

ANTHROPOLOGIE ET CLINIQUE
De l'usage des représentations culturelles
Jacqueline Rabain-Jamin

La Pensée sauvage | « L'Autre »

2000/1 Volume 1 | pages 127 à 143

ISSN 1626-5378

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-l-autre-2000-1-page-127.htm>

Pour citer cet article :

Jacqueline Rabain-Jamin, « Anthropologie et clinique. De l'usage des représentations culturelles », *L'Autre* 2000/1 (Volume 1), p. 127-143.
DOI 10.3917/lautr.001.0127

Distribution électronique Cairn.info pour La Pensée sauvage.

© La Pensée sauvage. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Anthropologie et clinique

De l'usage des représentations culturelles

Jacqueline Rabain-Jamin*

A s'interroger sur les rapports entre anthropologie et psychanalyse, les anthropologues peuvent être embarrassés à plus d'un titre. Historiquement, sous couvert d'une théorie combinant behaviorisme et psychanalyse, un courant de pensée influent a tenté de traiter globalement des rapports entre culture et personnalité. Ce courant dit culturaliste supposait que les cultures sont à tout jamais irréductibles les unes aux autres en raison du caractère singulier des expériences vécues par les membres du groupe, expériences livrant le contenu de la culture de ce groupe. La plupart des anthropologues rejettent aujourd'hui ces idées et en dénoncent les résurgences sous la forme du relativisme culturel. Pour F. Héritier, chaque société offre une configuration singulière, « mais plutôt que de l'entendre comme un assemblage de traits culturels irréductibles dont aucun n'est par définition comparable avec un trait homologue d'une autre société, il me semble plus justifié de l'entendre comme un ensemble intégré de pratiques et de représentations symboliques de ces pratiques, inscrit à la fois dans une culture et une histoire, et dont les mécanismes d'intégration et d'association sont comparables à ceux qui sont effectués dans d'autres sociétés. Il s'agit bien des *mécanismes* et non des traits culturels singuliers eux-mêmes » (Héritier, 1996, p. 35). L'anthropologue récuse ici aussi bien l'idée de culture prise comme un tout intraduisible, qu'une position proclamant l'universalité de la nature humaine et qui aboutirait à dégager « de grands archétypes où toutes les cultures et les sociétés peuvent être confondues ». Pour elle, « le donné phénoménologique variable des sociétés s'associe à des mécanismes invariants sous-jacents en petit nombre qui ordonnent ce donné ».

Selon la perspective culturaliste, illustrée par exemple par R. Benedict ou M. Mead, l'individu est entièrement modelé par la culture à laquelle il appartient et dont il serait en quelque sorte la création. E. Ortigues (1991) fait remarquer que « cette façon de voir les individus comme l'illustration d'un type social fait ressembler la société à un musée ». L'individu n'est pas la copie conforme d'un pattern collectif. Ainsi un père ou une mère ne remplissent pas seulement tel ou tel rôle, ils sont père ou mère dans des situations très différentes, ils sont ouverts sur un jeu de possibles, de valeurs personnelles différenciatrices. L'émergence de l'individualité personnelle se repère, dans toutes les sociétés, à travers un ensemble

* LACO, CNRS. MSHS. Université de Poitiers. E-mail : jrabin@vjf.cnrs.fr

d'échanges non codifiés (observables par exemple dans les relations entre hommes, entre femmes, entre enfants) et mais aussi à travers le problème de l'échec, du malheur répété, de la maladie. C'est le problème qui nous intéresse plus spécifiquement ici. E. Corin (1980), prenant l'exemple de la société matrilineaire yansi du Congo-Kinshasa, cite plusieurs moyens qui permettent au sujet de particulariser sa position. Les relations avec des personnes particulières (ainsi la relation entre grand-père paternel et petit-fils dont les positions sont homologues), une maladie perçue comme le résultat de manquements individuels, ou la possession et la transe peuvent être des voies d'expression personnelle.

