

PSYCHANALYSE ET GÉOPOLITIQUE

Entretien avec Tobie Nathan

Questions d'ethnopsychiatrie

Outre-Terre : D'où vient l'idée d'ethnopsychiatrie, et quels rapports celle-ci entretient-elle avec la psychanalyse ?

Tobie Nathan : Le terme d'« ethnopsychiatrie » a été conçu sur le même modèle qu'« ethnobotanique », « ethnozoologie » ou « ethnomathématiques » et tout ce que l'on appelait, dans les années 1960, les « ethnosciences ». Georges Devereux¹ aimait à répéter que ce n'était pas lui, mais Louis Mars, un psychiatre haïtien, qui était à l'origine du mot. Sachant que Louis Mars s'intéressait avec passion tant au vaudou qu'à la décolonisation, on pourrait en déduire les deux grands paradigmes qui en ont découlé : l'étude des thérapies traditionnelles et de leur efficacité, d'une part ; et ce que l'on pourrait désigner comme une *géopolitique de la psychopathologie*, d'autre part. Dans les termes de l'époque, l'ethnopsychiatrie, tout comme les autres « ethnosciences », partait du postulat que les peuples sans tradition écrite sont tout de même riches de savoirs véritables. Et ce sont précisément ces savoirs sans académie qu'on appelait des ethnosciences. Les chercheurs avaient alors la conviction que la décolonisation allait fournir l'occasion de reconnaître la compétence de ces savants sans Faculté — bref de briser la ligne de ce que Bruno Latour désigne comme « le grand partage », qui sépare ceux qui seraient censés « savoir » de ceux qui ne pourraient que « croire² ».

Tobie NATHAN, *professeur de psychologie clinique et pathologique à l'Université de Paris VIII ; en détachement auprès du ministère des Affaires étrangères.*

1. Georges Devereux peut être à bon droit considéré comme le fondateur de la discipline même s'il n'en a jamais pratiqué la clinique, du moins sous la forme qu'elle a pris de nos jours. Cf. Georges Devereux, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, coll. « Tel », 1983 ; *Femmes et mythes*, Flammarion, Champs, 1999.

2. Cf. Bruno Latour, *Nous n'avons jamais été modernes – essai d'anthropologie symétrique*, Paris, La Découverte, 1991.

Ainsi Georges Devereux rapporte-t-il systématiquement, dans son ouvrage *principes, Mohave Ethnopsychiatrie*³, la façon dont les Indiens Mohave désignent les désordres que nous nommerions « psychiques » ou « mentaux », et la façon dont ils les prennent en charge – la plupart du temps avec succès. Pour lui, il n'existe pas de peuple sans « ethnopsychiatrie » – c'est-à-dire de peuple qui ne possède son propre système de repérage et de prise en charge d'un certain type de négativité. Les « ethnopsychiatries », savoirs réels, décrivant la plupart du temps avec bonheur les comportements humains dans une société donnée, sont aussi techniques efficaces, destinées à agir sur les désordres, à répondre aux plaintes et aux souffrances. Ces connaissances, profondément liées à une langue et à une culture, méritent donc d'être étudiées pour elles-mêmes.

Si l'on y réfléchit, « ethnopsychiatrie » désigne l'inverse de ce que l'on a pris l'habitude d'appeler « psychiatrie transculturelle ». La psychiatrie transculturelle permet au psychiatre de continuer à pratiquer le même métier auprès de populations culturellement hétérogènes, de parvenir, par exemple, à un diagnostic de schizophrénie ou de dépression, même dans un monde où le mot – et peut-être jusqu'à la chose – n'existe pas. Le mot « transculturel », qui contient la racine « trans », l'idée de « traverser », est au fond bien choisi. La psychiatrie transculturelle est l'outil qui permet au psychiatre de « traverser les cultures » sans perdre le bagage constitué dans la sienne ; qui lui permet de rester identique à lui-même, alors même que les malades qui le questionnent sont différents de tous ceux qu'il a pu rencontrer jusqu'alors. L'ethnopsychiatrie, en revanche, part du constat que les peuples possèdent un savoir sur la folie, qu'ils abritent de véritables professionnels du soin, maîtrisant de véritables techniques ; elle considère de plus que ce savoir est susceptible d'être enseigné et ces techniques d'être théorisées, expérimentées, adaptées, même utilisées ; elle ne peut être qu'un outil de déconstruction des certitudes du psychiatre. La psychiatrie transculturelle ne transfigure en rien la psychiatrie – elle en est même la quintessence. À l'inverse, l'ethnopsychiatrie place immédiatement tout praticien en position d'apprentissage. Elle le contraint à considérer que les populations qu'il aura à prendre en charge sont savantes, riches de pensées, de recherches et de dispositifs non seulement qui le concernent, mais qu'ils connaissent infiniment mieux que lui.

