

L'anthropologue et le psychiatre face aux médecines traditionnelles

Récit d'une expérience

Emmanuelle Kadya TALL*

INTRODUCTION

Lorsque je suis arrivée la première fois à Cotonou pour convenir des modalités de ma collaboration avec le département de Psychologie médicale et de Psychiatrie de l'université nationale du Bénin, j'étais loin de me douter que ce travail nécessiterait un grand investissement personnel au sein de l'équipe médicale et universitaire qui m'accueillait. Cet investissement aux allures militantes m'a souvent fait passer pour une professionnelle de la santé aux yeux des malades et de certains personnels des institutions médicales dans lesquelles j'évo-luais. J'ai souvent eu droit au rituel « mon bon docteur » en guise de salutation, et cette confusion des rôles à laquelle j'ai fini par m'habituer — il est vrai que mes questions répétaient souvent celles des médecins rompus aux exercices de la psychiatrie transculturelle — m'obligeait sans cesse à formuler la raison de ma présence en ces lieux.

Avec mon interlocuteur psychiatre (1), nous avons décidé de centrer nos recherches sur les recours thérapeutiques traditionnels et modernes dans la région du Sud-Bénin, en privilégiant parmi les recours non-biomédicaux l'étude du Christianisme Céleste — église syncretique en plein essor — et du vodun Dan — divinité de l'Arc-en-ciel

* *Anthropologue, Orstom, 213, rue La-Fayette, 75480 Paris cedex 10.*

(1) Le professeur René Gualbert Ahyi, qui dirige le département de Psychologie médicale et de Psychiatrie à la faculté des Sciences de la Santé de l'université nationale du Bénin, et qui a été médecin-chef du centre de neuropsychiatrie jusqu'au début 1989.

symbolisée par un serpent —, à qui est attribué un certain nombre de troubles mentaux. L'intérêt psychiatrique pour ces deux institutions thérapeutiques portait sur l'étude de l'hystérie dans les sociétés africaines, où la plupart des travaux d'ethnopsychiatrie concernaient davantage les « Culture Bound Syndromes » et les névroses d'acculturation, même si la question de la transe de possession se pose depuis longtemps. L'hystérie perçue parmi les adeptes des cultes et des religions nouvelles était-elle une production interne à ces institutions — leur fréquentation développant la personnalité hystérique de l'individu —, ou un mode d'expression contrôlé et limité dans l'espace et dans le temps aux rituels de possession? Cette curiosité des psychiatres béninois envers le culte Dan et l'église du Christianisme Céleste ne se réduisait pas au phénomène de la transe; elle incluait une interrogation sociologique sur la place et le rôle de ces institutions au sein de la société du Sud-Bénin. Pour l'anthropologue, le choix de ces institutions permettait une vision dynamique de la société béninoise d'aujourd'hui, à travers les différents recours thérapeutiques. Ma collaboration avec des praticiens me semblait un atout majeur pour travailler sur les pratiques concrètes et non pas sur des systèmes théoriques à reconstruire. Pour ces médecins, la confrontation avec un chercheur en sciences sociales devait les aider à trouver les outils méthodologiques et théoriques qui leur permettraient d'établir les bases d'une nouvelle pratique psychiatrique au Bénin. Fortement marqués par Henri COLLOMB et son école de psychiatrie de Dakar-Fann, les psychiatres béninois ont une vision très culturaliste de la maladie mentale : partagés entre un savoir biomédical occidental, auquel ils reprochent de ne pas prendre en compte les variantes culturelles propres à chaque région du monde, et une connaissance populaire des thérapies locales, auxquelles ils voudraient donner ses lettres de noblesse, les psychiatres béninois sont aussi divisés entre deux types de croyances : la croyance dans un savoir scientifique positiviste médical et la croyance dans un savoir magique des anciens, savoir auquel ils voudraient apporter une certaine caution scientifique. D'emblée, j'ai refusé de focaliser mon travail sur le débat devenu classique entre savoir « positiviste » et savoir « magique ». Je craignais de me voir entraînée dans un jury (2), où il me faudrait confirmer ou infirmer l'efficacité de telle ou telle pratique thérapeutique! La question de l'efficacité est une question d'importance qui, en Afrique, a souvent tendance à être enfermée dans un cadre politique de légitimation.

- (2) L'institutionnalisation de certains guérisseurs, plébicités par le peuple et les instances politico-administratives, a été mise en place au Bénin pendant la Révolution, dans les années quatre-vingt.

LA PLURIDISCIPLINARITÉ OU JUSQU'OUÛ L'ANTHROPOLOGUE DOIT-IL COLLABORER ?