Ce qui rend difficile l'usage du mot *culture*, précise E. Ortigues (1991), c'est qu'il institue une relation entre l'état d'une tradition, un acquis social et un *procès* individuel d'acquisitions intellectuelles et morales. Les équivoques portent sur ce point. Ce qu'il est possible d'étudier n'est pas une culture prise comme une totalité – la culture peul, bambara, allemande, portugaise – mais des événements, des objets, des situations qui se comprennent dans un contexte culturel. Cette notion de *contexte* est un point de repère important. Elle est utilisée par la plupart des auteurs, ethnologues et praticiens, mais traitée différemment, comme nous le verrons plus loin. Prenons l'exemple d'un événement comme le sevrage de l'enfant au Sénégal. La mère cesse définitivement du jour au lendemain d'allaiter l'enfant au sein. Une mise en forme sociale de ce passage s'effectue à travers un rite. Le rite exige une articulation d'actes, de paroles et de représentations partagés par un groupe social au long de générations (Smith, 1991). On sait que dans la conception de Van Gennep, les rites de passage s'emploient à séparer des individus ou des groupes d'un statut pour les agréger à un autre. Entre les deux moments de séparation et agrégation, il existe une phase intermédiaire, de transition, une sorte de *no man's land* pendant laquelle l'individu est difficile à situer et à classer. Le rite observable au Sénégal, même dans son expression la plus simple – la visite effectuée chez le marabout et le partage du pain de sevrage avec les autres enfants de la maison – marque une modification de la position de la mère, de l'enfant et des tierces personnes qui les environnent. L'enfant doit s'inscrire dans la communauté des pairs et des aînés d'une part, et il est désormais fixé dans le monde des humains d'autre part (Rabain, 1994). Cette pratique est donc reliée à l'institution des classes d'âge (même disparue en tant qu'institution structurée) et aux représentations religieuses concernant les liens de l'enfant avec le monde invisible, le monde des ancêtres et des génies. Par le biais du rite, la personne, à travers son identité physique, affective et intellectuelle, voit mettre à sa disposition une « scénographie collective » (Smith, 1991). Comme C. Lévi-Strauss le souligne, « gestes et objets [utilisés dans un rituel] interviennent *in loco verbi*, ils remplacent des paroles. Chacun connote de façon globale un système d'idées et de représentations ; en les utilisant, le rituel condense sous forme concrète et unitaire des procédures qui, sans cela, eussent été discursives » (Lévi-Strauss, 1971, p. 600). Certes le sevrage est un rite discret, familial. On peut trouver la trace de la phase intermédiaire, de transition, décrite par Van Gennep dans

le fait que le nouveau sevré (*perlit* en wolof) est vu comme un être à ménager. Il n'est plus au centre du dispositif social comme l'enfant qui tête, celui dont les humeurs régissent tout l'espace domestique. Néanmoins on dit à son propos : « *perlit kenn du ko yonni* » (« le nouveau sevré, personne ne peut l'envoyer »). Pendant cette phase de transition, cet état mal défini où on ne sait pas où le classer, on ne lui demande pas d'effectuer des services qu'il pourrait refuser d'accomplir, comme apporter à boire ou appeler quelqu'un. Cependant le rite a agrégé l'enfant à la communauté des pairs d'âge et il se trouve fixé dans une famille. La continuité entre les vivants et les morts est assurée. L'âge du sevrage dans les villages sénégalais étudiés (22-23 mois) correspond approximativement à l'âge où l'enfant commence à parler et perd de ce fait, dit-on, ses capacités de voyance. En milieu occidental, le sevrage se présente dans un tout autre contexte, il est plus précoce et peut ouvrir un champ de différenciation sociale par la création de nouveaux liens avec d'autres institutions que l'institution familiale (cas de l'entrée à la crèche par exemple). Une grande diversité d'institutions, avec leurs codes d'interlocution spécifiques, interviennent très tôt dans la vie de l'enfant.

