faire accoucher les esprits »¹⁷⁴**

La définition de la possession donnée par le psychologue et ethnopsychiatre T.A emprunte à la philosophie aristotélicienne et socratique des concepts-clé. L'accompagnement de celui qui vit la « possession », c'est une question de dévoiler, de « rendre étant », dans le sens philosophique de l'être. Le thérapeute serait, donc, celui qui va mettre « en acte » la présence en « puissance » chez le patient. Dans la pensée aristotélicienne, l'acte peut désigner ce qui est en train de s'accomplir, aussi bien que ce qui est déjà réalisé, tandis que la puissance est la faculté d'être mis en mouvement et, de ce fait, d'être changé¹⁷⁵.

Dans la possession, l'être serait en acte pour le patient, mais en puissance pour le thérapeute.

174 Définition de la maïeutique de Socrate, reportée par Platon (du grec maieutikê, signifiant : art de l'accouchement). MACE, A. (2017). *Apologie de Socrate*. Flammarion.

175 Dictionnaires de référence : André LALANDE, (2010) *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. P.U.F. et Sylvain Auroux et Yvonne Weil, (1990) *Nouveau vocabulaire des études philosophiques*. Hachette.

« T.A : Il faut que la puissance (de la thérapie) le sorte et le mette en acte et que (la présence dans le patient) se dévoile, qu'il parle, qu'il bouge, qu'il circule, qu'il habite les autres personnes ou l'animal du sacrifice, c'est pour cela qu'on fait le sacrifice. (...) La possession c'est être habité, mais l'être habité par une entité avec laquelle il est possible, et il est nécessaire, de négocier par un certain nombre des rituels. C'est ça, qui différencie la possession de la schizophrénie ou de la psychose. (...) Si tu veux savoir, finalement, la possession, c'est « être pensé par » l'invisible. C'est ça la possession, et c'est avec ça qu'il faut négocier ».

- **L'analyse de la question du pouvoir**

C'est proche de la question de la possibilité du sujet, de sa capacité, de ses moyens de mettre en acte ses désirs et ses pensées. Dans le cas de la possession, ce n'est plus le sujet qui a la maîtrise de ses actions, mais c'est la présence en lui qui le contrôle à son insu ou qui lui donne des ordres.

« C'est ça le problème des personnes qui sont habitées. C'est parce que l'être, l'entité, ou la chose qui l'habite donne des ordres ».

Les rituels thérapeutiques renverseraient, donc, la hiérarchie de pouvoir entre la présence et le sujet « C.D : pour qu'elle lui ne donne pas des ordres, pour que ça soit les sujets qui lui donne des ordres, il faut que le sujet soit initié ».

6.4 Symptômes et signes du monde de l'invisible

Selon ce qui a été rapporté par la psychologue et ethnopsychiatre H.M.C, chez de nombreux patients immigrés, rencontrés dans différents dispositifs, il est observable « *une incursion autre sur une personnalité, sur un enfant singulier, sur une personnalité particulière. Il y a des éléments antérieurs dans le parcours de vie, qui a fait que y a eu effraction à ce moment là et une possession par un être. Et ça c'est quand même très habituel* ».

En accord avec les résultats de la revue de la littérature, et de l'analyse des discours des patients, les cliniciens associent au monde de l'invisible un large éventail de symptômes, spontanément exprimés et/ou constatés, qui sont évalués dans leurs interactions avec l'histoire, notamment celle de la migration, le mode de pensée et de fonctionnement psychique du patient, les relations avec les autres. Les signes associés à des modèles explicatifs en lien avec les phénomènes de type transe et possession sont :

- des hallucinations sensorielles, qui peuvent être parfois auditives, visuelles ou même tactiles, en lien avec des représentations culturelles : « *Les bruits qu'elle pouvait entendre étaient associés à des fétiches qui parlaient dans l'interphone.* »
- des sensations de présence dans le corps, des êtres qui donnent des ordres, et des visions transgressives selon sa propre culture (par exemple dans le cas de Chabib, les djinns lui montrent l'intérieur des corps, l'obligent à voir les personnes transparentes, ou nues, ou il voit seulement leur parties génitales).
- des « *métaphores pas radicales* »¹⁷⁶ dans le psychisme du patient
- des moments d'absence et des états altérés de conscience suivis par des amnésies. Les phrases du patient qui décrivent ces moments sont, par exemple, « *Je ne suis pas moi. C'est quelqu'un d'autre* ».
- l'isolement de la vie sociale, des comportements « bizarres » socialement inadaptés, ou à risque
- des éléments âprement de l'ordre de la persécution, mais qui se révèlent plutôt un recordage culturel
- les « crises de cris »
- des éléments dissociatifs « *elle était physiquement là mais psychiquement elle était en prise avec autre chose, par rapport au trauma et par rapport aux événements vécus au pays* »
- des voix « qui grésillaient », mais que les thérapeutes n'interprètent pas comme étant des éléments intrusifs de l'ordre de l'hallucination psychotique.
- des problèmes de sommeil
- des sensations d'angoisse
- de symptômes physiques : des palpitations, maux de tête
- le regard vide

6.5 Le risque de *misdiagnosis* : transe psychotique vs transe de possession

La plupart des cas observés par les thérapeutes formés à l'ethnopsychiatrie, sont des cas de possession dans un registre pathologique, dans lequel de nombreuses similitudes entre transe

¹⁷⁶ Selon l'expression utilisée par T.A, psychologue et ethnopsychologue.

de possession et transe psychotique ont été remarquées.

Dans les deux types il y a, en effet, une discontinuité de représentation logique avec le monde réel : le sujet est dissocié de la réalité externe selon une modalité de dissociation objectale et de dissociation affective. La personne peut avoir des modifications de la prestance physique dans la possession : une jeune personne peut commencer, par exemple, à marcher comme un vieillard, ou un homme comme une femme, elle peut avoir des attitudes catatoniques ou catalytiques exactement comme dans la transe psychotique. Il a été constaté, également, la difficulté à différencier les symptômes hallucinatoires des troubles psychopathologiques, des signes culturellement codés des rencontres avec le monde de l'invisible.

Pour ces raisons, le risque d'erreurs de diagnostic, *misdiagnosis*, est très important chez les patients étrangers, si le clinicien n'a pas un socle de connaissances en clinique transculturelle. Le discours du patient « *je vois des êtres, des choses, j'entends des voix* » peut être interprété comme la symptomatologie d'une déficience psychique, ou d'une altération psychique importante, d'un point de vue psychiatrique, et d'une psychose.

Kleinman nomme *category fallacy* les erreurs de diagnostic. Avec cette expression il définit l'attribution non critique d'une catégorie diagnostique biomédicale, car considérée comme universelle, voire « naturelle », à un sujet appartenant à un autre contexte culturel, dont les paradigmes de la science médicale « occidentale » ne sont pas ni les seuls, ni les plus importants, dans la représentation, le diagnostic et le traitement de la maladie¹⁷⁷.

De nombreux chercheurs (KIRMAYER, CANTOR-GRAAE, SELTEN, BAUBET, TAIEB, HEIDENREICH, MORO...) ont en effet démontré le risque de la pathologisation des comportements et des perceptions liés au monde de l'invisible et culturellement codés, et de la surestimation des diagnostics de psychoses délirantes chez les patients immigrés. Ceci au détriment d'autres diagnostics tels que, par exemples, la dépression ou le TSPT comme le montre les résultats de l'étude conduite par l'équipe de l'Hôpital Avicenne (Bobigny). La recherche, qui interroge les diagnostics des cliniciens sur des cas de clinique transculturelle, montre que, du fait de la présence de « phénomènes hallucinatoires », les patients étrangers se voient attribuer massivement, et souvent de façon erronée, les diagnostics de psychose et de schizophrénie. *Une étude réalisée au Royaume-Uni en population générale a montré que seuls 25 % des patients ayant expérimenté des hallucinations présentaient, après passation*

177 KLEINMAN AM (January 1977). Depression, somatization and the new cross-cultural psychiatry. Soc Sci Med

d'un entretien standardisé (Present State Examination), un trouble psychotique, et ce avec une grande variabilité interethnique puisque 50 % des patients caucasiens présentaient un trouble psychotique, contre seulement 20 % chez les patients issus de minorités ethniques (Caraïbes ou Asie)¹⁷⁸. Il existerait également une relation entre des syndromes post-traumatiques mal diagnostiqués du fait d'expériences « délirantes » ou dissociatives plus fréquentes dans les traumatismes complexes et répétés »¹⁷⁹. (Radjack, Baubet, El Hage, Taieb, & Moro, 2012)

L'expérience clinique transculturelle des thérapeutes interviewés fait ressortir, en revanche, des différences entre la psychose et la possession.

La bouffée délirante se manifeste d'abord par des crises et, ensuite, elle comporte une désorganisation complète, existentielle, de l'individu, alors que la possession continue de se manifester, tout au long de la vie de l'individu, par des épisodes, qui vont de quelques minutes, à quelques heures, ou au maximum quelques jours.

« C.D : En cas de possession, quand l'esprit te lâche, la vie reprend normalement et l'individu a sa conscience, sa morale, le souvenir de tout, il n'est pas bizarre, il n'a pas eu de surconsommation d'alcool de tabac ou de shit, il n'y a rien. Il n'est pas surinvesti dans la sexualité, ou dans le jeu, donc la vie recommence, elle continue normalement ».

L'évolution du comportement, de la personnalité du sujet, dans le cas de transes de type psychotique, ou de possession, ne suit pas en effet la même modalité. Dans la psychose, les paroles et les actions ne sont pas forcements orientés vers l'Autre, tandis que dans le cas de la possession le comportement de la personne assume un langage culturellement codé. Dans la possession, le comportement s'inscrit dans un axe d'actions et de réactions, qui prévoit que l'esprit possesseur s'adresse à l'extérieur, au groupe ; il est représenté comme un être relationnel, porteur d'un message, d'une demande pour les autres. L'être possédant engage, en effet, une communication avec l'entourage, il demande des actions rituelles, et il évalue les réponses obtenues.

6.6 La possession et le cadre clinique

L'analyse des discours des thérapeutes, nous semble montrer un exemple de comment le cadre thérapeutique, ici entendu comme un système de théories et de représentations en actes,

178 Données issues de l'étude de Johns LC, Nazroo JY, Bebbington P, Kuipers E. Occurrence of hallucinatory experiences in a community sample and ethnic variations. Br J Psychiatry 2002;180:174-8

179 Données issues Scott J, Chant D, Andrews G, Martin G, Mc Grath J. Association between trauma exposure and delusional experiences in a large community-based sample. Br J Psychiatry 2007;190:339-43.

contribue à façonner les symptômes et les manifestations de la maladie.

L'émergence de la transe et de la possession semble dépendre, selon les cliniciens interviewés, du cadre clinique dans lequel le patient et le thérapeute se retrouvent.

À l'hôpital de jour, par exemple, même si une nette majorité de patients sont immigrés ou fils d'immigrés, et présentent des symptômes de type transe et possession, la question de la possession ne se pose pas autant pour les psychiatres. Interrogés sur la raison de cette absence, J.C.M, psychiatre, avance les hypothèses suivantes :

- 1) c'est parce que les patients ne sont pas forcément délirants
- 2) car actuellement il y a l'éducation thérapeutique en psychiatrie pour les patients et leurs familles. De ce fait, les personnes arrivent déjà avec un auto-diagnostic de schizophrénie « *J.C.M : ils viennent en disant «je suis schizophrène ».*

En revanche la question de la sorcellerie se pose souvent, au fil des rencontres, que les psychiatres, formés à l'ethnopsychiatrie, ont avec les patients et les familles. En explorant l'histoire du sujet, et de la famille, en accueillant leurs hypothèses autour des causes qui ont déclenché la maladie, on peut remarquer que la question d'un acte, ou d'une intention, malveillants se pose souvent.

Le Docteur G. affirme une sorte d'incompatibilité entre les phénomènes de transe et de possession et les cadres de prise en charge psychiatriques. À la question «si elle n'a jamais pu observer des moments de transe dans son cabinet », elle répond négativement en expliquant que, selon elle, son cadre, c'est à dire celui de la prise en charge psychiatrique dans l'hôpital public, ne se prête pas pour accueillir ces discours et, en même temps, elle déclare que :

- 1) elle ne laisse pas les absences s'installer
- 2) même quand elle les respecte, elle met rapidement fin à ces moments
- 3) selon le Docteur, les gens sont les plus attentifs possibles, à ne pas avoir des moments de perte de conscience, puisqu'ils sont à une consultation avec un médecin.

« Docteur G. : Je pense que si de tels phénomènes existent, ils sont plus facilement observés par des tiers, c'est possible que d'autres gens ou collègues, par exemple les infirmiers, aient assisté à des choses comme ça »¹⁸⁰.

180 Extrait de l'entretien avec le docteur C.G, psychiatre.

Dans le cas du patient Geldon, le Docteur G., n'a pas travaillé directement la fonction de ces murmures dans le psychisme du patient, ni le contenu des voix.