Durant les quatre années passées au Bénin, j'ai consacré la moitié de mon temps à l'étude et l'observation participante de l'institution psychiatrique à Cotonou. Malgré une certaine méfiance vis-à-vis de ce mode d'investigation, j'ai opté pour cette méthode qui m'a paru le moyen le plus rapide de parvenir à une intégration minimum au sein de l'équipe qui m'accueillait. Présente à quelques consultations hospitalières, j'ai participé aux « réunions du jeudi matin » qui, les deux premières années, se déroulaient au centre de neuropsychiatrie de Jacquot. Ces réunions hebdomadaires étaient consacrées à la présentation d'un malade et à une discussion collective sur son cas, suivie d'une assemblée institutionnelle qui, sous un auvent, à l'image du *pinc* dakarais, regroupait l'ensemble du personnel, des malades et leurs accompagnants. Très vite, parce que ma présence parmi les médecins, les étudiants, les infirmiers et les malades paraissait mal comprise de certains — qui étais-je, sinon un agent des forces impérialistes venu exploiter la force vitale et les expériences des Béninois pour en tirer un immense profit à travers une thèse best-seller, ou encore, une coopérante incapable que son gouvernement avait envoyée au Bénin pour la punir —, je me suis rendue compte que je devais agir et apporter la preuve de mes compétences. Cette perception paranoïaque d'une étrangère (3) était le signe du malaise régnant au sein de l'équipe, comme j'allais m'en apercevoir au cours de l'enquête que je menais sur le fonctionnement de l'institution du centre de neuropsychiatrie de Jacquot.

Le centre de neuropsychiatrie de Jacquot (4)

Situé à la périphérie ouest de la ville, proche du bord de mer, le centre de neuropsychiatrie est appelé familièrement Jacquot, du nom de son quartier. Ancienne ferme privée, annexée en 1932 par les autorités territoriales lors de la construction de l'aéroport, elle a été transformée en lazaret pour recueillir les malades varioleux dans les années 1943-1945, puis abandonnée pendant plusieurs années avant de devenir un asile pour malades mentaux en 1948. Jusqu'en

(3) Perception dont je n'étais pas la première victime et qui n'était donc pas attachée à ma personne en particulier.

(4) Pour plus de détails, se reporter à l'article publié conjointement avec R.G. AHYI (1988-89). — Le centre de neuropsychiatrie de Jacquot : un itinéraire ou les difficultés de la mise en place des structures de la psychiatrie africaine (l'exemple du Bénin). *Psychopathologie africaine*, XXII, 1 : 5-20.

1979, le centre de Jacquot disposait d'une enveloppe budgétaire de 28 centimes par malade et par jour et d'un personnel réduit au minimum. Structure asilaire au sens plein du terme, Jacquot, surnommé alors « le parc des fous », abritait en grande majorité des malades chroniques abandonnés par leurs familles qui venaient parfois en catimini, à la nuit tombée, les basculer par-dessus le mur de l'enceinte.

Le retour au pays, fin 1979, de trois psychiatres formés à l'étranger et pour deux d'entre eux, à l'école de Dakar-Fann, va radicalement bouleverser les données. La création du département de Psychologie médicale et de Psychiatrie à la faculté des Sciences de la Santé va permettre aux psychiatres de rompre l'isolement des malades et d'accroître le personnel soignant, en associant étroitement le monde universitaire et le monde hospitalier. En outre, l'utilisation des médias radiophoniques permet de mobiliser l'opinion publique et de trouver des fonds pour la réhabilitation du lieu : destruction des cellules remplacées par des chambrées de trois ou quatre personnes, instauration d'une cuisine sur place — auparavant, les repas étaient préparés à l'autre bout de la ville et transportés une fois par jour à Jacquot par une camionnette vétuste —, défrichage d'une partie du terrain pour y planter des cultures vivrières rapportant des gains monétaires et ouverture d'une buvette dans l'enceinte de Jacquot, désormais ouvert à la libre circulation des malades.

L'accueil thérapeutique s'inspire des méthodes adoptées à Dakar-Fann : chaque nouveau malade doit être nécessairement accompagné d'une personne durant tout son séjour hospitalier. Cet accompagnant va être le lien entre le monde familial et familial du malade et le monde médical. En instaurant la présence d'un accompagnant, les psychiatres veulent conserver ainsi l'esprit de solidarité qui existe habituellement en Afrique devant la maladie. La chronicisation des malades mentaux à l'hôpital provient pour une bonne part de la désaffection du milieu familial. La libre circulation des malades, la mise en place du système des accompagnants, le développement d'activités ergothérapeutiques (jardinage, petit commerce, cantine) et récréatives (animation des réunions hebdomadaires par un orchestre de musiciens et de chanteurs) ont transformé « le parc des fous » en hospice, où la qualité du confort moral vient compenser la médiocrité du confort hôtelier.