Ce préambule achevé, je me centrerai sur les problèmes anthropologiques posés par la clinique et l'utilisation des données culturelles pour décrire, négocier, interpréter la maladie. Les travaux issus du groupe de Fann (Collomb, 1965 ; Ortigues & Ortigues, 1984), ceux qui se réclament de l'héritage de G. Devereux, enfin ceux qui touchent à l'anthropologie de la santé seront donc tour à tour évoqués pour tenter d'explicitier les problèmes soulevés.

ENQUÊTE ETHNOGRAPHIQUE ET APPROCHE CLINIQUE

Les points de vue de l'ethnologue et du clinicien apparaissent au premier abord dissemblables, tant en ce qui concerne l'objet d'étude que la méthode d'investigation utilisée. L'ethnographe étudie le fonctionnement d'organisations sociales, politiques ou religieuses ; il analyse par exemple un système de parenté ou décrit un rituel. Pour cela, il collecte des informations qu'il cherche à recouper. Le clinicien adopte une démarche tout autre. Il s'attache au fonctionnement individuel, accueille la demande d'un consultant qui fait état d'une souffrance et cherche à comprendre ce qui est à l'origine des troubles d'un sujet. Dès lors l'enquête ethnographique et l'approche clinique peuvent être complémentaires dans la recherche, mais sont incompatibles dans l'action même (Ortigues & Ortigues, 1984).

Cependant les anthropologues sur le terrain qui étudient les mythes, les rites et les cérémonies, les cliniciens européens qui travaillent dans d'autres cultures, les praticiens en France qui accueillent des migrants sont confrontés aux conceptions des individus avec lesquels ils dialoguent. Comprendre les comportements et les propos de ses interlocuteurs en les replaçant dans un ensemble d'idées et de croyances, est la tâche de l'ethnologue. Le clinicien qui se trouve face à des consultants affiliés à des traditions et à des valeurs différentes de celles de sa propre culture, a également ce souci. Reconstruire le cadre de référence permettant de donner une signification

aux propos de ses patients est pour lui une nécessité. Le clinicien a aussi d'autres préoccupations que l'ethnologue. Certes, il doit connaître et respecter les régulations culturelles organisant la communication et l'échange. Mais il lui faut également entendre un discours singulier sous des formules dont il découvre les conventions particulières et qui peuvent de ce fait lui sembler parfois toutes faites...

Quel que soit le domaine d'étude, l'explication d'un comportement humain suppose de le référer à un contexte, de discerner le champ dans lequel un individu agit et se manifeste, d'analyser les systèmes de relations qui permettent de rendre compte de sa conduite. Les idées et représentations participent au champ de l'action. Les représentations collectives ou ensemble d'idées et de valeurs propres à une société donnée restent, malgré les critiques qui ont été faites à cette notion, au cœur des descriptions ethnographiques. Pour le clinicien, se référer aux coutumes et aux croyances de ses patients est nécessaire pour éviter les malentendus et les contresens. Tentant de rendre compte de la signification d'un rituel, l'ethnologue s'efforce de dépasser ce que l'observation présente a d'anecdotique ou de parcellaire, et recherche un ensemble de traits descriptifs qui peuvent être systématiquement reliés. On ne saurait considérer une croyance ou une pratique isolément, sans reconstituer par exemple l'éventail des alternatives à l'intérieur duquel se trouve placé l'individu. De même le récit fait par un patient prend sens en ce qu'il traduit à un moment donné l'adoption d'une position parmi d'autres possibles.