Une position radicalement différente est présentée par les cliniciens formés en ethnopsychiatrie qui reconnaissent l'émergence du monde de l'invisible dans différents contextes thérapeutiques, et qui l'analysent en termes de complexité. L'attention est en effet portée sur la construction particulière de la possession dans l'articulation avec le psychisme, l'histoire du patient et l'espace clinique.

« C.D : les êtres sont hameçonnés par le dispositif clinique, pour être bien senti par le patient, et afin de mettre les bases pour la négociation qu'on va faire ».

Par où il est rentré ? Est-ce qu'il rentré chez quelqu'un d'autre ? Et comment est-il rentré chez l'autre ? Et comment les différents thérapeutes traditionnels ont su canaliser les djinns ? L'attention du clinicien est focalisée, tout d'abord, sur le moment de l'entrée en scène des esprits : dans quelles circonstances les êtres rentrent dans l'histoire singulière du patient, s'ils sont présents dans l'histoire collective de la famille, et comment ils sont représentés, nommés, considérés dans les cultures du patient.

Il a été observé par le psychologue C.D que dans l'histoire de plusieurs patients, le moment de l'intrusion du monde de l'invisible varie :

- Pour certains patients les djinns sont déjà présents à leur naissance
- Pour d'autres, les expériences avec les *djinns* se font au cours d'événements qui peuvent être qualifiés de traumatiques et qui se sont avérés être les portes d'entrée, ou le moment à partir duquel la présence devient perceptible dans le comportement de l'individu, ce qui peut correspondre à :

- une apparition effrayante ou un moment d'effroi

- un viol, et dans l'effraction du viol, l'esprit rentre dans le corps de la personne

- une blessure qui ouvre le corps, ici entendu comme une enveloppe psychique et un contenant psychique.

Différentes hypothèses ont été avancées sur la fonction des présences et leur articulation avec le psychisme du patient.

Selon le psychologue et ethnopsychiatre C.D, en effet, les djinns incarnent la tentative de rétablir un équilibre psychique, qui s'exprime sous forme de symptômes, du retour du refoulé. La thérapie a, entre autres, l'objectif de rentrer dans l'inconscient du patient, pour comprendre ce qui a été refoulé, et que le psychisme essaie de résoudre en manifestant les symptômes.

La présence des esprits pourrait avoir aussi des fonctions punitives et/ou protectrices.

« C.D : Alors la question c'est : quand il y a des *djinnns* ? On connaît leur processus. Ils possèdent la personne pour la protéger, ou pour la punir. Ils ont un certain nombre d'interdits qui peut te dire, par exemple dans le cas de la femme, de ne jamais te mettre de l'eau sur le corps, ou jamais de l'eau sur les cheveux, ou tous les jeudis tu t'habilles en blanc, tu ne mets pas de parfum... Et chaque fois que la femme contrevenait à l'une de ces interdictions des djinns, et bien, elle subissait des souffrances, des céphalées et autre ».

La présence d'esprits pourrait avoir aussi la fonction d'une répression en actes, la présence du contrôle de la part du groupe sur l'individu, que le sujet incorpore.

« C.D : Dans le cas des djinns, c'est peut-être une répression d'une femme qui contrevenait et le retentissement était sur sa vie et sur sa profession, et ça devenait handicapant. Donc, il fallait que l'on trouve une façon de s'en débarrasser ».

Les thérapeutes interviewés avancent plusieurs hypothèses sur les facteurs favorisant l'apparition des phénomènes de type transe et possession, qui peuvent fragiliser le psychisme du patient de telle sorte que, les présences, qui seront dans le sujet, déjà avant la migration, se réveillent :

- L'éloignement
- L'exclusion et l'isolement
- La solitude
- La désorientation existentielle
- La discrimination
- L'absence de connaissance des codes des pays d'accueil
- La tristesse et les états dépressifs
- La migration

Chez certaines personnes la migration pourrait fragiliser davantage, en accord avec la théorie du traumatisme migratoire et de rupture de l'enveloppe psychique conceptualisée par Tobie Nathan.

Chez d'autres sujet la migration, telle un rituel d'initiation, (Tallarico & Baubet, 2017) peut rendre le sujet plus fort en opérant une métamorphose ontologique, elle donne des outils de protection, elle peut effacer « *C.D : les traces psychiques des défauts de contenance culturelle* ».

6.7 Les esprits et le groupe

« Dans les sociétés traditionnelles, l'individu est pensé en interaction constante avec son groupe d'appartenance. D'où l'importance d'un groupe dans les situations de soins. De plus, la maladie est considérée comme un événement ne concernant pas seulement l'individu malade mais aussi la famille et le groupe. Par conséquent, elle est soignée sur un mode groupal : soit par le groupe social, soit par une communauté thérapeutique. Le traitement collectif de la maladie permet un compromis entre une étiologie collective et familiale du mal et une étiologie individuelle »¹⁸¹.

Les discours des thérapeutes ethnopsychiatres interviewés, indiquent des déductions en lien avec des travaux actuels en ethnopsychanalyse. La modalité d'élaboration des problématiques en groupe, pour une bonne majorité des patients d'origine étrangère, se révèle particulièrement efficace car elle est vécue comme contenant. Cela est d'autant plus important dans le cas de phénomènes de type transe et possession car les nombreuses recherches ethnographiques, dans différents contextes culturels, montrent que le groupe joue un rôle majeur et dans les rituels *adorcistes* (dont l'objectif est d'établir une alliance avec l'esprit possesseur au bénéfice du sujet et de la communauté) et *exorcistes* (qui ont comme finalité de chasser l'entité qui possède le sujet, considérée comme étant toujours négative et néfaste).

« C.D : La possession ne se travaille jamais seul. Personne n'ose faire ça, ce travail, même pas les grands spécialistes. Ils ont besoin d'un espace, d'une géographie bien délimitée, bien définie, bien nommée, c'est dans cet espace-là que le cadre se construit. La possession ne se travaille que dans un cadre groupal. Ça ne veut pas dire que le maître, ou celui qui dirige, il ne

181 MORO MR. (2016). *Comprendre et soigner. La consultation d'Avicenne : un dispositif métissé et cosmopolite*. Bobigny : Association Internationale d'EthnoPsychanalyse; Available from : http://www.transculturel.eu/Comprendre-et-soigner-La-consultation-transculturelle-un-dispositif-metisse-et-cosmopolite_a85.html

peut pas être seul avec les patients, cela signifie qu'il doit être soutenu par le groupe. Parfois, c'est tout un village qui devient thérapeutique ».

Que ce soit dans le cas d'événements malheureux, ou dans des événements pathologiques que les médicaments n'arrivent plus à soigner, dès qu'une maladie commence à être perçue comme étant « rebelle au traitement », elle a un impact sur la vie du sujet très important, voir handicapant, elle survient à un moment précis et significatif dans la vie de la personne elle-même, et son entourage, commencent à se demander s'il n'y a pas l'intervention du monde invisible. E. E. Evans-Pritchard, dans son ouvrage *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandé*, montre comme le rôle joué par l'invisible est primordial. La recherche du coupable spirituel du malheur qui a touché la personne, a comme effet de soutenir le sujet dans la recherche du sens de sa maladie, d'être part active du parcours thérapeutique. L'enquête, menée par les patients, présuppose une distinction entre les causes, qui correspondent à la recherche de réponses aux questions « Pourquoi à moi ? Pourquoi maintenant ? », et les facteurs déclenchants, qui ne sont pas ignorés.

Très souvent, les élaborations de ces problématiques se font de façon collective, ou le sujet interroge et engage plusieurs personnes, à partir des membres de la famille, ici ou au pays, les différents thérapeutes, l'entourage, et ainsi de suite. La recherche du sens et des causes de la maladie est embrayée dans un dispositif groupal. Donc, le simple fait de se voir intégrer dans un groupe pour réfléchir, c'est quelque chose qui correspond à la modalité de gestion des problématiques d'où le sujet provient. C.D : *« la fonction contenante du groupe thérapeutique s'appuie sur « la fonction de substitution » du groupe à l'environnement familial, ce qui peut en partie compenser la solitude du sujet ».*

6.8 Des stratégies cliniques face aux défis du monde de l'invisible

« Plusieurs causes de misdiagnosis sont répertoriées dans la littérature internationale : la distance culturelle entre le clinicien et le patient, la variabilité sémiologique des troubles psychiques, et les syndromes liés à la culture » (RADJACK et al., 2012)

Au sujet du risque d'erreurs de diagnostic dans le cas de phénomènes hallucinatoires de type transe et possession, les questions suivantes ont été posées aux soignants : *« comment vous y prenez-vous pour faire la distinction entre les représentations culturelles du monde de l'invisible et la psychose ? »*, *« comment articulez vous les représentations culturelles, du monde de l'invisible, apportées par les patients, avec votre pratique clinique ? »*. En réponse,

les cliniciens, interviewés ont énoncé différentes stratégies thérapeutiques qui ont été mises au point, recherchées et expérimentées au cours de leurs pratiques :

- **Reconstruire minutieusement l'histoire singulière et familiale de l'individu**

Il a été observé que l'expression de la bouffée délirante serait, en effet, un épisode en discontinuité avec l'histoire du patient alors que, dans la transe, on peut remarquer une continuité, l'expression dans un autre registre d'éléments, de souvenirs, propres au vécu du patient.

« C.D : Donc, j'essaye de reconstruire son histoire, et celle de sa famille, en plus de l'anamnèse. Ceci me révèle, dans un premier temps, qu'il était possible que ce soient des djinns. Mais, ce n'était pas à exclure, que ça soit une lecture par le sujet d'un trouble délirant mais qu'elle rattache à sa culture. Dans un deuxième temps, donc, je m'interroge si ce n'est pas peut être X quelqu'un avec une symptomatologie de bouffées délirantes mais qui les rattache à ce qui y ressemble le plus dans sa culture : donc ce serait des djinns par procuration. Dans un troisième temps, cela peut être aussi une bouffée délirante réelle ».

- **Réaliser un diagnostic par élimination**

« Voir, tout d'abord, si ce n'est pas de l'alcoolisme ou de l'épilepsie, ou une forme de confusion mentale et éliminer ses hypothèses ».

- **Faire un diagnostic a posteriori**

Il s'agit pour le psychologue et ethnopsychiatre C.D, d'une validation, a posteriori, du passage thérapeutique le plus efficace qui se structure en trois phases : l'analyse et l'observation d'abord de l'histoire du patient, ce qui se passe pendant le traitement des *djinns*, et par la suite, l'efficacité ou pas, des thérapies traditionnelles. La même procédure est appliquée au traitement psychiatrique, psychothérapie etc.

« C.D : Quand je vois les médicaments (traditionnels) qui ont été traités, alors je fonde l'hypothèse que c'était des djinns. Je ne peux pas le dire en amont. Je ne le dis que quand j'ai vu ce qui a marché. Et comme il y avait eu avant un traitement psychotrope, qui n'avait pas été efficace et qui a été plusieurs fois changé, et comme il y a eu après les djinns et l'imam et que ça marche, et comme l'histoire du patient fait état dans l'histoire personnelle, dans l'histoire familiale, dans sa trajectoire d'existence, des espaces de moments où on peut voir aussi l'intromission des djinns en elle, alors je finis par l'hypothèse qu'on est certain qu'il y

avait des djinns. Mais la certitude des djinns n'exclut pas l'effondrement psychopathologique sur un mode psychotique. Ça c'est ma position clinique ».

- **Faire confiance à son ressenti, son impression clinique dans la rencontre avec le patient**

La psychologue E.M.C fait la distinction entre des voix symptômes des psychoses ou des voix d'esprits en se basant sur son « impression clinique » et son ressenti dans la rencontre et le contact avec le patient. Par exemple, le clinicien interprète la situation du patient comme une cohabitation de deux plans de réalité et non une décompensation psychotique, dans le cas d'un patient avec lequel contact est bon ; c'est à dire qu'il n'y a pas de méfiance, le patient ne se sent pas persécuté ni attaqué par le clinicien qui ne ressent pas un clivage, il n'adhère pas complètement à ses propres discours autour des voix et d'autres perceptions, mais il reste critique à leur égard «*E.M.C : Par exemple la patiente a la vision d'un chat qui rentre dans sa chambre et elle me dit : «Non mais..., je sais bien que j'ai pas de chat, donc, pourquoi je vois ça ?».*

- **Utiliser des images, autour des traitements, qui suivent des logiques symboliques**

Logiques culturelles croisées : les médicaments sont comme des protections, les protections sont comme des vitamines pour renforcer les systèmes immunitaires

Le psychiatre au moment de prescrire le traitement pour le patient, dont le sommeil est gravement perturbé par des présences envahissantes, lui propose de donner un sens symbolique aux médicaments. Par exemple, il énonce que les cachets pour dormir seraient à entendre comme un bouclier, une protection, qui, en lui permettant de mieux dormir, le renforcerait pendant la nuit, le moment où il est le plus attaqué par les esprits. En même temps, le psychiatre donne un sens symbolique aux protections, comme objets rituels, selon la logique biomédicale des éléments pour renforcer les défenses immunitaires (ex. les vitamines).