Il est vrai que, de nos jours, une telle définition peut prêter à sourire, dans un monde en voie de mondialisation accélérée où les guérisseurs africains suivent des congrès internationaux à Honolulu, et où les chamans d'Amérique du Sud donnent des démonstrations spectaculaires dans des music-halls parisiens. Mais malgré cette apparente abrasion des singularités, la fréquentation des pratiques traditionnelles par les populations est toujours aussi intense – peut-être est-elle seulement moins exclusive. Contre toute attente, non seulement les guérisseurs survivent dans ce monde, non seulement ils en vivent, mais il semble qu'ils y trouvent de nouvelles manières d'approfondir leur pratique sans en perdre l'esprit.

3. « Ethnopsychiatrie mohave », traduit en français sous le titre *Ethnopsychiatrie des Indiens Mohave*. Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 1996.

Outre-Terre : Dans quelle mesure l'ethnopsychiatrie tient-elle compte des représentations spécifiques des patients africains ?

T. N. : L'ethnopsychiatrie mise en œuvre par l'équipe du Centre Georges Devereux, à l'Université Paris VIII, a une longue expérience de la prise en charge des patients africains. Tributaire des vagues migratoires successives qui ont abouti en France, elle a dû découvrir les mondes des populations provenant du Maghreb, d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale. Elle a pu constater que chaque population possédait non seulement ses propres systèmes d'interprétation des désordres, mais également ses professionnels, ses objets thérapeutiques, ses êtres surnaturels et ses rites thérapeutiques. Les patients qu'elle a accueillis ont eux-mêmes changé tout au long des années, au rythme des modifications du monde – surtout au rythme de l'adaptation aux nouvelles technologies. On n'entretient pas la même relation avec le village au temps de la cassette vidéo, du téléphone portable, de l'Internet et de la démocratisation du voyage par avion. Malgré ces modifications radicales des processus d'intégration dans la société d'accueil, nous avons constaté un attachement paradoxal aux traditions, chez les immigrés de première et de seconde génération. L'ethnopsychiatrie est progressivement venue s'inscrire dans une réflexion géopolitique élargie. Nous avons été les premiers à décrire une nouvelle forme d'attachement « de longue distance » ; celui de cette diaspora partie si loin, depuis si longtemps, qu'à la longue l'obéissance est devenue interne, contraignante, pour tout dire compulsive... Les migrants, qu'une réflexion naïve se plaît à décrire déliés, se révèlent souvent incapables de s'affranchir des malédictions que leurs sens ignorent désormais, et pour le traitement desquelles les relais culturels sont plus difficiles à atteindre.

Ce n'est pas l'ethnopsychiatrie qui « tient compte des représentations des patients africains », ce sont les familles africaines qui se présentent à nous « attachées ». L'ethnopsychiatrie a seulement appris à les accepter dans leurs liens, leurs dépendances, leurs relations d'allégeance. C'est ainsi que nous avons compris que les percevoir comme des êtres humains abstraits était une sorte d'injure ; comme si on les accusait de « sauvagerie ». Nous considérons quant à nous comme une règle élémentaire d'hospitalité le fait de les accueillir en compagnie des êtres qu'ils honorent, avec les règles qu'ils respectent.

Outre-Terre : Y a-t-il, sur le plan thérapeutique, des différences importantes entre pays africains ?

T. N. : Comme je le signalais plus haut, nous sommes progressivement entrés en relation avec les différentes communautés immigrées. Parallèlement au travail clinique en Seine-Saint-Denis, les chercheurs du Centre Georges Devereux, souvent eux-mêmes originaires des mêmes populations que les patients, se sont rendus « sur le terrain » étudier les dispositifs thérapeutiques tels qu'ils sont mis en œuvre au pays, prenant le pouls des évolutions, vérifiant les hypothèses cliniques élaborées durant les séances avec les patients. Malgré les spécificités, il existe une sorte de continuum thérapeutique « africain », que l'on retrouve de l'Afrique équatoriale à l'Afrique du Nord, et dont on perçoit l'influence également en Europe du Sud.