Les représentations culturelles forment-elles un corps cohérent, peut-on les inscrire dans un système ? Le programme d'une épidémiologie des représentations proposé par D. Sperber (1996) qui est d'étudier la répartition et la circulation des représentations dans une population humaine est fondé sur l'idée de la contagiosité de ces représentations. Lorsque, comme les différentes versions d'un mythe, elles circulent, se propagent et deviennent durables, elles accèdent alors au rang de représentations culturelles. Nous n'allons pas discuter ici la thèse naturaliste de D. Sperber mais plutôt souligner que les représentations étudiées par l'ethnologue sont construites à partir de bribes, de morceaux qu'il recueille au fur et à mesure dans les différentes situations qu'il parvient à observer ou grâce aux récits de ses informateurs. Lorsqu'il décrit un rituel, l'ethnologue cherche à retracer l'événement dans sa forme canonique mais il dépeint rarement la manière dont les individus parviennent à ruser avec leur propre héritage culturel pour tenter de se positionner individuellement. Ainsi les villageois africains ont-ils coutume à l'heure actuelle de circuler continuellement du village à la ville et d'opérer perpétuellement des négociations symboliques pour justifier leur participation ou non participation à tel ou tel rituel. Il en est de même pour les migrants.

Les descriptions ethnographiques ne prennent donc guère en compte la manière dont un individu singulier s'approprie les éléments de la culture commune. Pour une part, l'anthropologie de l'enfance a cherché à décrire comment l'enfant, par une série d'expériences et de tâtonnements, s'appro-

prie un héritage culturel, comment il recrée activement, à travers des jeux et des interactions, un cadre social, et négocie un champ d'actions possibles. Les voies par lesquelles se réalise l'inscription de l'enfant dans sa culture passent par des apprentissages, des appropriations, des transmissions dont les modalités peuvent être formelles ou informelles, explicitées ou demeurant implicites, et donnent une place importante aux échanges latéraux au sein du groupe d'âge (Rabain, 1994).

Une méthode classique en ethnologie consiste en l'utilisation de récits de vie. Le chercheur recueille auprès d'interlocuteurs privilégiés des histoires individuelles, de manière à restituer « de l'intérieur » une culture indigène, décrire le parcours d'hommes, ordinaires ou non, mais ces biographies sont généralement choisies pour leur valeur de modèle. Elles sont souvent précédées ou suivies d'une étude approfondie de la communauté dans laquelle vit l'informateur (Fiéloux, 1991). L'ethnologue découvre à travers ces histoires de vie que la culture n'est pas une entité statique mais un système dynamique qui est constamment en cours de reconstitution et de renégociation dans le contexte de vies individuelles. Plus rarement, en s'interrogeant sur les usages singuliers que fait tel individu des signifiants religieux, une officiante du culte des esprits ancestraux (*rab*) par exemple, l'ethnologue pousse plus loin l'interrogation sur les articulations entre une histoire personnelle, l'appropriation d'un héritage ancestral et une institution rituelle (Zempléni, 1974). Dans le cas étudié, A. Zempléni rapporte les principaux épisodes de la vie d'une prêtresse du culte des *rab*, dont celle-ci lui a fait le récit au cours d'une série d'entretiens, en les décrivant comme des moments forts voulus par ses *rab*, esprits ancestraux de son lignage ou alliés personnels. Le langage des *rab*, fait-il remarquer, est le seul registre d'expression « psychologique » acceptable pour Khady. Dès lors il ne franchira pas, au cours des entretiens, les limites que ce mode d'expression assigne au discours de l'officiante. L'analyse des positions et fonctions de ces signifiants religieux ne sera effectuée par lui qu'en un second temps.

La démarche du clinicien qui considère un individu particulier en situation, écoute une histoire singulière, est différente de celle de l'ethnologue. Il lui est certes indispensable, comme à l'ethnologue, de replacer les énoncés qu'il entend dans un contexte. La perspective pragmatique nous apprend que l'interprétation d'un énoncé, quel qu'il soit, implique des processus inférentiels reposant sur des informations non linguistiques, qu'elles soient constituées d'éléments directement perceptibles (expression du visage, geste, intonation...) ou d'éléments beaucoup moins immédiats, faits de connaissances partagées, de notions ou d'affects conservés en mémoire. La connaissance des représentations collectives typiques apporte au clinicien un début de compréhension et lui permettra de construire un champ. Quels usages faire des connaissances qu'il a acquises ? Ses connaissances sont limitées, le corps de représentations et de rites qui lui est devenu familier par ses lectures, ses conversations ou ses séjours dans les contextes d'origine, n'est pas toujours transférable à l'identique d'un contexte local à un autre, enfin les représentations évoluent dans le temps.