Mais en 1987, l'ardeur des bouleversements de 1979 s'est atténuée depuis longtemps et la créativité des premiers jours a cédé la place au train-train quotidien. La réunion institutionnelle du jeudi matin, dont le principe est d'y débattre de tous les problèmes internes à l'institution, devient un pensum pour l'ensemble de la population de Jacquot. La communication entre les uns et les autres ne se fait plus

et n'étaient-ce les facéties d'une maniaco-dépressive, véritable pilier de l'institution (dans la mesure où elle a connu toutes les transformations du centre depuis près de vingt ans), le malaise serait si fort qu'il serait intolérable d'assister à ce rite désormais dénué de sens.

Une enquête auprès de l'ensemble de la population, qui vit ou travaille à Jacquot, va nous permettre de mettre le doigt sur les problèmes qui paralysent les activités du Centre. La banqueroute de l'État béninois — depuis plusieurs années déjà, le budget consacré au Centre n'existe que sur le papier — va servir de prétexte à une réflexion collective sur l'avenir de Jacquot. Mais les problèmes économiques masquent des problèmes internes plus profonds, d'ordre hiérarchique et statutaire. Les infirmiers, dévoués à la cause psychiatrique, réclament depuis de longues années la reconnaissance officielle de leur compétence et la possibilité d'acquérir une formation spécialisée en psychiatrie, afin d'obtenir une meilleure rémunération. Cette revendication statutaire et salariale est d'autant plus vive que les infirmiers côtoient quotidiennement des étudiants en médecine, à qui un diplôme est délivré en fin de cycle.

Ce conflit latent entre les infirmiers et les étudiants en spécialité psychiatrique est réciproque, dans la mesure où ces derniers se plaignent du mépris des infirmiers à l'égard des ordonnances qu'ils prescrivent aux malades, les infirmiers refusant aux étudiants en psychiatrie une compétence qu'ils jugent inférieure à la leur. Lorsqu'il leur est demandé de justifier leurs actes, les infirmiers se réfugient de manière fallacieuse (5) derrière la loi administrative, selon laquelle ils sont pleinement responsables des malades dont ils ont la charge, ce qui les autorise à refuser les prescriptions établies par les étudiants qui ne sont pas soumis à la même administration que la leur. L'administration hospitalière est rattachée au ministère de la Santé publique, tandis que l'administration universitaire dépend du ministère des Enseignements moyens et supérieurs (6). Ces deux institutions parallèles se rencontrent à Jacquot en la personne de son médecin-chef et de ses adjoints, qui sont aussi enseignants à l'université. En faisant de Jacquot un terrain de stage pour les étudiants, les universitaires ont essayé de pallier l'indigence des services publics en matière de personnel médical et de structures éducatives. Le médecin-chef de Jacquot se sent lui-même victime de l'administration. En effet, quelques temps après la réforme psychiatrique de 1979, le

(5) Les étudiants et les infirmiers sont sous l'autorité directe du médecin-chef, qui donne l'autorisation aux étudiants de prescrire des ordonnances.

(6) Depuis le gouvernement de transition, tous les ministères ayant trait à l'éducation ont été regroupés dans un seul ministère désormais appelé ministère de l'Éducation.

Ministère a imposé un directeur administratif, ce qui peut paraître normal dans une société où l'État prend en charge les transformations d'une institution, mais qui a été vécu à Jacquot comme une volonté de contrôle et de récupération des réformes mises en œuvre sans son aide.

La chronicisation des malades mentaux dans les institutions de soins est une mise en cause de la psychiatrie sous toutes les latitudes mais, en Afrique, elle atteint une ampleur expliquée par la place qu'occupe la psychiatrie dans la multiplicité des recours thérapeutiques : le psychiatre arrive bien souvent tout au bout de la quête thérapeutique, lorsque l'ensemble du corps social qui prenait en charge le malade est socialement et économiquement épuisé. En confiant le malade à une institution psychiatrique, le groupe accepte l'échec et la mort sociale de l'individu hospitalisé. Les visites s'espacent, la contribution aux besoins en médicaments est de plus en plus précaire, et peu à peu le malade glisse vers la chronicisation, sans qu'on puisse déterminer exactement le moment où le passage de malade aigu à malade chronique s'est produit.

Les difficultés économiques de 1987 occasionnent un sursaut de révolte du psychiatre, alors médecin-chef à Jacquot, qui décide de placer les familles et l'État devant leurs responsabilités : la recherche des familles des malades chroniques stabilisés et l'exigence, auprès des autorités politico-administratives, d'une participation financière aux soins donnés aux malades, raflés par la police sur la voie publique, en sont les premières manifestations. Dans un deuxième temps, la réflexion porte sur la recherche de nouvelles structures d'accueil des malades permettant l'hospitalisation de jour et la consultation dans les quartiers. La création de dispensaires « Solidarité » sera le moyen de familiariser le public, le psychiatre cessant de cantonner ses activités dans des lieux trop spécialisés. Et si les problèmes de statut de personnel ne sont toujours pas résolus — c'est à l'État de les régler mais, en 1987, le Fonds monétaire international exigeait déjà du Bénin une réduction de l'effectif des fonctionnaires —, la privatisation des lieux d'accueil des malades permettra aussi l'embauche de médecins et d'infirmiers diplômés que l'État ne peut pas accueillir.