« Docteur G. : moi j'espère qu'ils vont servir à renforcer vos protections, à vous protéger des attaques que vous avez. ». Cet énoncé veut, entre autres, signifier au patient que le clinicien croit en ce que raconte la patiente autour des présences. »

- **Travailler la narration, que les patients font à partir de leurs problèmes, plutôt que les symptômes**

« D. G : Je leur demande toujours qu'est-ce que c'est le plus pénible pour eux. La plupart des gens n'en parlent pas spontanément (des visions des présences), surtout pas à un médecin, si elles ne sont pas angoissantes. J'essaie de soigner ce qui donne le plus de souffrance pour le patient », ce qui ne veut pas dire nécessairement être à la recherche de diagnostics ou de symptômes, dans la thérapie. Le Docteur G. traite les sensations anormales de présences, seulement si le patient lui dit qu'elles représentent un problème pour lui, si le patient ne se sent pas envahi, ou angoissé par eux, il ne propose pas de traitements.

- **Travailler avec le patient pour donner un sens, au moins provisoire à son vécu de souffrance.**

« T.A : « l'idée de la thérapie c'est de suivre les interprétations du patient. Il n'a certainement fait, ou il va en faire, mais l'idée c'est de l'aider, de l'accompagner dans ses lectures. Et de trouver le moins contraignant possible. S'il y a des interprétations culturelles, telles que, par exemple, la théorie des djinns, moi je lui signifie que l'on est d'accord. Lui est d'accord, moi je suis d'accord, tout le monde est d'accord ».

Le sens peut être exprimé, véhiculé, par une hypothèse, une théorie, une étiologie traditionnelle amenée par le patient et/ou son entourage, une représentation qui modèle, constitue sa maladie et son expression, ou alors par « *un codage culturel après-coup* » d'une psychopathologie. « H.M.C : dans ce cas là, il faut faire attention à ne pas repousser le patient dans ses retranchements au niveau d'une théorie autour de la possession, si c'est surtout un patient qui a besoin de neuroleptiques ».

- **Aider le patient à trouver son savoir, ses compétences**

La thérapie devrait viser à aider le patient à s'appuyer sur ce qu'il a déjà vu, pour donner du sens au présent et à l'avenir. Un des thérapeutes interviewés, T.A, appelle ça l'initiation « C'est ça en effet, que j'appelle l'initiation. (...) Et mon travail, tu peux l'appeler initiatique ou pas, peu importe, l'essentiel c'est de faire en sorte que cet œil, qui regarde vers le dedans, reprend sa place initiale de regarder vers le dehors ».

- **Valoriser et reconnaître l'expertise du patient**

« T.A : Le *parasitage* vient des théories d'ici, pas des théories de là-bas. Les théories des esprits, expliquent en même temps l'être et le sujet, orientent l'être et le sujet en s'appuyant sur son désir dans le sens psychanalytique ».

- **Faire preuve de prudence dans l'administration des médicaments anti-délirants**

L'opinion d'un des psychiatres c'est que les traitements anti-délirants n'agissent pas sur les voix, ni ne s'avèrent efficaces dans le cas des phénomènes de transe, culturellement déterminés.

« Docteur G. : Les médicaments anti-délirants, je trouve qu'ils marchent tous chez les gens schizophrènes, parce que je pense qu'ils agissent, surtout sur l'angoisse et la dissociation, au fait. C'est plutôt mon expérience et beaucoup de gens expliquent que cela ne marche pas sur les voix ».

- **Favoriser l'alliance thérapeutique avec le patient, à travers une écoute visant plus à une compréhension globale du phénomène qu'au décryptage de symptômes**

« J.C : Après huit consultations, la patiente peut dire maintenant en rigolant : « mais tout ce que je raconte ici, si je le raconte à l'école, on me dirait d'aller voir un psychiatre. C'est l'histoire de l'alliance. C'est-à-dire que les patients se posent la question : « mais est-ce que finalement ces gens, ils vont pouvoir entendre ce que j'ai à leur dire, tel que je le dis, sans que ce soit rangé dans une boîte ? »

- **Prêter particulièrement attention à la condition sociale actuelle du patient**

Comme il a été observé par C., le médiateur linguistique et culturel, il faut prêter attention à la situation sociale, dans laquelle les patients se trouvent : s'ils sont dans une situation régulière ou irrégulière, s'ils sont des mineurs isolés, ou si au contraire ils sont entourés par leurs familles « C. : Ce n'est pas tout à fait pareil. Des gens, par exemple, qui sont là depuis longtemps, et qui savent que c'est une tradition chez eux, ou qui disent par exemple « j'ai hérité (de) ça dans la famille » ces sont des personnes assez entourées. On peut les canaliser, ou en tout cas ils ne sont pas seuls, contrairement à quelqu'un qui vient d'arriver qui est mineur, par exemple, même si on sait qu'il y a des vieux qui sont isolés, qui ne connaissent pas les centres, cela va être difficile pour les suivre, pour les canaliser, pour les aider ».

- **Accueillir la peur du patient d'être pris pour « fou » et sa nécessité d'être rassuré**

La peur d'être considéré comme « fou » notamment par les soignants, est la crainte la plus commune, qui nous a été rapportée par les patients et par les soignants interviewés. Il s'agit, aussi, d'une des causes pour lesquelles les patients peuvent omettre de référer des symptômes aux cliniciens, ou de ne pas s'adresser au service de soin.

« Docteur G. : Alors cliniquement dans ma pratique, je n'ai jamais rencontré des cas de gens qui se disaient possédés, mais j'ai toujours travaillé en région parisienne ou en région urbaine, peut-être si j'avais travaillé dans le Bocage...comme s'il y avait une étanchéité, actuellement, entre la psychiatrie et ce genre des phénomènes. Et alors, je le redis, je crois que jamais les patients qui ont des esprits vont le dire à un psychiatre. Ou alors, il faut le mettre en confiance ».

Selon ce qui nous a été rapporté par un des psychiatres, les patients font particulièrement attention aux cadres où ils peuvent s'autoriser à raconter leurs rencontres avec le monde de l'invisible, à travers les paroles, ou à travers le corps, comme c'est le cas dans la transe.

- **Accueillir la question de la croyance**

Il a été remarqué par les soignants, qu'à un moment ou un autre de la thérapie, souvent les patients posent la question si le thérapeute croit, ou pas, aux esprits, en Dieu ou autre manifestation du transcendantal. Ceci a été observé particulièrement dans les cas des personnes qui présentent des phénomènes de type transe et possession.

La question « est-ce que vous croyez en Dieu » doit être entendue aussi comme « Est-ce vous pensez que je suis fou ? ». Le patient interroge, en effet, son thérapeute autour de la place de l'altérité dans le cadre et son possible degré de reconnaissance. Autrement dit, le patient demande « est-ce que vous allez croire en ce que je vais dire ? ». Selon le psychologue T.A, un thérapeute expert formé à la clinique transculturelle, on ne devrait pas se soustraire à cette question, mais au contraire, il faudrait répondre affirmativement, car ça ne serait pas une question de l'ordre théologique, autour de l'existence ou non de Dieu. Au contraire, ce qui se joue dans cette phase de la thérapie s'inscrit tout à fait dans la relation interhumaine, c'est l'établissement du pacte entre le patient et le thérapeute fondateur de l'alliance thérapeutique, basé sur l'acceptation réciproque de la relation, la confiance et l'engagement mutuel.

« T.A : c'est-à-dire, quand le patient demande si tu crois à ça, malheureusement un confrère ou autre collègue peut répondre : *non*. Il pouvait. Il y a même des thérapeutes qui disent : « non ! » et après ils argumentent. Mais, moi, je crois que c'est une erreur. Au fait, nous, on croit à partir du moment où on croit à l'inconscient. Je crois en ce que le patient dit. Quand je dis : « Je crois dans les *djinns* » s'il parle des *djinns* je lui dis « j'y crois parce que c'est vous qui le dites ».

- **Accepter et travailler la question « est-ce que vous croyez ? » ou « est-ce que vous savez ? » des patients**

Cela impliquerait pour le clinicien de s'interroger, et de se laisser interroger, sur la place de l'altérité du sujet en lui et autour de son degré de cohabitation, coexistence, avec l'étrangeté.

Il a été observé par une autre psychologue formée à l'ethnopsychiatrie, que la plupart des patients pourraient questionner le clinicien sur ses croyances religieuses, en contrepartie du fait que dans le cadre de la clinique transculturelle ils sont eux-mêmes interrogés sur leurs appartenances religieuses et leurs représentations culturelles. Cela pourrait signifier, aussi, la reconnaissance de la spécificité de tel cadre thérapeutique où il est possible de parler, et d'entendre, des croyances, des actions et d'objets rituels objets, sans n'être jugés ni interprétés. Dans son expérience, les personnes sont souvent persuadées que la psychologue est très croyante et très pratiquante et ils lui amènent des objets bénis et des protections.

- **Respecter voir, si possible, encourager le pluralisme thérapeutique du patient**

Ici entendu comme l'action de permettre à toutes les possibilités de ressources thérapeutiques traditionnelles, culturelles, ou psychothérapeutiques d'être opérantes en faisant confiance à la capacité du patient de s'approprier, de façon créative et bénéfique les différents apports.

- **Connaître et prendre en compte les fragilités spécifiques à la migration**

- les défauts de défenses culturelles : c'est-à-dire que lorsque l'individu est dans son environnement, la société, la culture met en place des moyens de protection, mais en même temps elles peuvent créer une vulnérabilité par rapport à cet objet-là, c'est-à-dire que ce qui protège rend aussi vulnérable en son absence.

- **L'analyse des processus contre-transférentiels**

En analysant ses propres mouvements contre-transférentiels, le psychiatre se rend compte qu'il utilise ses propres références et représentations comme un mécanisme de défense vers la masse des discours culturels ramenés par le patient, et qui sont perçus potentiellement agressifs et mortifères pour les thérapeutes : « c'étaient des entretiens où elle parlait énormément, elle évoquait beaucoup de rêves, de visions, des... tout ça... J'avais l'impression que ça allait dans tous les sens, et moi, finalement, noyé au milieu de tout ça, je faisais référence à mes propres références, et je me disais «elle délire à pleins tuyaux ».

Le clinicien se sent conscient de la représentation de la patiente en termes de « délirante » non pas pour élaborer un diagnostic, mais plutôt un outil pour donner un sens provisoire aux discours de la patiente, pour se soutenir soi-même, pour pouvoir continuer à l'écouter « comme une espèce de bouée à laquelle je m'accroche, qui me permet de surnager sans avoir non plus l'impression que ça me satisfaisait... Parce que je disais « une fois que j'ai dit ça, ça me sert à quoi ? À rien ». Mais au moins, j'ai une espèce de planche sur laquelle je peux m'appuyer au milieu d'une tempête où je ne comprends rien ».

Parfois il ressort des consultations, des remarques telles que « j'avais la tête comme un ballon » ou une sensation de solitude car les autres thérapeutes sont comme endormis, hypnotisés par les discours de la patiente. Il est également touché par le mélange de forces et de fragilités qui s'entrelacent dans l'histoire de migration de Madame et il est ému par le fait de la voir incapable de se poser quelque part. Il évoque la violence des rituels de possession et la terreur inspirée par l'entourage de la transe d'un membre de la famille

7 - CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

La revue de la littérature scientifique ainsi que les résultats de nos analyses indiquent de nombreuses similitudes entre certains symptômes de troubles psychiques, de maladies somatiques ou neurologiques, et les phénomènes de type transe et possession. Cela est un des facteurs qui contribue de façon déterminante à la fréquence d'erreurs de diagnostic et de sur-diagnostic des troubles psychotiques, chez les patients immigrés pris en charge dans les hôpitaux publics français.

En dépit des actuelles évolutions du DSM-IV et DSM-V et de ses mises en garde dans l'analyse et le diagnostic des phénomènes et représentations culturellement codés ; nonobstant la multiplication des formations en ethnopsychiatrie dans les hôpitaux et les universités, la divulgation des recherches de clinique transculturelle, la prise en charge des personnes possédées, habitées, avec des états de transe, reste extrêmement problématique pour les soignants, comme pour les patients eux-mêmes.

La possession, si elle peut être très fascinante, voire pittoresque, quand elle reste dans les limites des contextes géographiques et culturels « exotiques », confinée au domaine du sacré, observée dans des cadres rituels traditionnels, clairement autres ; en revanche elle met mal à l'aise quand elle fait irruption dans les hôpitaux, ici, en Occident, bastion de la pensée scientifique.

Face à cette invasion du surnaturel, l'attitude prédominante des chercheurs comme des cliniciens, semble rester celle de la « traduction », en dépit des apports théoriques fournis par les nombreuses recherches anthropologiques sur le sujet, les mises en garde du DSM-IV et V dans les cas des phénomènes de type transe et possession.