LES TRAVAUX RÉCENTS EN ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ

Des réévaluations s'opèrent dans le champ de l'anthropologie relatives aux connexions susceptibles de s'opérer entre idées, croyances et événements socio-économiques (Parkin, 1987). De nouvelles connexions sont susceptibles d'apparaître sous la pression des transformations sociales. Le sociologue ou l'anthropologue qui étudie les maladies, leurs représentations populaires se trouve confronté à un certain nombre de problèmes. Plusieurs d'entre eux ont insisté sur le caractère fluctuant et lâche des catégories nosologiques (Fassin, 1992; Sindzingre, 1984; Sindzingre & Zempléni, 1981). Les mêmes symptômes peuvent, selon les contextes, être interprétés dans des registres fort différents. Par exemple, les études sur l'étiologie des maladies dans les sociétés africaines révèlent des glissements d'imputation causale (Dozon, 1994). Le plus souvent la tradition ne se contente pas d'apporter une explication à une maladie. Elle en propose plusieurs : la volonté des ancêtres, la sorcellerie, la magie, la faute commise par un membre du matrilignage, etc. A un moment donné telle ou telle évocation prend le devant de la scène (Bonnet, 1999). Les systèmes de représentations ne peuvent être utilisés comme des labels figés alors qu'ils se présentent dans la tradition même comme des hypothèses possibles choisies à un moment donné en raison de circonstances.

L'ordre de la causalité magico-religieuse, quoique très prégnant, n'épuise pas l'ensemble des interprétations. C'est ce qu'Olivier de Sardan (1994) a montré en analysant les représentations et les pratiques concernant deux maladies au Niger, *weyno* et *yeyni*, correspondant à des maux fréquemment cités. Elles recouvrent des pathologies fort diverses et ne suscitent aucune imputation particulière mais ressortissent à l'ordre prosaïque de la fatalité. Elles ne sont ni le fait d'un magicien malveillant, ni d'un génie de la brousse, ni d'un sorcier « mangeur d'âme ». Ce sont des « maladies de Dieu ». Cette catégorie n'est pas une catégorie étiologique. L'auteur développe alors l'idée que nombre de représentations, dans le champ thérapeutique comme dans d'autres domaines, sont des configurations « fluides », elles ne sont pas « cristallisées » en théories ou en système. La spécificité de *yeyni* et *weyno*, nous dit-il, est de combiner un noyau de symptôme homogènes en terme de souffrances (les douleurs du bas-ventre pour *weyno*) et un ensemble d'autres symptômes en quelque sorte « à la carte », « à géométrie variable ». Selon le contexte personnel, familial et social, on pourra pour un même symptôme s'orienter vers des pistes très différentes. Les itinéraires magico-religieux sont certes plus visibles mais les symptômes douloureux dans la vie quotidienne des Songhay-Zarma sont le plus souvent organisés dans la logique prosaïque de la nomination.

Quels que soient les modèles en cause, modèles étiologiques magico-religieux de la maladie-persécution, de la maladie-sanction ou encore ordre prosaïque de la fatalité, l'usage de ces éléments, représentations, rites, symboles, est toujours contextuel et particulier. Les connaissances dont disposera le clinicien, à un moment donné, sont analysables en termes d'éléments structuraux, associés aux axes et catégories dégagés par les ethno-

logues, mais ils n'ont pas de pouvoir explicatif pris isolément, ils n'acquièrent de valeur que par leur mise en relation les uns avec les autres, et cet agencement dépend d'une histoire personnelle.