LA COLLABORATION DES PSYCHIATRES AVEC LES TRADIPRATICIENS

En dépit des heurts qui se produisent très régulièrement au sein de l'institution de Jacquot entre psychiatres et tradipraticiens, heurts

d'origine socio-politique plutôt que d'ordre éthique, les deux guérisseurs de Jacquot sont des fonctionnaires du ministère de la Santé publique qui ont obtenu ce statut grâce à des appuis politiques de l'ancien régime marxiste-léniniste.

La collaboration psychiatre/tradipraticien semble être une nécessité pour les médecins, freinés dans leur travail par la pénurie de médicaments psychotropes et de structures adéquates. Outre l'aspect psychothérapeutique des cures locales, auxquelles ils font une grande confiance, les psychiatres s'intéressent aussi aux principes actifs de certaines plantes. En dépit d'une certaine idéalisation du pouvoir des plantes — qui est dans l'air du temps —, on attribue à ces dernières des effets secondaires moins nocifs que ceux des médicaments psychotropes, l'atout majeur mis en avant reste l'aspect économique du traitement phytothérapeutique. Les thèmes d'autosuffisance (production locale de médicaments), d'autodétermination (création de structures de soins adaptées à la demande locale) et de « santé pour tous en l'an 2000 » sont perçus comme étant d'une urgence telle que si le médecin se méfie du tradipraticien, c'est moins de son savoir que de l'application qu'il en fait. Le leurre positiviste lui permet d'imaginer un emploi rationnel des croyances et des savoirs traditionnels.

Récit d'une aventure chez un phytothérapeute

La rencontre avec un guérisseur spécialiste des troubles mentaux témoigne de cette volonté de collaboration du psychiatre avec les thérapeutes locaux. Ce sont les parents de malades toxicomanes, ayant séjourné à Jacquot, qui l'ont accréditée. Cette collaboration devait idéalement se manifester par l'échange de malades en cas d'échec de l'une ou l'autre partie. Le psychiatre se voyait déjà débarrassé de tous les toxicomanes qui lui menaient la vie dure à Jacquot. Aux échanges des premiers temps devait succéder une période d'étroite collaboration, propice à des stages effectués dans les institutions respectives. Auparavant, une enquête anthropologique devait vérifier ce qui justifiait la renommée du thérapeute, ou du moins se faire l'interprète des deux cultures.

Proche des quatre-vingts ans, notre guérisseur est un vieillard solide et égrillard. Appartenant au groupe *holli*, société d'anciens chasseurs maintenant agriculteurs, apparenté au groupe *yoruba*, ce thérapeute s'est installé il y a plus de cinquante ans à quelques kilomètres de la demeure paternelle. Il y vit avec quatorze de ses épouses et sa progéniture. Marié aussi au Nigeria où il se rend fréquemment, ce thérapeute exerce une partie de son pouvoir en distribuant des femmes à son entourage. Puisant dans le groupe de ses patientes, il

installe les malades mentales « améliorées » avec ses apprentis, se constituant ainsi une clientèle de fidèles qui lui doivent tout. Cette accumulation et redistribution de femmes lui permet d'acquérir une main-d'œuvre gratuite pour cultiver ses terres. Ses nombreux fils sont dispensés des tâches agricoles et se consacrent en partie aux soins des malades mentaux, à qui ils distribuent potions et remèdes. Ses épouses sont chargées de la préparation des repas des malades sans accompagnant.

Ce guérisseur se définit avant tout comme un phytothérapeute (7), adepte de la divinité *Osanyin* (8). Une part de son savoir sur les plantes est héritée de son père, dans une chaîne classique de transmission lignagère, mais il a néanmoins appris bien d'autres choses en voyageant à travers le pays et le Nigeria voisin. Spécialiste du *Bo* (envoûtement et désenvoûtement), qui est à l'origine de la plupart des désordres mentaux, ce thérapeute soigne les maux de ventre, le gonflement du corps, les paralysies des membres inférieurs et supérieurs, l'épilepsie, les plaies rebelles, la lèpre, l'impuissance et la cécité, principaux signes du *Bo*.

Comme beaucoup de spécialistes des désordres mentaux, notre interlocuteur affirme la prépondérance de l'intervention des êtres humains dans l'explication causale des maladies mentales. Jalousies, rivalités de tous ordres, sont à l'origine de la plupart des cas qu'il traite. La maladie mentale comme châtiment des dieux ou comme appel d'une divinité est limitée à des cas bien précis, au sujet desquels la famille du malade a généralement oublié une promesse faite à une divinité, ou transgressé un interdit.