Ce n'est donc pas anodin que la grande majorité des recherches aient été conduites dans des Pays non-occidentaux, et que leur finalité était souvent d'attester la validité des étiquettes pathologiques et psychopathologiques pour les *cultural bounds*, les syndromes propres à une culture.

Cette attitude dominante nous semble être déterminée par deux facteurs d'ordre et de nature différents :

1) la persistance d'une distance entre les savoirs et les disciplines ethnographiques et ses

applications dans la clinique actuelle.

2) un transfert massif du chercheur et du clinicien d'autant plus important face au *non plus ultra* de l'étrangeté, celle qui est à la frontière entre la folie et le surnaturel.

En accord aux réflexions de KLEINMAN, que nous avons rapporté au début de notre thèse, la recherche et la clinique, actuelles, souffrent encore d'une séparation entre recherche épidémiologique et ethnographique, entre l'anthropologie de la santé d'un coté et la clinique psychiatrique et psychologique de l'autre.

À part les cas des chercheurs qui incarnent la double perspective de médecin ou psychiatre et anthropologue, qui sont en nombre assez limité, par rapport au vaste nombre des études sur la possession, transe et *spirit disorder*, la recherche manque cruellement d'équipes multidisciplinaires.

Et pourtant, déjà en 1959 ERNESTO DE MARTINO dans sa recherche sur la possession par la tarentule, le *Tarantismo* dans les Pouilles (Italie), nous avait montré à quel point il est fondamental, pour comprendre un phénomène si complexe comme la possession, d'avoir une approche interdisciplinaire et une équipe pluridisciplinaire. Mais, comme l'a défini notre professeur LOMBARDI SATRIANI Luigi, anthropologue hautement renommé, Ernesto De Martino était « un ethnologue hérétique ».

L'analyse des discours des thérapeutes nous semble donner des indications sur les processus contre-transférentiels du clinicien et du chercheur. Nous avons observé, en effet, de sentiments de peur, de fascination, mélangés peut-être à l'effroi vécu enfant vis-à-vis de l'inconnu, de l'extraordinaire, du surnaturel, qui se réactivent dans le présent par l'étrangeté aiguë de la transe, du changement radical de la personne, dans la parole, l'action et la posture.

D'où la mise en acte des mécanismes de défense par certains cliniciens, qui permettent de ramener l'étrange, l'inconnu, au familier, de se défendre de cette inquiétante étrangeté, de s'attacher à des repères de leur propre formation et expérience personnelle, pour se retrouver dans la position de thérapeute et sortir d'un état de sidération face à la transe.

Seulement deux cliniciens ont fait référence à l'analyse de leur contre – transfert et, plus particulièrement, dans l'acception de leur contre-transfert culturel comme il l'a été défini par G. Devereux ; notamment en référence à la laïcité, qui est un des postulats de la clinique actuelle et qui détermine, de façon inconsciente, l'attitude des soignants face aux références aux esprits dans les discours des patients.

« De manière générale, les réactions de contre-transfert culturel se situent sur un axe rejet/fascination de la différence, autrement dit sur un axe déni/réification de la différence. Ces réactions de contre-transfert culturel sont obligatoires du fait que tout homme est être de culture, et nécessaires puisque cette dernière est, au niveau interne, l'ensemble des dispositifs de représentations symboliques dispensateurs de sens et d'identité. Elles sont d'abord éveillées par la perception du « différent » chez l'autre » (ROUCHON, REYRE, TAÏEB, & MORO, 2009).

Même quand les signes du monde de l'invisible qui sont apportés par les patients sont accueillis dans leur singularité et maintenus dans leur contexte il nous semble remarquer une résistance à considérer le monde surnaturel, comme d'un autre plan de la réalité. Cette attitude ne permet pas aux soignants de donner une juste valeur à la question de la fonction du monde de l'invisible dans l'histoire singulière du patient, d'où le fait que le rôle dans le psychisme du patient est encore très peu exploré.

L'analyse des situations cliniques que nous rapportons révèle que les signes du monde invisible, tels que les esprits, les djinns, les présences des êtres possédants, sont des éléments qui appartiennent à la réalité du patient. Réalité, ici, entendue selon la définition donnée par Lacan de : discours, culturellement construit, qui décrit et qui crée une vision du monde pour tous ceux qui y participent¹⁸². Dans la majorité des cas, les discours ne peuvent pas être transposés automatiquement dans une autre réalité diagnostique occidentale, sans en perdre le sens et la valeur des clés d'accès au monde intérieur du sujet.

Nos résultats rejoignent une partie des conclusions du Professeur BAUBET sur la relation entre des phénomènes de type transe et possession « D'une part il s'agit de violences intentionnelles, d'autre part, chacun de ces patients possède une histoire infantile singulière, marquée soit par des traumatismes, soit par ce qu'on peut qualifier de logiques d'exposition. On peut donc repérer un défaut précoce des contenants. Trois d'entre eux sont des enfants singuliers au sens anthropologique, ce qui implique des interactions précoces particulières, marquées par l'ambivalence et des projections parentales conflictuelles ». (BAUBET, 2004)

L'analyse des discours des patients, en lien avec leurs histoires singulières, nous a permis d'arriver à la conclusion que la présence du monde de l'invisible a des fonctions importantes sur le plan psychique.

182 LACAN J. (1974) Séminaire 22 « RSI », STAFERLA, p. 11 (ce séminaire n'est pas publié, on peut en lire une transcription sur pdf sur le site STAFERLA).

Nous avons pu observer, tout d'abord, que les présences ont une fonction « réparatrice » dans le psychisme des patients analysés :

- Des liens intrafamiliaux, avec son propre Pays d'origine, et même avec le Pays d'accueil, avec son propre passé.
- Des blessures narcissiques liées à la séparation, à la migration et/ou aux événements traumatiques vécus.
- Des défaillances identitaires.

L'apparition, ou la possession par l'invisible, peut être également une source de jouissance et de ressourcement narcissique dans le vécu du patient, bien que ce soit une expérience terrifiante.

Ce travail souligne la nécessité de construire le cadre et la relation thérapeutique, à partir de la manière dont le patient raconte son histoire, avec une attention particulière :

- Aux termes employés.
- À la façon que le patient a de nommer sa propre maladie.
- Au sens qu'il attribue à sa souffrance.
- À la façon dont le parcours thérapeutique est construit.
- À l'histoire familiale.
- À la possibilité d'une souffrance partagée, autour d'un même trouble, par les autres membres de la famille et à sa signification pour le patient.
- À la possibilité d'une transmission de la souffrance aux descendants, et aux sentiments, émotions, conflits qui peuvent y être associés.
- Aux questions que le patient est en train de se poser et de poser aux cliniciens
- À la valorisation des ressources que le patient peut déjà avoir mis en acte
- À l'impact des événements, notamment migratoires ou traumatiques, sur la vie psychique du patient.

L'analyse du processus thérapeutique, dans les discours des cliniciens interviewés, nous a

amené en partie à des résultats similaires à l'étude de RADJACK et al., (2012)¹⁸³.

Nous y avons repéré des nombreux exemples des « bonnes pratiques », des outils théoriques et cliniques importants dans la prévention des erreurs diagnostiques :

- L'importance de compléter l'anamnèse par les récits du vécu de l'expérience migratoire, parfois omise par le patient, notamment traumatisé
- La crainte du patient d'être considéré fou quand il rapporte des éléments de ses croyances, qu'il sait être différentes à celles du contexte où il est pris en charge
- L'importance de la valorisation de la recherche du sens déjà entamé par le patient
- Une suspension de la dimension diagnostique au profit d'un focus sur la demande du patient
- Une attention particulière à la construction de l'alliance avec le patient et à la prise en compte de la dimension sociale et religieuse de la maladie
- L'importance d'une analyse rigoureuse, de la part des soignants, des propres processus contre-transférentiels particuliers notamment par rapport aux questions religieuses et face aux phénomènes de type transe et possession
- Une mise en contexte des explications culturelles de la maladie, en relation avec l'environnement psychosocial actuel du patient
- Une compréhension des différents niveaux de fonctionnement des éléments culturels dans la relation entre l'individu et le clinicien
- La nécessité de penser la psychopathologie à partir de l'analyse de la fonction des êtres et des représentations du monde de l'invisible dans le vécu singulier de l'individu.

Le présent travail a voulu attester l'importance de l'application de la méthodologie complémentariste de G. DEVEREUX (G. DEVEREUX, 1972), notamment à la recherche des phénomènes de type transe et possession, c'est à dire le postulat selon lequel :

« ... le principe du double discours récuse inconditionnellement toute *interdisciplinarité* du type additif, fusionnant, synthétique ou parallèle – bref, toute discipline « à trait d'union » et donc *simultanée*. Ainsi, la véritable ethnopsychanalyse n'est pas *interdisciplinaire*, mais

183 L'étude concerne l'évaluation de la pertinence du guide de formulation culturelle (GFC) du DSM-IV

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. J'oppose donc à l'interdisciplinarité traditionnelle – qui n'est utile qu'à un niveau pratique assez frustré – une pluridisciplinarité non fusionnante, et « non simultanée » : celle du *double discours* obligatoire » (DEVEREUX, 1985).

Il nous est donc paru essentiel de réunir le savoir scientifique, médical et anthropologique, et le savoir des patients, interviewés en qualité d'experts, pour mieux comprendre, mieux aider et améliorer notre façon de les soigner.

Notre seul regret est d'avoir été limité en termes de temps, dans la possibilité d'explorer les autres lieux thérapeutiques investis par les patients, d'interviewer et analyser les discours des thérapeutes traditionnels, leurs pratiques et leurs représentations, et la façon dont les différents systèmes de soins s'articulent, se complètent, ou entrent en contradiction dans le parcours thérapeutique du patient. Ce sont des questions de recherche que nous souhaiterions explorer pour de futures investigations.

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham, N., & Torok, M. *L'écorce et le noyau*. Paris : Flammarion, 2012.
- Al Saad Egbariah, A. *Le sujet entre honte, maladie et exclusion : Histoire d'une adolescente*. Dialogue, 153(3), 87, 2001. <https://doi.org/10.3917/dia.153.0087>
- Al-Adawi, S. H., Martin, R. G., Al-Salmi, A., & Ghassani, Zar, H. : *Group distress and healing. Mental Health, Religion & Culture*, 4(1), 47-61, 2001. <https://doi.org/10.1080/13674670010011625>
- Alarcon, R. D. *Les composantes culturelles dans le DSM-5 : contenus fondamentaux ou concessions purement cosmétiques ? L'Évolution Psychiatrique*, 79(1), 39-53, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.12.002>
- Al-Krenawi, A. *Explanations of mental health symptoms by the Bedouin-Arabs of the Negev*. International Journal of Social Psychiatry, 45(1), 56–64, 1999.
- Al-Krenawi, A., & Graham, J. R. *Spirit possession and exorcism in the treatment of a Bedouin psychiatric patient*. Clinical Social Work Journal, 25(2), 211-222, 1997. <https://doi.org/10.1023/A:1025714626136>
- Ally, Y., & Laher, S. (2008). *South African Muslim Faith Healers Perceptions of Mental Illness : Understanding, Aetiology and Treatment*. Journal of Religion and Health, 47(1), 45-56. <https://doi.org/10.1007/s10943-007-9133-2>
- Al-Sinawi, H., Al-Adawi, S., & Al-Guenedi, A. (2008a). *Ramadan Fasting Triggering Koro -Like Symptoms During Acute Alcohol Withdrawal : A Case Report From Oman*. Transcultural Psychiatry, 45(4), 695-704. <https://doi.org/10.1177/1363461508100791>
- Al-Sinawi, H., Al-Adawi, S., & Al-Guenedi, A. (2008b). *Ramadan Fasting Triggering Koro-Like Symptoms During Acute Alcohol Withdrawal : A Case Report From Oman*. Transcultural Psychiatry, 45(4), 695-704. <https://doi.org/10.1177/1363461508100791>
- Alter, J. S. (2014). *Spirits And Exorcism : On The Semiotics Of Healing And Recovery : Spirits And Exorcism*. Ethos, 42(4), 399-414. <https://doi.org/10.1111/Etho.12061>
- Aouattah, A. (1993). *Ethnopsychiatrie maghrébine : représentations et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc*. Paris : L'Harmattan.

Antze, P. (1992). Possession Trance and Multiple Personality: Psychiatric Disorders or Idioms of Distress? *Transcultural Psychiatric Research Review*, 29(4), 319–323. <https://doi.org/10.1177/136346159202900404>

Ardoino, J. (2000). *Les avatars de l'éducation : problématiques et notions en devenir*. Paris : Presses universitaires de France.

Barthes, R. (1966). *Introduction à l'analyse structurale des récits*. *Communications*, 8(1), 1-27. <https://doi.org/10.3406/comm.1966.1113>

Bastien, S. (2007). *Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales*. *Recherches qualitatives*, 27(1), 127–140.