Il est très difficile de trouver des équivalences avec ce que l'on rencontre en psychopathologie « savante ». Les dispositifs thérapeutiques sont articulés tant avec les rituels religieux qu'avec les organisations de type initiatique et souvent « politique ». Ils comportent trois vastes espaces techniques qui semblent, apparemment, indépendants, mais qui se révèlent vite entremêlés lorsqu'on s'engage dans la pratique : la sorcellerie, la possession, la divination par interrogation des « choses ». Les différences entre les différents pays africains résident, la plupart du temps, dans la désignation de l'espace interrogé, en premier lieu, et dans la gradation des interprétations. Les thérapeutes des pays d'Afrique centrale (Congo, Cameroun, Gabon...) ont tendance à évoquer d'abord les phénomènes de sorcellerie que les anthropologues désignaient autrefois comme « cannibaliques ». Le fait est que, plutôt que de dire « untel a été ensorcelé », on dit « untel a été mangé⁴ ». Quant à ceux d'Afrique occidentale (Sénégal, Mali, Burkina Faso...), ils ont tendance à mobiliser d'emblée les interprétations liées à la possession par des esprits ou par des morts. Au Maghreb, l'interprétation la plus immédiate est, la plupart du temps, une forme atténuée de la sorcellerie cannibalique que l'on désigne comme 'ayn, « l'œil », improprement traduite en français par « mauvais œil ». Pour les thérapeutes des pays du golfe du Bénin (sud du Ghana, du Togo, du Bénin et du Nigeria), les interprétations immédiates de la négativité sont, le plus souvent, celles évoquant la transgression des interdits liés à la religion traditionnelle (vaudou).

Une autre différence se trouve dans la nature des formations modernes qui viennent s'articuler avec les anciennes. Dans les pays musulmans, les interprétations sont souvent surélaborées en termes issus du Coran. Ainsi les esprits des mondes traditionnels deviennent-ils des *djinn* ou des *šayṭān*. Dans les autres pays, les interprétations sont très souvent assumées par des « pasteurs » des nouvelles Églises (évangélistes, pentecôtistes, adventistes⁵...). Certaines se fixent comme programme « la lutte mondiale contre la sorcellerie ». Quant au système divinatoire, on retrouve une même combinatoire mathématique à travers toute l'Afrique, du Bénin (*fa*) à Madagascar (*sikidî*), même si les éléments qui portent les dispositifs varient de la brindille au coquillage, en passant par la seule empreinte du doigt sur le sable.

Il existe, par conséquent, une parenté profonde entre tous les systèmes thérapeutiques africains, due probablement à un phénomène de diffusion qui s'accélère ces dernières années.

Outre-Terre : Peut-on dire que l'inconscient est structuré différemment selon les cultures ? Le complexe d'Œdipe a-t-il valeur universelle ? Ou bien y a-t-il, comme le veut Moussa Maman, un surmoi africain ?

4. Sur une analyse fine de l'énoncé « untel a été mangé », Cf Tobie Nathan, *Nous ne sommes pas seuls au monde. Essai d'écologie des invisibles non-humains*. Paris, Le Seuil et Les Empêcheurs de penser en rond, 2001.

5. Cf. l'étude très complète de Tobie Nathan, Lucien Hounkpatin, *La parole de la forêt initiale*. Paris, Odile Jacob, 1996.

T. N. : Pour ce qui me concerne, je ne vois aucune relation entre ces systèmes thérapeutiques/religieux/politiques et la théorisation psychanalytique. Il s'agit de deux univers radicalement hétérogènes et souvent opposés. Les théorisations africaines sont essentiellement centrées sur l'identification des invisibles et sur l'explicitation de leurs intentions. Elles n'ont que faire d'une ontologie psychique et n'y font jamais appel dans la mise en œuvre des traitements. En d'autres termes, foin d'Œdipe, de surmoi ou d'inconscient ! Nous sommes là en prise directe avec un champ de force profondément articulé sur la réalité sociale, à la fois familiale – ou plus exactement d'ordre lignager – et profondément politique. Ce sont, par exemple, les mêmes personnages à qui l'on fera appel pour soigner une crise de folie ou pour conseiller un candidat à la députation ou à la présidence.