Adepte et prêtre de *Shango* — divinité du Tonnerre — ce tradipraticien est aussi adepte de *Omoolu* — divinité de la terre, qui se manifeste à travers les maladies éruptives dont la plus fatale est la variole —, et de *Osumare* — divinité de l'arc-en-ciel, symbolisée par un serpent qui se mord la queue. Ces trois divinités marquent son identité lignagère, tandis que *Osanyin* marque son identité sociale de guérisseur : il est d'ailleurs interdit à n'importe qui d'autre que lui ou ses collaborateurs d'entrevoir cette divinité, dont la force *ase* lui a permis d'acquérir sans dommage la multitude de *Bo* qui font sa renommée nationale et régionale. Choisi par son père pour lui

(7) *Amawato*, littéralement celui qui fait des médicaments feuilles.

(8) *Osanyin*, entité des feuilles médicinales et liturgiques, est détentrice de l'*ase* — pouvoir, vitalité, force —, dont les dieux eux-mêmes ne peuvent se passer (cf. VERGER P., 1957 : 229. Note sur le culte des Orisa et Vaudun à Bahia, la baie de tous les saints au Brésil, et à l'ancienne côte des Esclaves en Afrique, Dakar, *mém. Ifan*, 609 p.). Cette divinité est fréquemment honorée par les chasseurs du fait de leur proximité dans la forêt.

succéder, non pas après consultation divinatoire ou signe prémonitoire, mais parce que, parmi ses frères, il était le seul à remplir les conditions morales liées à cette fonction, le thérapeute ne sait pas encore qui va lui succéder. Mais il ne voit pas d'urgence à désigner son héritier, car il possède un *Bo* contre la vieillesse. Nous avons pu constater que certains de ses enfants étaient beaucoup moins vaillants que lui!

Son village thérapeutique est organisé comme une entreprise familiale : un fils aîné résidant au village fait office de secrétaire, car il est allé à l'école primaire jusqu'au cours moyen première année. Il tient de manière plus ou moins régulière le cahier des entrées et sorties des malades, à l'instar des cahiers servant aux statistiques nationales de santé publique que l'on trouve dans les dispensaires. Ce cahier, commencé en 1981, recense 104 malades sur plusieurs années et s'interrompt en 1984. Sa tenue avait pour objectif l'obtention d'une carte de guérisseur pour son père, et quand celle-ci a été obtenue, le cahier n'a plus eu d'utilité. Des fils plus jeunes et un neveu s'occupent de la collecte des plantes, de la distribution des médicaments et de la réception des malades lorsque le responsable est en tournée. Apprentis, ce sont de simples exécutants. Seul le secrétaire, qui a appris le *Fa* auprès d'un oncle, accompagne son père en tournée et l'assiste dans certaines procédures de diagnostic, lorsque la divination par les cauris se révèle insuffisante. Les malades et leur entourage ont cependant toujours le loisir de s'adresser au devin de leur choix.

J'ai effectué deux séjours dans le village de ce guérisseur. Pour le premier, j'accompagnais le psychiatre durant un week-end. Ce dernier venait placer un patient toxicomane que ses différents actes de délinquance — dont une agression violente sur un infirmier qui souffrit d'un traumatisme crânien — interdisaient de séjour à Jacquot, l'ensemble du personnel et des malades ayant atteint le seuil de tolérance à son égard. Depuis la destruction des cellules et compte tenu de la pénurie de médicaments, Jacquot ne disposait plus de moyens coercitifs pour maîtriser les malades violents et c'est pourquoi l'alternance d'un séjour chez un tradipraticien avait été envisagé. Chez le guérisseur, on entrave le pied des malades, en phase aiguë de troubles, dans un tronc d'arbre coupé et on les soumet à une diète rigoureuse fondée sur la suppression de tout condiment, oléagineux et protéine. Parqués tel du bétail, les malades ont pour seul abri dans une forêt au sol dégagé le feuillage des fromagers, qui les protège du soleil lorsque les parents ne leur ont pas construit un lit en branchage surélevé, protégé par un « apatam ». Une calebasse ou une vieille boîte de conserve leur sert de pot de chambre. Cloués au sol par le tronc d'arbre qui les retient prisonniers, les malades ont seulement la possibilité de s'asseoir et de s'étendre. Éloignés les uns les autres de cinq ou six mètres, ils sont isolés au creux de légères

dépansions formées par l'érosion du sol. Nous avons vu une très vieille femme atteinte de sénilité, abandonnée depuis plus d'un an par sa famille et qui depuis lors était entravée car elle avait tendance à faire des fugues. Semblant accepter sa situation de prisonnière, elle nous accueillait toujours avec une parole aimable lorsque nous passions devant elle. Les malades en voie de guérison sont logés dans une vaste bâtisse en banco, cloisonnée en petits box comme dans un pensionnat. Là, malades et accompagnants dorment et préparent leurs repas. Les malades « améliorés » et les nouveaux arrivants sont logés dans différentes petites chambres du village.