Basu, S., Gupta, S. C., & Akthar, S. (2002). *Trance and Possession like symptoms in a case of CNS lesion : A Case Report*. *Indian journal of psychiatry*, 44(1), 65.

Batista Wiese, E., Van Dijk, M., & Seddik, H. (2009). *La matrice familiale dans l'immigration : trauma et résilience*. *Dialogue*, 185(3), 67. <https://doi.org/10.3917/dia.185.0067>

Baubet, T. (2004). *Effroi et métamorphose Psychothérapie transculturelle des névroses traumatiques en situation d'impasse thérapeutique*. Baubet, T., & Moro, M. R. (s. d.). *Trauma et cultures*. *L'Autre*, me 1(3), 405-408.

Baubet, T., & Moro, M. R. (2000b). *Trauma et cultures*. *L'Autre*, 1(3), 405. <https://doi.org/10.3917/lautr.003.0405>

Baubet, T., & Moro, M. R. (2000a). *L'approche ethnopsychiatrique*. *Enfances & Psy*, no 12(4), 111-117.

Baubet, T., & Moro, M. R. (2000b). *Trauma et cultures*. *L'Autre*, 1(3), 405. <https://doi.org/10.3917/lautr.003.0405>

Beneduce, R., & Taliani, S. (2001). *Un paradosso ordinato*. *Antropologia*, 1(1).

Benoit de Coignac, A., & Baubet, T. (2013). *Trances et construction identitaire chez les mineurs isolés étrangers*. *Adolescence*, T.31 3(3), 613. <https://doi.org/10.3917/ado.085.0613>

Bettmann, J. E., Penney, D., Clarkson Freeman, P., & Lecy, N. (2015). *Somali Refugees' Perceptions of Mental Illness*. *Social Work in Health Care*, 54(8), 738-757. <https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1046578>

Bhavsar, V., Ventriglio, A., & Bhugra, D. (2016). *Dissociative trance and spirit possession : Challenges for cultures in transition*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(12), 551-559. <https://doi.org/10.1111/pcn.12425>

Bhui, K., & Bhugra, D. (2002). *Explanatory models for mental distress : implications for clinical practice and research*. RCP.

Bidounga, O. (2001). *Note sur un grand fétiche kongo, le Kinguizila*. *L'Autre*, 2(2), 301. <https://doi.org/10.3917/lautr.005.0301>

Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). *L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques*. *Perspectives Psy*, 49(4), 317–326.

Boddy, J. (1989). *Wombs and Alien Spirits*. University of Wisconsin Press. Consulté à l'adresse <https://muse.jhu.edu/chapter/237881>

Boddy, J. (1994). *Spirit possession revisited : Beyond instrumentality*. *Annual Review of Anthropology*, 23(1), 407-434. (s. d.).

Bogaert. (2000). *Psicoanálisis de la mujer y ritos de posesión*. Consulté 17 juillet 2017, à l'adresse :

<http://web.a.ebscohost.com.lama.univamu.fr/ehost/command/detail?vid=54&sid=1bca7819-1b3041a98203558cf5eadf86%40sessionmgr4009&bdata=Jmxhbm9ZnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=2001-00244-003&db=psyh>

Bose, R. (1997). *Psychiatry and the popular conception of possession among the Bangladeshis in London*. *International Journal of Social Psychiatry*, 43(1), 1–15.

Bourgou, S., Halayem, S., Bouden, A., & Halayem, M. B. (2012). *Opinion des mères tunisiennes concernant le premier épisode psychotique de leur enfant*. *L'Encéphale*, 38(6), 473-479. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.01.012>

Bourguignon, E. (1973). *Religion, altered states of consciousness, and social change*. The Ohio State University Press. Consulté à l'adresse <http://hdl.handle.net/1811/6294>

Bourguignon, E. (1989). *Multiple personality, possession trance, and the psychic unity of mankind*. *Ethos*, 17(3), 371–384.

Bouvette, A. (1984). *Hold-Up à Mirabel. Un anthropologue (s)'est compromis*. *Anthropologie et Sociétés*, 8(3), 29. <https://doi.org/10.7202/006216ar>

Bragazzi, N., & Del Puente, G. (2012). *Panic attacks and possession by djinns : lessons from ethnopsychiatry*. *Psychology Research and Behavior Management*, 185. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S37714>

Britten, N. (1995). *Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research*. *BMJ*, 311(6999), 251-253. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6999.251>

Broustra-Monfouga, J. (1973). *Approche ethnopsychiatrique du phénomène de possession. Le Bori de Konni (Niger), étude comparative*. *Journal de la Société des Africanistes*, 43(2),

197-220. <https://doi.org/10.3406/jafr.1973.1712>

Calvino, I. (2015). *Le château des destins croisés*. Editions Gallimard.

Canino, Lewis-Fernandez & Bravo (1997) *Methodological Challenges in Cross-Cultural Mental Health Research*. Transcultural Psychiatry. (s. d.).

Cardeña, E. (1992). *Trance and possession as dissociative disorders*. Transcultural Psychiatric Research Review, 29(4), 287–300.

Cardeña, E., Van Duijl, M., Weiner, L., & Terhune, D. (2009). *Possession/trance phenomena*. Dissociation and the dissociative disorders : DSM-V and beyond, 171–181.

Carrazana, E., DeToledo, J., Tatum, W., Rivas-Vasquez, R., Rey, G., & Wheeler, S. (1999). *Epilepsy and religious experiences : voodoo possession*. Epilepsia, 40(2), 239–241.

Carroll, J. K. (2004). *Murug, Waali, and Gini : Expressions of Distress in Refugees From Somalia*. Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry, 6(3), 119-125.

Carruth, L. (2014). *Camel milk, amoxicillin, and a prayer : Medical pluralism and medical humanitarian aid in the Somali Region of Ethiopia*. Social Science & Medicine, 120, 405-412. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.007>

Castillo, R. J. (1994). *Spirit possession in South Asia, dissociation or hysteria? Part 2 : Case histories*. Culture, Medicine and Psychiatry, 18(2), 141–162.

Cavanna, A. E., Cavanna, S., & Cavanna, A. (2010). *Epileptic seizures and spirit possession in Haitian culture : Report of four cases and review of the literature*. Epilepsy & Behavior, 19(1), 89-91. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2010.07.002>

Chabrol, H. (2005). *Les mécanismes de défense*. Recherche en soins infirmiers, 82(3), 31. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0031>

Chakraborty, A. (1993). *Possessions and hysterias : What do they signify?* Transcultural Psychiatric Research Review. <https://doi.org/10.1177/136346159303000414>

Chambers, R. (1986). *Violence du récit : Boccace, Mérimée, Cortazar*. Canadian Review of Comparative Literature 13.2 (June, 1986) : 159 -86. (s. d.).

Chandrashekar, C. R. (1981). *A victim of an epidemic of possession syndrome*. Indian journal of psychiatry, 23(4), 370.

Chapin, B. L. (2008). *Transforming Possession : Josephine and the Work of Culture*. Ethos, 36(2), 220-245. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1352.2008.00012.x>

Chartonas, D., & Bose, R. (2015). *Fighting with Spirits : Migration Trauma, Acculturative Stress, and New Sibling Transition—A Clinical Case Study of an 8-Year-Old Girl with Absence Epilepsy*. Culture, Medicine, and Psychiatry, 39(4), 698-724.

<https://doi.org/10.1007/s11013-015-9438-7>

Chaussecourte, P. (2017). *Autour de la question du « contre transfert du chercheur » dans les recherches cliniques d'orientation psychanalytique en sciences de l'éducation*. Cliopsy.

Chervet, B. (2011). *La jalousie*. *Revue française de psychanalyse*, 75(3), 713. <https://doi.org/10.3917/rfp.753.0713>

Claude Lévi-Strauss, *Tristes Tropiques*, Plon. Colle « Terre Humaine», 1955, Paris, 449-450. (s. d.).

Cohen, E. (2008a). *What is spirit possession ? Defining, comparing, and explaining two possession forms*. *Ethnos*, 73(1), 101–126.

Cohen, E. (2008b). *What is Spirit Possession ? Defining, Comparing, and Explaining Two Possession Forms*. *Ethnos*, 73(1), 101-126. <https://doi.org/10.1080/00141840801927558>

Cohen, E., & Barrett, J. L. (2008). *Conceptualizing Spirit Possession : Ethnographic and Experimental Evidence*. *Ethos*, 36(2), 246-267. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1352.2008.00013.x>

Coignac, A. B. de, & Baubet, T. (2013). *Transexes et construction identitaire chez les mineurs isolés étrangers*. *Adolescence*, T.31 n° 3(3), 613-623.

Colleyn, J.-P. (2004). *L'alliance, le dieu, l'objet*. *L'Homme*, (2), 61–77.

Colleen Ward (1980). *Spirit Possession and Mental Health : A Psycho-Anthropological Perspective*. *Human Relations*. Consulté 15 mai 2017, à l'adresse <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/001872678003300301>

Coq, J.-M. (2006). *De l'irruption du trauma à l'intervention psychologique d'urgence*. *Pratiques Psychologiques*, 12(2), 133-143. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2006.02.002>

Cordier, G. (2007). *L'enfant endeuillé*. *Le Journal des psychologues*, 247(4), 46. <https://doi.org/10.3917/jdp.247.0046>

Corin, E. (1979). *A possession psychotherapy in an urban setting: Zebola in Kinshasa*. *Social Science & Medicine. Part B : Medical Anthropology*, 13(4), 327–338.

Cornally, N., & McCarthy, G. (2011). *Help-seeking behaviour : A concept analysis : Help-seeking behaviour : A concept analysis*. *International Journal of Nursing Practice*, 17(3), 280-288. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01936.x>

Crabb, J., Stewart, R. C., Kokota, D., Masson, N., Chabunya, S., & Krishnadas, R. (2012). *Attitudes towards mental illness in Malawi : a cross-sectional survey*. *BMC Public Health*, 12(1), 541.

Cramer, M. (1980). *Psychopathology and shamanism in rural Mexico : A case study of*

spirit possession. British Journal of Medical Psychology, 53(1), 67–73.

Crapanzano, V., & Ralet, O. (2000). *Les Hamadcha : une étude d'ethnopsychiatrie marocaine*. Paris : Institut d'édition Sanofi-Synthélabo.

cultures_et_soins_du_trauma_psychique_en_situation_humanitaire_in_soigner_malgre_to
ut.pdf. (s. d.).

Das, V., Kleinman, A., Lock, M. M., Ramphele, M., & Reynolds, P. (Eds.). (2001). *Remaking a world : Violence, social suffering, and recovery*. Univ of California Press.

Das V., Kleinman A., Lock M., Ramphele, M., Reynolds P., (2001). *Possessions, Spirit, and Avenging Ghosts. Stories of Supernatural Activity as Narratives of Terror and Mechanisms of Coping and Remembering*. In *Remaking a World: Violence, Social Suffering, and Recovery*. Eds, 157-200. Consulté 23 mars 2017, à l'adresse <http://indianmedicine.eldoc.ub.rug.nl/root/P4/18p/>

D'Halluin, E. (2009). *La santé mentale des demandeurs d'asile*. Hommes et migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires, (1282), 66-75. <https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.447>

De Martino, E. (2011). *Sud e magia* (10. ed). Milano : Feltrinelli.

De Martino, E., & Poncet, C. (1999). *La terre du remords*. Le Plessis-Robinson (22 Av. Galilée, 92352) : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.

Dein, S., & Illaiee, A. S. (2013). *Jinn and mental health : looking at jinn possession in modern psychiatric practice*. The Psychiatrist, 37(9), 290-293. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.113.042721>

Dell, P. F., & O'Neil, J. A. (2010). *Dissociation and the Dissociative Disorders : DSM-V and Beyond*. Routledge.

Delphy, C. (2015). *Classer, dominer*. La Fabrique Editions.

Deriu, V., Moro, M. R., & Benoit, L. (2018). *Early intervention for everyone? A review of cross-cultural issues and their treatment in ultra-high-risk (UHR) cohorts*. Early Intervention in Psychiatry. <https://doi.org/10.1111/eip.12671>

DeToledo, J. C., Gilula, M. F., & Lowe, M. R. (2001). *The Case for Different Severity of Burns in «Contagious» versus «Possession» Seizures*. Epilepsy & Behavior, 2(2), 158-160. <https://doi.org/10.1006/ebeh.2001.0171>

Devereux, G. (1985). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion.

Devereux, G., & Jolas, T. (2010). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.

Devereux, G., & La Barre, W. (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du*

comportement. (H. Sinaceur, Trad.). Paris : Flammarion.

Dewitte, P. (2000). *Malade étranger, étrange malade ?* HOMMES ET MIGRATIONS, 1–4.

Djaziri, N. (2014). *Le chat du post-partum (Qatus nifâs), The cat of the post-partum (Qatus nifâs)*. L'Autre, me 14(3), 342-348.