Outre-Terre : Quelle est votre position par rapport à Jung et à la notion d'inconscient collectif ?

T. N. : J'avoue que j'ai toujours été décontenancé par les formulations de Jung. J'aurais dû y trouver quelques similitudes avec les propositions de l'ethnopsychiatrie puisqu'il était le seul, parmi les premiers psychanalystes, à considérer avec un certain respect les thérapeutes traditionnels. Mais ces propositions sont si manifestement orientées vers la promotion d'un mysticisme universel, si proches d'une phraséologie panthéiste, aux relents politiques évidents, que l'on ne peut véritablement leur accorder un intérêt sérieux. Il faut tout de même reconnaître à Jung une certaine capacité « prophétique », puisqu'il fut sans doute le premier psychanalyste fondateur de « secte » – avec des héritiers à foison, comme on sait⁶.

Outre-Terre : La violence revêt-elle des aspects spécifiques en Afrique ?

T. N. : Les modes de violence en Afrique sont probablement le phénomène le plus inquiétant des dix dernières années. Je considère de la plus haute importance d'engager des recherches spécifiques dénuées de moralisme *a priori* sur ce sujet. L'on a beaucoup dit que, en Afrique, la violence était une sorte de résurgence de tribalisme, et souvent évoqué dans la presse la « violence ethnique ». Or, ce que j'ai pu constater, notamment après un long séjour au Burundi, c'est que la disparition des solidarités claniques, tribales, ethniques, communautaires, à travers un processus accéléré depuis le début des années 1990, a laissé la place à une sorte d'anomie généralisée. S'il est une caractéristique psychologique, c'est qu'une fois disparues ces solidarités traditionnelles, les individus africains sont plus individualistes, plus déliés, moins dépendants des obligations sociales que n'importe où ailleurs. Pour faire bref, l'on pourrait dire que l'une des causes les plus évidentes des violences en Afrique est la disparition accélérée de l'ethnie. Là où l'ethnie peut retrouver une place réelle dans une nouvelle organisation sociale, par exemple, dans le cadre d'un parti politique, nous nous retrouvons en présence d'une possibilité nouvelle de vivre ensemble de manière acceptable. Mais partout où il n'existe

6. Cf Richard Noll, *Jung, « le Christ aryen »*, Paris, Plon, 1999.

plus de retour possible vers l'ethnie, nous assistons à des manifestations de violence que nul n'aurait pu imaginer dans un monde moderne, sauf peut-être à la lecture de l'ouvrage prémoniteur de Colin Turnbull sur les Iks⁷.

Outre-Terre : Qu'apporte votre approche dans la lutte contre le sida?

T. N. : Le fait est que la réalité du sida, pour autant qu'elle est connue des malades et de leur famille (et elle l'est souvent pour une large part), recoupe de très près les interprétations traditionnelles de la sorcellerie. Car, dans la tradition, le sorcier est une personne munie d'un « organe » ou d'une caractéristique physique, en général imperceptible de l'extérieur, lui donnant la capacité de « manger » son ennemi⁸. De plus, dans un très grand nombre de pays d'Afrique centrale, l'initiation à la sorcellerie s'organise autour d'un acte lié au plaisir – en général un repas. La parenté entre ces interprétations extrêmement répandues et la réalité de la maladie, transformant un humain « normal » en un être susceptible, d'une part de constituer des groupes de semblables par son activité, et d'autre part, de répandre la mort autour de lui est tellement frappante qu'elle s'impose d'évidence, rendant les autres interprétations superflues. C'est ainsi que j'ai pu voir des cohortes de malades atteints du sida soignés dans des églises charismatiques non pour leur maladie, mais pour leur « engagement dans la sorcellerie ». Si, la plupart du temps, ces malades ressentent une amélioration de leur état, ils se pensent alors dispensés de la recherche d'un traitement somatique et contribuent de fait à répandre la maladie. Il me paraît donc indispensable de traiter dans un même lieu la maladie somatique et son substrat social. C'est une thèse que nous avons défendue, en son temps, avec Catherine Lewertowski⁹.

Outre-Terre : Ne risque-t-on pas, en mettant l'accent sur les caractères identitaires des groupes ethniques, de figer dans un certain archaïsme les comportements et les mentalités ?