Lors de ce premier séjour, plus encore que les conditions de vie pourtant effroyables des malades aigus, ce qui nous a frappé, c'est la résignation parfois enjouée des malades et des familles, qui semblaient trouver la situation toute naturelle. Voici l'exemple d'un jeune étudiant toxicomane, qui avait fait plusieurs séjours à Jacquot, et se trouvait entravé à la lisière de la forêt; il nous apostropha d'un discours tour à tour savant et politique sur la nécessité pour lui de fumer du « ganja », avant de nous remercier de notre visite et de nous demander de passer régulièrement le voir pour lui faire la conversation, faisant remarquer que là où il était, il avait peu l'occasion de converser avec des lettrés!

Au cours de ce week-end, nous avons assisté à un rituel de purification pour une nouvelle patiente. Jeune mariée, elle était accompagnée par son mari, inquiet des signes d'agitation et de dissociation qu'elle montrait depuis quelques temps. Le psychiatre décela chez elle les signes d'un accès dépressif, mais aucun entretien ne permit d'approfondir le diagnostic. Quelques semaines plus tard, je la retrouvais entravée dans la forêt des malades aigus, l'air totalement absent. Son vieux mari l'avait laissée là et revenait une fois par semaine lui apporter sa nourriture.

Lors de mon deuxième séjour, j'étais accompagnée d'un interprète et nous avons passé une semaine au village. Absent la plupart du temps, le thérapeute nous avait confié à l'un de ses jeunes fils, un gredin fini, au comportement incestueux à l'égard de la dernière et jeune épouse de son père, avec qui nous avions sympathisé et qui nous préparait nos repas. Étrangère à ce milieu, elle était originaire de la vallée de l'Ouémé. À la suite d'un mariage malheureux, elle avait épousé le thérapeute, par l'intermédiaire d'une entremetteuse qui lui avait fait miroiter une dot importante. Mariée depuis deux ans, elle attendait en vain cette fameuse dot, qui devait lui permettre de monter un commerce. Pour l'heure, elle préparait et vendait des boulettes de nougatine que venaient régulièrement lui voler les enfants de son mari. Elle était mère d'une adolescente de treize ans et avait perdu des jumeaux dans une fausse-couche, ce qui signifiait pour elle

le terme de sa fécondité, raison de son mariage avec un vieillard après avoir été reniée par son premier mari. Notre hôtesse était amère à cause de l'attitude désinvolte de son nouveau mari, qui ne l'avait en aucune manière soutenue lors du récent décès de son père. Plus que l'absence de dot, c'était l'absence physique et financière de notre hôte, lors des funérailles paternelles, qui l'affligeait et elle se promettait de le quitter dès qu'elle aurait à nouveau quelques économies.

Les malades

Parmi les trente-cinq malades séjournant chez le guérisseur lors de notre passage, dix-huit sont fixés à des troncs d'arbre, quatre vivent dans la grande bâtisse, quatre autres dans des chambres donnant sur le village et neuf anciens malades sont installés dans le village. Ce dernier groupe est constitué de quatre femmes qui ont épousé des apprentis et de cinq hommes qui cultivent les champs du thérapeute. Parmi les malades enchaînés, huit sont accompagnés de parents qui s'occupent de leur entretien : une vieille femme sénile et deux toxicomanes sont logés parmi des malades atteints de troubles plus profonds. Les dix malades sans accompagnant sont nus ou en haillons. Parmi eux, une jeune femme enceinte de six mois qui aurait été violée par un apprenti (9), car elle est attachée depuis huit mois. Une vieille épouse du guérisseur, ex-malade atteinte de plaies aux jambes et devenue unijambiste, est chargée de l'alimentation des malades livrés à eux-mêmes. En tout, il y a vingt femmes malades pour quinze hommes malades, mais parmi les malades reclus en forêt, il y a dix hommes et huit femmes. — Parmi les huit malades en voie de guérison, un hémiplégique qui a retrouvé l'usage de son bras, un lépreux, un épileptique et une femme souffrant de plaies longues à guérir côtoient quatre malades mentaux dont les troubles aigus ont cessé.

La clientèle hospitalisée est composée en majorité de paysans habitant le voisinage. Pour le reste, les malades hébergés dans le village sont de petits notables venus du Nigeria ou de Porto-Novo. Les fins de semaine voient affluer commerçantes, hommes d'affaires et politiciens, venus chercher auprès du guérisseur les talismans qui vont leur permettre de neutraliser leurs rivaux. C'est essentiellement avec cette

(9) D'après la jeune épouse du guérisseur, son mari est totalement ignorant de ce crime, ce qui tend à prouver qu'il ne se rend pas fréquemment auprès des malades enchaînés. Quand nous avons fait une remarque sur l'état avancé de grossesse de cette femme devant un des fils de notre hôte, ce dernier nous a rétorqué qu'elle n'était pas enceinte mais parasitée !