Donard, V. (2005). *Un trauma nommé démon*. Topique, 91(2), 83.
<https://doi.org/10.3917/top.091.0083>

Douine, M., Bouchaud, O., Moro, M.-R., Baubet, T., & Taïeb, O. (2012a). *Représentations et récits de la maladie chez des patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine originaires d'Afrique de l'Ouest et vivants en France*. La Presse Médicale, 41(4), e204-e212.
<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2011.09.029>

Douine, M., Bouchaud, O., Moro, M.-R., Baubet, T., & Taïeb, O. (2012b). *Représentations et récits de la maladie chez des patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine originaires d'Afrique de l'Ouest et vivants en France*. La Presse Médicale, 41(4), e204-e212.
<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2011.09.029>

Dubois, P. (1977). *L'énonciation narrative du récit surréaliste. L'identité du sujet et de l'objet couplée à la conquête du Nom. Vers une circularité de la narration*. Littérature, 25(1), 19-41. <https://doi.org/10.3406/litt.1977.1132>

Duclos, V. (2008). *L'envers de l'imaginé : la détresse comme discours socioculturel chez les migrants indiens de Montréal*. (Mémoire, Université de Montréal)
https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/7317/Duclos_Vincent_2008_memoire.pdf

Duijl, M. van. (2014). *Spirits, devils and trauma : dissociation in south-west Uganda*. Maastricht; Amsterdam : Boekenplan ; Universiteit van Amsterdam [Host.

DURING, E. (2008). During, M. Elahi, Taieb, Moro, Baubet 2011A *Critical Review of Dissociative Trance and Possession Disorders : Etiological, Diagnostic, Therapeutic, and Nosological Issues*. Can J Psychiatry; 56(4):235-242. (s. d.). Doctorat En Medecine (Phd Thesis). Universite Paris 7.

Eguchi, S. (1991). *Between folk concepts of illness and psychiatric diagnosis : kitsune-tsuki (fox possession) in a mountain village of western Japan*. Culture, medicine and psychiatry, 15(4), 421–451.

Eisenberg, L. (1977). *Disease and illness Distinctions between professional and popular ideas of sickness*. Culture, Medicine and Psychiatry, 1(1), 9-23.
<https://doi.org/10.1007/BF00114808>

Elias, N., & Hoffmann, Y. (2003). *Qu'est-ce que la sociologie?* Paris : Ed. de l'Aube : Pocket.

Elmore, J. L. (2000). *Dissociative Spectrum Disorders in the Primary Care Setting*. Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry, 2(2), 37-41.

Ertl, V., Pfeiffer, A., Saile, R., Schauer, E., Elbert, T., & Neuner, F. (2010). *Validation of a mental health assessment in an African conflict population*. Psychological Assessment, 22(2), 318-324. <https://doi.org/10.1037/a0018810>

Etsuko, M. (1991). *The interpretations of fox possession : illness as metaphor*. Culture, medicine and psychiatry, 15(4), 453–477.

Evans-Pritchard, E., Evrard, L., & Seligman, C. G. (2008). *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandé*. Paris : Gallimard : Nrf.

Ezeobebe, I., Malecha, A., Landrum, P., & Symes, L. (2010). *Depression and Nigerian-born immigrant women in the United States : a phenomenological study*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17(3), 193-201. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01519.x>

Fabietti, U. (2001). *La possessione*. Roma : Meltemi.

Favre, C. (2011). *Accompagnement soignant : quelle marge de manœuvre pour l'infirmier en psychiatrie?* Le Carnet PSY, (7), 42–43.

Ferracuti, S., Sacco, R., & Lazzari, R. (1996). *Dissociative trance disorder : clinical and Rorschach findings in ten persons reporting demon possession and treated by exorcism*. Journal of Personality Assessment, 66(3), 525-539. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6603_4

Fiéloux, M., & Lombard, J. (2000). *Du premier frisson à la libre parole : Itinéraires de possession à Madagascar*. L'Autre, 1(3), 455. <https://doi.org/10.3917/lautr.003.0455>

Fiéloux, M., & Lombard, J. (2006). *Le maître du jeu : Amour quotidien et amour merveilleux à Madagascar*. L'Autre, 7(2), 253. <https://doi.org/10.3917/lautr.020.0253>

Fraser, D. (1916). *A case of possession*. The Journal of Abnormal Psychology, 10(6), 400.

FREUD, S. (1990). *Le Rêve et son interprétation*. Paris : Gallimard.

FREUD, S. (2002). *Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort*. J.-M. Tremblay.

FREUD, S. (2009). *Totem et tabou : quelques concordances entre la vie psychique des sauvages et celle des névrosés*. Paris : Gallimard.

FREUD, S. (2010). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris : Payot & rivages.

Furtos, J. (2011). *La précarité au cœur de la mondialisation*. Le Carnet PSY, (7), 1–1.

Gaw, A. C., Ding, Q., Levine, R. E., & Gaw, H. (1998). *The clinical characteristics of possession disorder among 20 Chinese patients in the Hebei province of China*. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 49(3), 360-365. <https://doi.org/10.1176/ps.49.3.360>

Gerrity, & R. M. Scurfield (Éd.), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder : Issues, research, and clinical applications*. (p. 131 163). Washington : American Psychological Association. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1037/10555-005>

Good, B. J. (1977). *The heart of what's the matter The semantics of illness in Iran*. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1(1), 25-58. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1007/BF00114809>

Good, B. J. (1998). *Comment faire de l'anthropologie médicale ? : médecine, rationalité et vécu*. Le Plessis-Robinson, France : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.

Good, B. J., & Good, B. J. (2006). *Narrare la malattia: lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino : Einaudi.

Good, B. J., & Good, M.-J. D. (1993). *Au mode subjontif. La construction narrative des crises d'épilepsie en Turquie*. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.7202/015249ar>

Goulet, J.-G. A. (2011). *Trois manières d'être sur le terrain : Une brève histoire des conceptions de l'intersubjectivité*. *Anthropologie et Sociétés*, 35(3), 107. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.7202/1007858ar>

Groleau, D., Young, A., & Kirmayer, L. J. (2006). *The McGill Illness Narrative Interview (MINI) : An Interview Schedule to Elicit Meanings and Modes of Reasoning Related to Illness Experience*. *Transcultural Psychiatry*, 43(4), 671-691. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1177/1363461506070796>

Guenedi, A. A., Al Hussaini, A., Obeid, Y. A., Hussain, S., Al-Azri, F., & Al-Adawi, S. (2009). *Investigation of the cerebral blood flow of an Omani man with supposed 'spirit possession' associated with an altered mental state: a case report*. *Journal of Medical Case Reports*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/1752-1947-3-9325>

GUILABERT, C., GUELFY, J.-D., CROCQ, M.-A., BOYER, P., PULL, C.-B., ... Wolgensinger, L. (2015). *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. American Psychiatric Association.

Gutton, P. (2007). *Solitude et désolation*. *Imaginaire & Inconscient*, 20(2), 79. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.3917/imin.020.0079>

Hanely, J., & Brown, A. (2014). *Cultural Variations in Interpretation of Postnatal Illness : Jinn Possession Amongst Muslim Communities*. *Community Mental Health Journal*, 50(3),

348-353. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9640-4>

Harmant, V. (2013). *Quête identitaire et troubles de la filiation : Réflexion sur un cas de possession par les djinns à Mayotte*. *L'Autre*, 14(1), 54. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.3917/lautr.040.0054>

Hecker, T., Barnewitz, E., Stenmark, H., & Iversen, V. (2016). *Pathological spirit possession as a cultural interpretation of trauma-related symptoms*. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(4), 468-476. <https://doi.org/10.1037/tra0000117>

Heidenreich, F. (s. d.). *Sur la corde raide - les étiologies « traditionnelles » et leur utilisation dans le dispositif ethnopsychiatrique*. *L'Autre*, 11(2), 199-206.

Hell, B. (2008). *Négocier avec les esprits tromba à Mayotte*. *Gradhiva. Revue d'anthropologie et d'histoire des arts*, (7), 6-23. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.4000/gradhiva.1062>

Hodes, R. (1997). *Cross-cultural medicine and diverse health beliefs. Ethiopians abroad*. *Western Journal of Medicine*, 166(1), 29.

Hosseini, N., Sharif, F., Ahmadi, F., & Zare, M. (2013). *Patients' perception of epilepsy and threat to self-identity : A qualitative approach*. *Epilepsy & Behavior*, 29(1), 228-233. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.06.003>

Iglesias, A., & Iglesias, A. (2006). *Hypnosis Meets Santeria : A Case Report*. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 6(4), 41-46.

Igreja, V., & Dias-Lambranca, B. (2006). *The social world of dreams and nightmares in a post-conflict setting : the case of Gorongosa in central Mozambique*. *Intervention*, 4(2), 145-157.

Igreja, V., Dias-Lambranca, B., Hershey, D. A., Racin, L., Richters, A., & Reis, R. (2010). *The epidemiology of spirit possession in the aftermath of mass political violence in Mozambique*. *Social Science & Medicine*, 71(3), 592-599. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.024>

Igreja, V., Dias-Lambranca, B., & Richters, A. (2008). *Gamba spirits, gender relations, and healing in post-civil war Gorongosa, Mozambique*. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 14(2), 353-371.

Igreja, V., Kleijn, W., & Richters, A. (2006). *When the War Was Over, Little Changed : Womens Posttraumatic Suffering After the War in Mozambique*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(7), 502-509. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000228505.36302.a3>

Ilechukwu, S. T. C. (2007). *Ogbanje/abiku and cultural conceptualizations of psychopathology in Nigeria*. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(3), 239-255. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1080/13694670600621795>

Imbert, G. (s. d.). *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie*. *Recherche en soins infirmiers*, (102), 23-34.

Islam, F., & Campbell, R. A. (2014). « *Satan Has Afflicted Me !* » *Jinn-Possession and Mental Illness in the Qur'an*. *Journal of Religion and Health*, 53(1), 229-243. <https://doi.org/10.1007/s10943-012-9626-5>

Ismail, H., Wright, J., Rhodes, P., Small, N., & Jacoby, A. (2005). *South Asians and epilepsy : Exploring health experiences, needs and beliefs of communities in the north of England*. *Seizure*, 14(7), 497-503. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2005.08.006>

Ivey, G. (2005). 'And What Rough Beast... ?' : *Psychoanalytic Thoughts on Evil States of Mind*. *British Journal of Psychotherapy*, 22(2), 199–216.

Jacques, P. (2001). *Trauma et culture : De la mémoire collective à la reconstruction psychique*. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 189. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0189>

Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique : Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris : Alcan.

Janody, P. (2011). *Les voix en psychiatrie, Abstract. Essaim*, (26), 29-39.

Jedwab, N., & Nguyen-Lamouri, C. (2015). *Prise en charge des états psychotiques aigus chez les migrants : cas particulier des mineurs isolés aux urgences psychiatriques*. *L'information psychiatrique*, 91(1), 29–37.

Jodelet, D. (2006). *Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales*. Rennes : Les Presses universitaires de Rennes.

Jong, J. de, & Reis, R. (2013). *Collective trauma processing : Dissociation as a way of processing postwar traumatic stress in Guinea Bissau*. *Transcultural Psychiatry*, 50(5), 644-661. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1177/1363461513500517>

Jong, J. (Éd.). (2002). *Trauma, War, and Violence : Public Mental Health in Socio-Cultural Context*. Boston : Kluwer Academic Publishers. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1007/b109606>

Kabir, M., Iliyasu, Z., Abubakar, I. S., & Aliyu, M. H. (2004). *Perception and beliefs about mental illness among adults in Karfi village, northern Nigeria*. *BMC International Health and*

Human Rights, 4(1). <https://doi.org/10.1186/1472-698X-4-3>

Khan, Q. ul ain, & Sanober, A. (2016). «*Jinn Possession*» and *Delirious Mania in a Pakistani Woman*. *American Journal of Psychiatry*, 173(3), 219-220. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15030281>

Kinson, R. M., Ang Lye Poh, A., & Chen, H. (2014). *Possession Trance, Epilepsy, and Primary Psychosis : the Challenges in Diagnosis and Management*. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 26(2), E26–E27.

Kirmayer, L. J. (1989). *Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress*. *Social Science & Medicine*, 29(3), 327–339.

Kirmayer, L. J. (1992). *The body's insistence on meaning : Metaphor as presentation and representation in illness experience*. *Medical anthropology quarterly*, 6(4), 323–346.

Kirmayer, L. J. (1996). *Confusion of the senses : Implications of ethnocultural variations in somatoform and dissociative disorders for PTSD*. In A. J. Marsella, M. J. Friedman, E. T. Kirmayer L., 2000, *The future of cultural psychiatry : An international perspective* , *Canadian Journal of Psychiatry*, 45 : 438-446.

Kirmayer, L. J. (2011). *Defining and delimiting trauma-related dissociation: a view from cultural psychiatry*. *Journal of Trauma & Dissociation* : Vol 12, No 4. (s. d.). Consulté 24 mars 2017, à l'adresse <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15299732.2011.570235?journalCode=wjtd20>

Kleinman A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology medicine and psychiatry*. Berkeley, Univ. of California Press.