T. N. : Il me paraît étrange d'attribuer un tel pouvoir à un clinicien, seulement préoccupé de recherche et d'efficacité technique auprès des patients qui viennent le solliciter. Les thérapeutes auraient-ils la capacité de figer des populations entières dans l'archaïsme ? Cette hypothèse ne manquerait assurément pas d'intérêt si elle était clairement exposée et étayée. Voilà les critiques typiques adressées à l'ethnopsychiatrie par des collègues cliniciens, durant les années 1990. Il faut noter qu'elles reposent sur des prémisses surprenantes. Elles laissent à penser que les propositions de la psychopathologie dynamique, comme par exemple la psychanalyse, relèveraient nécessairement de la « science », et donc de la lumière, alors que les dispositifs traditionnels, par exemple africains, ne seraient qu'une nouvelle manifes-

7. Cf. Colin Turnbull, *Un peuple de fauves*, Paris, Stock, 1973.

8. Cf surtout E. E. Evans-Pritchard, *Sorcellerie, oracle et magie chez les Azande*, avant-propos de C.G.Seligman, Paris, Gallimard, (1937) 1972.

9. Cf Tobie Nathan, Catherine Lewertowski, *Soigner... le virus et le fétiche*, Paris, Odile Jacob, 1998.

tation du fameux « opium du peuple ». Je me suis toujours méfié, depuis que j'étais étudiant en Sorbonne, des théories faisant la part belle à une minorité éclairée chargée d'apporter le bonheur au peuple. Je me suis pour ma part interrogé sur ce qui fondait l'intérêt des populations pour de tels dispositifs, et j'ai toujours récusé les explications aussi simplistes qu'insultantes du type : « Ce sont des populations engluées dans l'irrationnel. » Pour aller vite, je dirai que j'ai conclu que ces populations continuaient à faire confiance aux thérapies traditionnelles à cause de leur intelligence – autrement dit « pour de bonnes raisons » et non pour des mauvaises ! Le fait est que les dispositifs traditionnels de prise en charge du malheur sont intelligents, car en prise directe avec la réalité des populations prises en charge. Ils soignent les patients tout en respectant leurs appartenances ; ils les accompagnent sans les contraindre à la trahison ; ils les initient à des connaissances cachées au commun, transformant l'affliction en possibilité de s'enrichir, leur permettant d'échapper à l'univers de la plainte et de la récrimination. Par ailleurs, et c'est sans doute l'essentiel, de toutes les thérapies disponibles, les thérapies traditionnelles sont très certainement les plus efficaces pour ce qui concerne les désordres psychologiques – ce qui, on en conviendra, n'est pas un simple détail !

Outre-Terre : Vous semblez penser que nous allons vers la fin des grands empires. Qu'il faut cesser d'entretenir l'illusion d'un universalisme qui transcenderait les particularités ethniques ? Doit-on forcément, pour éviter l'angoissante fusion dans un grand tout indifférencié, en passer par une construction identitaire à travers des représentations provenant de la religion ou de la culture ancestrale ?

T. N. : Je dois dire que je récusé les termes de cette dernière question. Je suis persuadé, au contraire, que nous nous orientons vers la constitution de grands empires – la différence avec le passé est qu'ils seront nombreux et probablement de force équivalente. Si nous assistons à la fin d'un monde, c'est très certainement à celui de l'hégémonie d'une civilisation sur toutes les autres. Mais je préfère formuler ce constat dans un langage plus religieux. Le *xxi^e* siècle annonce la fin de l'hégémonie d'une divinité sur toutes les autres ; le début d'une ère où les dieux devront se partager le monde. C'est ainsi que j'ai même proposé, dans un texte récent, l'institution d'un parlement des dieux¹⁰ qui fournirait les directives pour rééduquer nos dieux, afin de les adapter à cette innovation inouïe en train de poindre. Ma proposition est parfaitement pratique et, d'ailleurs, immédiatement applicable. Plutôt que de les disqualifier par avance en tant qu'archaïsmes, il s'agit, au contraire, de prendre au sérieux les exigences des dieux et d'évaluer à quelles conséquences pratiques elles peuvent conduire, afin de bâtir un monde pour la première fois véritablement polythéiste. Comme vous pouvez le constater, ce sont les mêmes principes qui avaient guidé, autrefois, mes applications cliniques en ethnopsychiatrie.

10. Cf. Tobie Nathan, « The Phasmid and the Twig », *Common Knowledge*, vol. 10, 3, automne 2004, p. 518-531.