clientèle que notre hôte fait recette. Les malades issus du monde rural n'ont que leurs bras pour rétribuer le guérisseur, même si une somme variant de dix mille à vingt mille francs CFA au minimum (10) est toujours exigée en début de traitement. Le thérapeute explique une grande partie des rechutes et de la chronicisation des malades par le non-accomplissement des rituels de guérison. Une mise à mort symbolique de la maladie à travers des sacrifices animaux assure théoriquement une guérison complète. La plupart des malades attachés dans la forêt ont eu des périodes de rémission, pendant lesquelles ils ont été hébergés dans le village. Lors de notre séjour, la période de réclusion des malades variait de quelques semaines à un an. Le thérapeute estimait à quatre mois la durée moyenne de réclusion, mais il s'est refusé à préciser le taux de rechute qu'il imputait à la crise économique dont les effets sont ressentis par tous.

Notre hôte s'étant montré peu prolixe sur ses techniques de soins, c'est par l'observation et un recoupement d'informations que nous sommes arrivés aux conclusions suivantes : le thérapeute voit les malades à leur arrivée ou quelques temps plus tard s'il est absent. Il les reçoit dans sa chambre où est installée sa divinité *Osanyin*. Une divination par les cauris, complétée parfois par une divination *Fa* effectuée par son fils, le secrétaire, lui permet d'établir une étiologie et d'élaborer un programme de traitement, qui est alors confié à ses apprentis. Les malades arrivés en phase d'agitation aiguë sont d'abord confinés dans la forêt après administration de puissants sédatifs (11). Le traitement des malades qui vivent dans la forêt est laissé à l'entière responsabilité des apprentis placés sous l'autorité du plus jeune fils du guérisseur, la mère de ce fils, ancienne malade unijambiste, gérant l'intendance. Le guérisseur lui remet tous les dons en nature que lui apportent les familles des malades. Très autoritaire et vindicative, cette femme fait régner la terreur parmi les co-épouses et son fils unique en profite pour s'arroger des privilèges que son statut de cadet lui interdit. Son comportement de petit délinquant est connu de tous, y compris de son père, qui se refuse à le corriger par crainte de son épouse, laquelle nous paraît présenter toutes les caractéristiques d'une sorcière désignée (vieillesse, stérilité ou presque — elle n'a qu'un enfant — et verveur du langage — chaque matin nous étions réveillés par ses éclats de voix!).

Les préparatifs des festivités villageoises, à l'occasion de la sortie du couvent de quatre nouveaux adeptes de la divinité du Tonnerre, ne

(10) Équivalent à deux ou quatre cents francs français.

(11) Il s'agit de plantes non identifiées et qui, ingérées en décoration, font dormir deux à trois jours les malades les plus agités.

suffisent pas à expliquer ce climat d'hyperexcitation qui règne chez notre hôte. Le séjour ultérieur du guérisseur chez le psychiatre conduira celui-ci à porter un diagnostic d'hypomanie. Mais ce qui nous étonne pour l'heure, c'est l'absence d'autorité dont le thérapeute fait preuve vis-à-vis des siens, l'insolence de ses fils et de ses femmes contrastant singulièrement avec la déférence que lui témoignent ses clients. Le thérapeute, lors d'une visite à Jacquot le jour de la présentation d'un malade, va montrer le même étonnement à l'égard du psychiatre. En effet, l'entretien avec un malade et les discussions qui s'en suivent, lors de la présentation de cas du jeudi matin, vont lui paraître comme un signe de complaisance et de manque d'autorité à l'égard des malades. De la même façon, il aura du mal à comprendre pourquoi le médecin-chef a fait détruire les cellules tout en se plaignant de la violence des malades.

Certains troubles mentaux exigent une contention du malade, et la camisole chimique est une violence aussi terrible que l'enchaînement à une masse de bois. Mais ce qui me choque le plus dans le village thérapeutique, c'est moins ce passage obligé par la force que la durée de la contention. Théoriquement prévue pour calmer le malade avant de lui prodiguer des soins, elle se substitue peu à peu à tous les rituels de réhabilitation du malade.

Ce séjour, s'il a détruit les illusions que je pouvais encore avoir sur les tradipraticiens spécialistes des maladies mentales (12), m'a surtout frappée par la similitude des positions du thérapeute et des malades en secteur psychiatrique et en secteur traditionnel dans le Bénin d'aujourd'hui. En effet, l'un et l'autre accueillent une majorité de malades solitaires — les familles ne se présentant que pour les déposer dans un lieu ou dans un autre, lieux qui se substituent l'un à l'autre —, et lorsque le malade mental est accompagné, c'est le plus souvent par une vieille mère sur qui retombent tous les soupçons de sorcellerie. En psychiatrie comme en médecine traditionnelle, le traitement n'est jamais poursuivi jusqu'à son terme — par manque de moyens, disent les familles ; la cohésion familiale n'est plus une valeur dans l'économie d'aujourd'hui. Les rites d'identification et de resocialisation sont accomplis avec parcimonie, quand ils ont lieu ; ce qui oblige notre thérapeute, en dépit de son grand âge, à continuer ses voyages pour placer ses talismans qui trouvent encore grâce aux yeux de ses clients.