Kwon, H. (2008). *Ghosts of war in Vietnam (Vol. 27)*. Cambridge University Press.

Kommegne, T., Bernoussi, A., Denoux, P., & Njiengwe, E. (2013). *L'adolescente camerounaise en transe : clinique de l'interculturalisation et interculturalisation clinique*. *L'information psychiatrique*, me 89(7), 513-521.

Kua, E. H., Chew, P. H., & Ko, S. M. (1993). *Spirit possession and healing among Chinese psychiatric patients*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(6), 447–450.

Kua, E. H., Sim, L. P., & Chee, K. T. (1986). *A cross-cultural study of the possession-trance in Singapore*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 20(3), 361–364.

Lahood, G. (2007). *Rumour of angels and heavenly midwives : Anthropology of transpersonal events and childbirth*. *Women and Birth*, 20(1), 3-10. Consulté à l'adresse

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2006.10.002>

Lambek, M. (1981). *Human spirits: A cultural account of trance in Mayotte* (Vol. 6). CUP Archive.

Lambeck M. (1993), *Knowledge and practice in Mayotte : local discourses of Islam, sorcery and spirit possession*. University of Toronto Press, cité par P. Schirripa en *Pratiche de la possessione*, in *Antropologia*, anno I, numero I, dirigée par U. Fabietti, Meltemi, 2001, Roma, p. 82.

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2009). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5. ed). Paris : Pr. Univ. de France.

Laplantine, F. (2002). *Pour une ethnopsychiatrie critique*. VST - Vie sociale et traitements, 73(1), 28. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.3917/vst.073.0028>

Laurent, P.-J., & Plaideau, C. (2010). *Esprits sans patrie : une analyse de la « religion du voyage » dans les îles du Cap-Vert*. *Autrepart*, 56(4), 39. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.3917/autr.056.0039>

Le Breton, D. (2011). *Éclats de voix : une anthropologie des voix*. Paris : Métailié.

LEBOVICI, S. (1989). *La mort chez l'enfant. Point de vue d'un pédopsychiatre*. Consulté à l'adresse [https://www.psychanalyse.com/pdf/PEDOPSYCHIATRIE%20LA%20MORT%20CHEZ%20L%20ENFANT%20\(9%20Pages%20-%20582%20Ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/PEDOPSYCHIATRIE%20LA%20MORT%20CHEZ%20L%20ENFANT%20(9%20Pages%20-%20582%20Ko).pdf)

Lehmann, J.-P. (2010). *La valeur de la dépression selon D.W. Winnicott*. *La clinique lacanienne*, 17(1), 137. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.3917/cla.017.0137>

Lemoine, P., & Lupu, F. (2006). *Quiproquos sur ordonnance*. Paris : Armand Colin.

Lévi-Strauss, C. (1949). *L'efficacité symbolique*. *Revue de l'histoire des religions*, 135(1), 5-27. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.3406/rhr.1949.5632>

Lewis I. M. (Sep., 1966). *Spirit Possession and Deprivation Cults* *Man New Series*, Vol. 1, No. 3 pp. 307-329. Consulté 24 mars 2017, à l'adresse <http://www.jstor.org/stable/2796794>

Lewis I.M. (1978) *Ecstatic Religion : An Anthropological Study of Spirit Possession and Shamanism*. Penguin Books Ltd., Harmondsworth, Middlesex, England 9780140212778 Mass Market Paperback, Reprinted 1978 - gearbooks. (s. d.). Consulté 3 avril 2017, à l'adresse <https://www.abebooks.com/Ecstatic-Religion-Anthropological-Study-Spirit-Possession/6129361723/bd>

Lim, A., Hoek, H. W., & Blom, J. D. (2015). *The attribution of psychotic symptoms to jinn*

in *Islamic patients*. *Transcultural Psychiatry*, 52(1), 18-32.
<https://doi.org/10.1177/1363461514543146>

Littlewood, R. (2001a). *Nosologie et classifications psychiatriques selon les cultures : les syndromes liées à la culture*. *L'Autre*, 2(3), 441. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.3917/lautr.006.0441>

Littlewood, R. (2001b). *Psychotherapy In Cultural Contexts*. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 507-522. Consulté à l'adresse [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)702446](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)702446)

L'Khadir, A. (1998). *Mal, maladie, croyances et thérapeutiques au Maroc : le cas de Casablanca*. Bordeaux 2.

MacLaren, D., Asugeni, J., Asugeni, R., & Kekeubata, E. (2009). *Incorporating Sociocultural Beliefs in Mental Health Services in Kwaio, Solomon Islands*. *Australasian Psychiatry*, 17(1_suppl), S125-S127. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1080/10398560902948381>

Mageo, J. (1996). *Spirit girls and marines : Possession and ethnopsychiatry as historical discourse in Samoa*. *American Ethnologist*, 23(1), 61–82.

Mancini, R. (2004). « *La pensée clinique* » d'André Green. *Revue française de psychanalyse*, 68(1), 287. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.3917/rfp.681.0287>

Marmar, C. R., & Center, S. F. (1997). *PTSD Research Quarterly*. San Francisco Center.

Martínez-Toboas, A. (1999). *A case of spirit possession and glossolalia*. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23(3), 333–348.

Mattoo, S. K., Gupta, N., Lobana, A., & Bedi, B. (2002). *Mass family hysteria : A report from India*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56(6), 643-646. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2002.01069.x>

Mauss, M. (2013). *Chapitre premier. Historique et sources*. *Quadrige*, 1–9.

Mayer, E. E. (1911). *A case illustrating so-called demon possessions*. *The Journal of Abnormal Psychology*, 6(4), 265.

Marlin, R. P. (2002). *Possessing the past: Legacies of violence and reproductive illness in central Mozambique*. Consulté 23 mars 2017, à l'adresse <http://elibrary.ru/item.asp?id=6691585>

McCarthy, J. B. (1997). *Primitive Anxiety and Delusions of Demonic Influence in Borderline and Schizophrenic Disturbance*. *Contemporary Psychoanalysis*, 33(3), 459-479. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1080/00107530.1997.10746998>

McCormick, S., & Goff, D. C. (1992). *Possession states : Approaches to clinical*

evaluation and classification. Behavioural neurology, 5(3), 161–167.

McGill Illness Narrative Interview (MINI) | Division of Social and Transcultural Psychiatry - McGill University. (s. d.). Consulté 6 septembre 2016, à l'adresse <https://www.mcgill.ca/tcpsych/research/cmhr/mini>

Melia, W. M. A., & Mumford, J. D. (1987). *Spirit possession and bewitchment presenting as physical illness : report of four cases in Nepalese males*. Journal of the Royal Army Medical Corps, 133(3), 152–154.

Mestre, C. (s. d.). *Les certificats médicaux aux étrangers demandeurs d'asile et déboutés : cliniques et politiques*. L'Autre, me. 10(2), 162-170.

Mestre, C. (2000). *Apollinaire, médecin-guérisseur*. L'Autre, 1(3), 439. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.3917/lautr.003.0439>

Mestre, C. (2001). *De la possession à l'hystérie : conversion médicale dans un hôpital malgache*. L'Autre, 2(3), 495. <https://doi.org/10.3917/lautr.006.0495>

Michel Foucault (1926-1984). *L'archéologue des savoirs*. (s. d.). Consulté 3 mars 2017, à l'adresse https://www.scienceshumaines.com/michel-foucault-1926-1984-l-archeologue-des-savoirs_fr_21372.html

Michel, J. (2003). *Narrativité, narration, narratologie : du concept ricœurrien d'identité narrative aux sciences sociales*. Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences, (XLI-125), 125-142. <https://doi.org/10.4000/ress.562>

Miletto, R. (2003). *Symbolisation et identification*. La clinique lacanienne, 6(1), 219. <https://doi.org/10.3917/cla.006.0219>

Mingozzi, G., Russo, G., Quasimodo, S., & De Martino, E. (2009). *La taranta : il primo documento filmato sul tarantismo*. Calimera (Lecce): Kurumuny.

Mischel, W., & Mischel, F. (1958). *Psychological aspects of spirit possession*. American Anthropologist, 60(2), 249–260.

Moreira-Almeida, A., & Koss-Chioino, J. D. (2009). *Recognition and Treatment of Psychotic Symptoms : Spiritists Compared to Mental Health Professionals in Puerto Rico and Brazil*. Psychiatry : Interpersonal and Biological Processes, 72(3), 268-283. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1521/psyc.2009.72.3.268>

Moreira-Almeida, A., Neto, F. L., & Cardeña, E. (2008). *Comparison of Brazilian Spiritist Mediumship and Dissociative Identity Disorder*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 196(5), 420-424. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31816ff3a1>

Moro M. R (2004). *Psychiatrie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Dunod

- Moro, M. R. (2010). *Grandir en situation transculturelle*. Fabert.
- Moustache, H. (2002). Psychiatrie occidentale et traditions antillaises. Les difficultés de l'élaboration diagnostique. *L'Autre*, 3(3), 433. <https://doi.org/10.3917/lautr.009.0433>
- Mull, D. S. (1991). Traditional perceptions of marasmus in Pakistan. *Social Science & Medicine* (1982), 32(2), 175-191.
- Nathan, T. (1997). *Spécificité de l'ethnopsychiatrie*. Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie, 34, 7–24.
- Nathan, T. (2001). *L'influence qui guérit*. Paris : Jacob.
- Nathan, T., & Stengers, I. (2015). *Nous ne sommes pas seuls au monde : les enjeux de l'ethnopsychiatrie*. Paris : Éd. Points.
- Nathan, T., & Zajde, N. (2012). *Psychothérapie démocratique*. Paris : Odile Jacob.
- Neri, C. (2002). *Traumatisme, crise de la présence, apocalypse culturelle*. *Perspect Psychiatr*, 41(2), 95–99.
- Neuner, F., Pfeiffer, A., Schauer-Kaiser, E., Odenwald, M., Elbert, T., & Ertl, V. (2012). *Haunted by ghosts : Prevalence, predictors and outcomes of spirit possession experiences among former child soldiers and war-affected civilians in Northern Uganda*. *Social Science & Medicine*, 75(3), 548-554. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.028>
- Ng, B.-Y. (2000). *Phenomenology of trance states seen at a psychiatric hospital in Singapore : A cross-cultural perspective*. *Transcultural Psychiatry*, 37(4), 560–579.
- Ng, B.-Y., & Chan, Y.-H. (2004). *Psychosocial Stressors that Precipitate Dissociative Trance Disorder in Singapore*. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(6), 426-432. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01379.x>
- Nichter, M. (1981). *Idioms of distress : Alternatives in the expression of psychosocial distress : A case study from South India*. *Culture, medicine and psychiatry*, 5(4), 379–408.
- Noiriel, G. (1990). *Journal de terrain, journal de recherche et auto-analyse. Entretien avec Florence Weber*. *Genèses*, 2(1), 138-147. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.3406/genes.1990.1035>
- Obeyesekere, G. (1970). *The idiom of demonic possession : A case study*. *Social Science & Medicine* (1967), 4(1), 97–111.
- Pal, S. (1997). *Mental disorders in abnormal offenders in Papua New Guinea*. *Med. & L.*, 16, 87.
- Palmer, D. (2006). *Imperfect prescription : mental health perceptions, experiences and*

challenges faced by the Somali community in the London Borough of Camden and service responses to them. *Primary Care Mental Health*, 4(1), 45–56.

Peters, L. G. (1988). *Borderline personality disorder and the possession syndrome : An ethnopsychanalytic perspective*. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 25(1), 5–46.

Pfeifer, S. (1994). *Belief in demons and exorcism in psychiatric patients in Switzerland*. *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 67(3), 247–258.

Pfeifer, S. (1999). *Demonic Attributions in Nondelusional Disorders*. *Psychopathology*, 32(5), 252-259. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1159/000029097>

Pfleiderer, B. (1985). *A life crisis and its management a case study from north India*. *Ancient science of life*, 5(2), 116.

Pierre, D. (2007). *La mort dans l'âme : Deuil et mélancolie dans l'univers d'un Philippin*. *L'Autre*, 8(3), 97. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.3917/lautr.024.0097>

Pierre, D. (2011). *Karim et son premier « fix » : Un adolescent en mal d'appartenance*. *L'Autre*, 12(3), 316. <https://doi.org/10.3917/lautr.036.0316>

Pierre, D. (2012). *Rêves et pensées traditionnelles : apaiser les orages d'une relation mère - fille*. *L'Autre*, 13(2), 171. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.3917/lautr.038.0171>

Pierre, D. (2014). *Un cauchemar dans la trousse d'urgence, A nightmare in the fist-aid kit*. *L'Autre*, me 5(3), 423-435.

Pinçon, B., & Ngoïe-Ngalla, D. (1990). *L'unité culturelle Kongo à la fin du XIXe siècle. L'apport des études céramologiques*. *Cahiers d'études africaines*, 30(118), 157-177. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.3406/cea.1990.1618>

De Anne Juranville *Figures de la possession - Actualité psychanalytique du démoniaque*. Consulté 21 septembre 2016, à l'adresse <http://www.pug.fr/produit/281/9782706119873/Figures%20de%20la%20possession>

Radi, S. (2013). *Surnaturel et société*. Erscheinungsort nicht ermittelbar : Centre Jacques-Berque.