(12) Une visite chez un marabout, spécialiste des maladies mentales dans un village intégriste au Sénégal oriental, m'avait déjà confrontée à la violence des traitements non biomédicaux et à l'exploitation des malades par les soignants, qui dépassait largement l'habituel travail compensateur exigé dans les relations de clientèle du malade avec son thérapeute.

Le psychiatre et le tradipraticien se trouvent chacun à l'extrémité d'une chaîne dans une position sociale fragile ; le tradipraticien a une autorité de plus en plus ténue dans le monde moderne et le psychiatre a une autorité qui n'est pas encore assise. Cette marginalisation de l'un et de l'autre explique à notre sens ce désir de légitimité qu'ils recherchent l'un auprès de l'autre. Le premier cherche à médicaliser sa pratique, en s'attachant à élaborer une nosologie qui intègre des concepts biomédicaux, tandis que le second essaye de rattacher la personne humaine à un complexe plus vaste que les réseaux du triangle Œdipien. En reconnaissant la légitimité des étiologies locales, la psychiatrie béninoise aspire à devenir le lieu thérapeutique privilégié du passage entre tradition et modernité.

CONCLUSION

Les positions marginales du tradipraticien et du psychiatre permettent l'expansion d'autres thérapeutes, mieux inscrits dans la logique sociale du quotidien. Les églises nouvelles et les nouveaux cultes *vodun*, dont les pratiques de soins privilégient les rituels (prière, exorcisme, adorisme, sacrifices), replacent l'individu souffrant dans un nouvel ensemble communautaire, fondé sur une adhésion individuelle. Le tradipraticien classique, avec ses modèles de référence qui tendent à devenir obsolètes, et le biomédecin à la vision trop organiciste et psychologisante de la personne, ne répondent que pour une part minime à l'attente de leurs patients. Chez l'un et l'autre, on vient chercher des remèdes sous la forme de plantes et de talismans pour le tradipraticien et de médicaments biochimiques pour le psychiatre. L'avenir de la psychiatrie réside dans la multiplication des pathologies d'acculturation, dont elle est déjà reconnue comme un spécialiste si l'on considère les motifs de consultation (échec scolaire et difficultés professionnelles).

Au terme de mon séjour au Bénin, je ne sais toujours pas si mon travail a véritablement répondu à l'attente qu'on en avait. Au cours de l'apéritif d'adieu réunissant l'ensemble de l'équipe médicale qui m'avait accueillie, la remarque la plus émouvante fut celle qui disait le bénéfice retiré de mes interventions d'aspect anodin, lors des présentations de malades où je tentais de replacer dans leur contexte sociologique les discours et les actes des uns et des autres. Si la méthode d'observation participante m'avait été imposée par mon objet d'étude (l'institution psychiatrique), les outils d'analyse étaient bien ceux de l'anthropologie classique. Ma participation que je qualifiais de militante dans l'introduction de ce texte, si elle m'a permis de mieux m'intégrer au sein d'un groupe, me laisse perplexe

quant au rôle que doit jouer l'anthropologue au sein d'une institution. Tour à tour chauffeur (pour ramener les malades chroniques « stabilisés » dans leur famille), psychologue de groupe (pour permettre la verbalisation des conflits latents), avocate du diable (pour dynamiser des discussions qui s'enfermaient dans une langue de bois), j'ai souvent eu le sentiment de me perdre dans des rôles de composition. Heureusement, mes travaux de recherche sur d'autres fronts me permettaient de retrouver ma vraie nature d'anthropologue.

Je suis toujours embarrassée par le rôle de démiurge qu'on tend à faire jouer à l'anthropologue, depuis que l'échec ou la difficulté de mise en œuvre de politiques de santé publique dans les pays en voie de développement, est plus ou moins officiellement admis par l'ensemble des organismes de développement et des gouvernements locaux.

L'intégration de pratiques de soins locales à des institutions biomédicales, l'explication culturaliste des échecs que rencontrent les soins de santé primaire, me paraissent participer plutôt d'un processus de relégitimation du pouvoir biomédical et du pouvoir politique que d'une véritable remise en cause des hypothèses de départ qui ont conduit à l'échec constaté.

Le rôle de l'anthropologue et celui du psychiatre ou de tout autre biomédecin n'est pas d'officialiser les pratiques de soins des thérapeutes locaux. Une tentative en ce sens est sans doute le meilleur moyen de les rendre inopérantes, comme le prouve la désertion dont les guérisseurs sont l'objet, lorsqu'ils sont intégrés à des institutions biomédicales. En décrivant la diversité des choix thérapeutiques, des modèles de référence et de leurs logiques, l'anthropologue invite les politiciens de la santé à la modestie.