Radjack, R., Baubet, T., El Hage, W., Taieb, O., & Moro, M.-R. (2012). *Peut-on objectiver et éviter les erreurs diagnostiques en situation transculturelle ?* *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 170(8), 591-595. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.08.012>

Raguraman et al. (2004). *An Unusual Presentation of PTSD*. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(9), 760-760. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01458.x>

Ranganathan, S. (2015). *A space to «eat, trance, and sleep» : The healing power of Mahanubhav temples in Maharashtra (India)*. *Mental Health, Religion & Culture*, 18(3), 185-195. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1080/13674676.2015.1031097>

Réal, I., Cohen, H., Koumentaki, C., & Moro, M. R. (2014). *Une approche ethnopsychiatrique de la psychose*. *L'Autre*, 15(3), 328. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.3917/lautr.045.0328>

Réal, I., Cohen, H., Koumentaki, C., & Moro, M. R. (2015). *Une approche ethnopsychiatrique de la psychose, An ethnopsychiatry approach of the psychosis*. *L'Autre*, me 15(3), 328-345.

Remotti, F., & Fabietti, U. (Éd.). (1997). *Dizionario di antropologia : etnologia, antropologia culturale, antropologia sociale* (1. ed). Bologna : Zanichelli.

Richard, J.-T. (2000). *Clinique de la castration symbolique*. Paris : L'Harmattan.

Ricœur P. (1985), *Temps et récit*, Paris, Le Seuil.

Ricoeur, P. (1994). *La souffrance n'est pas la douleur*. *Autrement*. Série mutations, (142), 58-69.

Rizzi, A. T., Bouaziz, N., Maley, S., Simon, A., Claret, A., Sebbag, E., & Moro, M. R. (2016). *Robinson, les silences du cartographe : Monographie d'un enfant présentant un mutisme secondaire dans une famille migrante originaire de Côte d'Ivoire*. *La psychiatrie de l'enfant*, 59(1), 5. <https://doi.org/10.3917/psy.591.0005>

Ross, C. A., Schroeder, E., & Ness, L. (2013). *Dissociation and Symptoms of Culture-Bound Syndromes in North America : A Preliminary Study*. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(2), 224-235. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1080/15299732.2013.724338>

Rouchon, J.-F., Reyre, A., Taïeb, O., & Moro, M. R. (2009). *L'utilisation de la notion de contre-transfert culturel en clinique*. *L'Autre*, Volume. 10(1), 80. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.3917/lautr.028.0080>

Rouget, G. (1990). *La musique et la transe : esquisse d'une théorie générale des relations de la musique et de la possession* (Nouvelle éd. rev. et augm). Paris : Gallimard.

Rowan, K., & Dwyer, K. (2015). *Demonic possession and deliverance in the diaspora : phenomenological descriptions from Pentecostal deliverees*. *Mental Health, Religion & Culture*, 18(6), 440-455. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1080/13674676.2015.1077211>

Sakoyan, J. (2012). *Les mobilités thérapeutiques : Bilan et perspectives depuis les Comores*. *Anthropologie et Santé*, (5). Consulté à l'adresse

<https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1035>

Şar, V., Akyüz, G., & Doğan, O. (2007). *Prevalence of dissociative disorders among women in the general population*. *Psychiatry Research*, 149(1-3), 169-176. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.01.005>

Satija, D. C., Nathawat, S. S., Singh, D., & Sharma, A. (1982). *A study of patients attending Mehandipur Balaji Temple : Psychiatric and psychodynamic aspects*. *Indian journal of psychiatry*, 24(4), 375.

Satoh, S., Obata, S., Seno, E., Okada, T., Morita, N., Saito, T., ... Yamagami, A. (1996). *A case of possessive state with onset influenced by 'door-to-door' sales*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 50(6), 313-316. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.1996.tb00571.x>

Sayad, A., & Bourdieu, P. (2014). *La double absence : des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Le Seuil, 2016

Schaffler, Y., Cardeña, E., Reijman, S., & Haluza, D. (2016). *Traumatic Experience and Somatoform Dissociation Among Spirit Possession Practitioners in the Dominican Republic*. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 40(1), 74-99. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1007/s11013-015-9472-5>

Schauder, S. (2012). *L'étude de cas en psychologie clinique : 4 approches théoriques*. Paris : Dunod.

Schieffelin, E. L. (1996). *Evil spirit sickness, the christian disease : The innovation of a new syndrome of mental derangement and redemption in Papua New Guinea*. *Culture, medicine and psychiatry*, 20(1), 1-39.

Seligman, R. (2005). *Distress, dissociation, and embodied experience : Reconsidering the pathways to mediumship and mental health*. *Ethos*, 33(1), 71-99.

Seligman, R. (2010). *The Unmaking And Making Of Self : Embodied Suffering And Mind-Body Healing In Brazilian Candomblé : Unmaking And Making The Self*. *Ethos*, 38(3), 297-320. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1111/j.1548-1352.2010.01146.x>

Seligman, R., & Kirmayer, L. J. (2008). *Dissociative Experience and Cultural Neuroscience : Narrative, Metaphor and Mechanism*. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 32(1), 31-64. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1007/s11013-007-9077-8>

Sethi, S., & Bhargava, S. C. (2009). *Mass Possession State in a Family Setting*. *Transcultural Psychiatry*, 46(2), 372-374. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1177/1363461509105828>

Sharp, L. A. (1990). *Possessed and dispossessed youth : spirit possession of school children in northwest Madagascar*. *Culture, medicine and psychiatry*, 14(3), 339–364.

Sharp, L. A. (1994). *Exorcists, psychiatrists, and the problems of possession in northwest Madagascar*. *Social Science & Medicine*, 38(4), 525–542.

Sicot, F., & Touhami, S. (2015). *Les professionnels français de la santé mentale face à la culture de leurs patients d'origine étrangère*. *Anthropologie et Santé*, (10). Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1725>

Simenel, R. (2012). *Quand les djinns sèment le doute dans l'ordre des apparences : un contrepoint animiste dans l'ontologie analogique marocaine. Ce qui fait les êtres : la caractérisation des êtres naturels et surnaturels*. *Les rencontres du CJB*, (2), 13–18.

Simonet, P. (2005). J. Bruner. *Pourquoi nous racontons-nous des histoires ? L'orientation scolaire et professionnelle*, (34/2), 273-275.

Sinha, S. (2014). *Socio-cultural Difficulties Faced by a Family of Interior Village Community of India while Managing a Violent Psychiatric Patient at Home : Analysis of a case*. Consulté à l'adresse http://www.academia.edu/23072224/Socio-cultural_Difficulties_Faced_by_a_Family_of_Interior_Village_Community_of_India_while_Managing_a_Violent_Psychiatric_Patient_at_Home_Analysis_of_a_case

Somer, E., Ross, C., Kirshberg, R., Bakri, R. S., & Ismail, S. (2015). *Dissociative disorders and possession experiences in Israel : A comparison of opiate use disorder patients, Arab women subjected to domestic violence, and a nonclinical group*. *Transcultural Psychiatry*, 52(1), 58-73. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1177/1363461514552584>

Stephen, M., & Suryani, L. K. (2000). *Shamanism, psychosis and autonomous imagination*. *Culture, medicine and psychiatry*, 24(1), 5–38.

Stern, L., & Kirmayer, L. J. (2004). *Knowledge Structures in Illness Narratives : Development and Reliability of a Coding Scheme*. *Transcultural Psychiatry*, 41(1), 130-142. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1177/1363461504041358>

Szabo et Jonsson. (2005). *Dissociative Trance Disorder Associated with Major Depression and Bereavement in a South African Female Adolescent*. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(5), 423-423. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01593.x>

Szondi, L. (1970). *Thanatos et Caïn. Au commencement de la culture*. *Revue Philosophique de Louvain*, 68(99), 373-384. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.3406/phlou.1970.5562>

Taïeb, O. (2011). *Les histoires des toxicomanes : récits et identités dans les addictions*. Paris : Presses universitaires de France.

Taïeb, O., Heidenreich, F., Baubet, T., & Moro, M. R. (2005). *Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle*. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 35(4), 173-185. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2005.02.004>

Tallarico, S., & Baubet, T. (2017). *La mer comme espace liminal*. *Rhizome*, (1), 68–74.

Tantam, D. (1993). *An Exorcism in Zanzibar : Insights into Groups from Another Culture*. *Group Analysis*, 26(3), 251-260. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1177/0533316493263005>

Thakur, S., & Pirta, R. S. (2009). *Mental health and cognitive representations of people experiencing spirit possession*. *Journal of Indian Academy of Applied Psychology*, 35(2), 203–209.

Tobin, J. J., & Friedman, J. (1983). *Spirits, shamans, and nightmare death : Survivor stress in a Hmong refugee*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53(3), 439.

Todorov, T. (2011). *La conquête de l'Amérique : la question de l'autre*. Paris : Ed. du Seuil.

Valenzuela-Pérez, A., Rojas-Viger, C., & Sterlin, C. (2003). *Le pacte avec le diable : étiologie et métaphore de violence*. *L'Autre*, 4(3), 395. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.3917/lautr.012.0395>

Vallet, D. (2012). *Actualités cliniques du traumatisme psychique, Clinical news on psychological trauma*. *L'information psychiatrique*, me 85(2), 161-165.

Van Duijl, M., Kleijn, W., & de Jong, J. (2014). *Unravelling the spirits' message : A study of help-seeking steps and explanatory models among patients suffering from spirit possession in Uganda*. *International journal of mental health systems*, 8(1), 24.

Van Duijl, M., Nijenhuis, E., Komproe, I. H., Gernaat, H. B. P. E., & de Jong, J. T. (2010). *Dissociative Symptoms and Reported Trauma Among Patients with Spirit Possession and Matched Healthy Controls in Uganda*. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34(2), 380-400. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9171-1>

Venkataramaiah, V., Mallikarjunaiah, M., Chandrasekhar, C. R., Rao, C. V., & Reddy, G. N. (1981). *Possession syndrome : an epidemiological study in West Karnataka*. *Indian journal of psychiatry*, 23(3), 213.

Vinit, F. (2006). *Le toucher dans les soins infirmiers regard croisé entre la discipline*

infirmière et l'anthropologie. Outaouais. Université du Québec.

Ward, C. (1980). *Spirit Possession and Mental Health : A Psycho-Anthropological Perspective*. *Human Relations*, 33(3), 149-163. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1177/001872678003300301>

Ward, C. (1982). *A transcultural perspective on women and madness : The case of the mystical affliction*. In *Women's Studies International Forum* (Vol. 5, p. 411–418). Elsevier. Consulté à l'adresse <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277539582900036>

Ward, C., & Beaubrun, M. H. (1981). *Spirit possession and neuroticism in a West Indian Pentecostal community*. *British Journal of Clinical Psychology*, 20(4), 295–296.

Whyte, S. R., Van der Geest, S., & Hardon, A. (2002). *Social lives of medicines*. Cambridge University Press.

Wijesinghe, C. P., Dissanayake, S. A. W., & Mendis, N. (1976). *Possession trance in a semi-urban community in Sri Lanka*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 10(2), 135–139.

Winnicott, D. W. (2012). *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Paris : Gallimard.

Winnicott, D. W., Audibert, C., & Kalmanovitch, J. (2015). *La capacité d'être seul*. Paris : Éditions Payot & Rivages.

Wintrob, R. M. (1970). *Mammy Water : Folk beliefs and psychotic elaborations in Liberia*. SAGE Publications Sage CA : Los Angeles, CA. Consulté à l'adresse <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674377001500208>

Witztum, E., Grisar, N., & Budowski, D. (1996). *The 'Zar'possession syndrome among Ethiopian immigrants to Israel : Cultural and clinical aspects*. *British Journal of Medical Psychology*, 69(3), 207–225.

Young, A. (1975). *Why Amhara get kureynya : sickness and possession in an Ethiopian zar cult*. *American Ethnologist*, 2(3), 567–584.

Young, A. (1982). *The anthropologies of illness and sickness*. *Annual review of anthropology*, 11(1), 257-285.

Zempleni, A. (1966). *La dimension thérapeutique du culte des rab : ndöp, tuuru, et samp, rites de possession chez les Lebou et les Wolofs*. *Psychopathologie africaine*, II, 3, 295-439.

Zérillo, S. (2012). *De l'illusion à la culture ou le regard de Winnicott sur la créativité*. *Éducation et socialisation*, (32). Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.4000/edso.324>

Zouari, N., Aloulou, J., Siala, M., Ben Mahmoud, S., Zouari, L., & Maalej, M. (2010). *Aspects culturels dans la dépression masquée par des symptômes psychotiques*. *L'Encéphale*,

36(6), 504-509. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.03.002>