L'EXEMPLE DE L'ENFANT DIT *NIT KU BON*

En rééditant en 1985 dans la *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, l'article publié vingt ans auparavant dans *Psychopathologie africaine* concernant l'enfant appelé *nit ku bon* (mauvaise personne) chez les Wolof et Lebou du Sénégal, nous soulignons le fait que la croyance ou l'entité *nit ku bon* recouvrait une multiplicité de valences que les individus peuvent utiliser diversement selon les cas (Rabain, 1985; Zempléni, 1985; Zempléni & Rabain, 1965). Rappelons que l'enfant dit *nit ku bon* est décrit comme un enfant d'une sensibilité extrême, présentant un refus d'échanges, des attitudes de retrait jugées hostiles par l'entourage, des réactions discontinues, des épisodes de prostration. Les brimades, le manque de sollicitude, voire un spectacle « violent », le plongent dans des crises de pleurs suivies de chutes et d'immobilité. La croyance veut qu'en réponse à une offense ou sur sa propre initiative, le *nit ku bon* soit capable de mourir à tout moment. Ce motif central renvoie aux représentations de son identité. Il est en effet considéré, soit comme un *rab* (esprit ancestral) qui désire rendre visite aux hommes, soit comme un ancêtre réincarné qui revient dans sa famille. Il a de la puissance et de la connaissance, il « voit ». Un milieu sans heurts, une sollicitude permanente doivent lui être assurés sinon, il se fâche et il meurt. Au lieu de venir occuper une place bien établie dans un réseau de parenté, dans un système de statuts, le *nit ku bon* se tient constamment à la lisière de deux identités, *rab* ou fils de un tel, enfant ou ancêtre, il reste un être énigmatique, objet de questions pour son entourage.

Les cas étudiés montrent que ce ne sont pas toujours les mêmes valences, les mêmes connexions associatives qui sont en cause lorsqu'on utilise le thème du *nit ku bon* dans une situation donnée. Nous évoquerons brièvement, le cas de deux enfants, Thilao et Daba, observés dans les années 1964-1965 dans deux villages du Baol (Zempléni & Rabain, 1965). L'un habite un village peuplé de Sereer Ol qui parlent le sereer siin, l'autre habite un village wolof situé plus au nord. Ces deux sociétés sont des sociétés de cultivateurs dans un environnement sahélien. Les Serer ont un régime de filiation bilatérale avec résidence virilocale. Tout individu appartient donc à deux groupes distincts de filiation. Matrilignages et patrilignages se partagent certains biens et statuts (droit d'usage foncier, transmission des habitations, cultes ancestraux, etc). Les Wolof observent aussi un système de filiation bilatérale dans lequel la patrilinéarité est plus marquée. Les deux groupes pratiquent le mariage préférentiel entre cousin croisés, c'est-à-dire pour le garçon, avec la fille de l'oncle maternel ou de la tante paternelle.

Le premier cas rapporté est celui de Thilao, enfant serer, fils de la seconde épouse de son père observé entre deux ans neuf mois et quatre ans. Il présente pendant toute cette période une conduite dépressive et des attitudes de retrait en réponse aux avances de son entourage. Son comporte-

ment est déroutant. Parfois perce chez lui une très courte explosion joyeuse qui s'arrête brutalement. A d'autres moments il pleure brusquement. Il est alors porté au dos par la première épouse avec laquelle il a une relation privilégiée. Un des faits déterminants de l'histoire familiale est constitué par la stérilité de cette première épouse. La résolution de cette dissymétrie va être introduite par le biais des usages coutumiers liés au sevrage et aboutit à la prise en charge momentanée des enfants de la seconde épouse au moment du sevrage par la première épouse. Pour cet enfant-là, Thilao, la prise en charge opérée par la première femme s'avère durable, quasi exclusive et mal supportée par la seconde épouse, dont le statut dans les relations interlignagères est nettement moins avantageux que celui de la première. Les représentations culturelles interdisent à la mère toute expression directe de son malaise sous peine de menacer indirectement l'enfant tandis que ces mêmes représentations invitent la première épouse à se dépenser pour choyer, au vu et au su de tous, l'enfant de sa rivale. Comme l'ont montré les études relatives au kwashiokor, la mise à distance de la mère apparaît déjà présente dans la conception que l'on a d'un certain nombre de maladie et de leur causalité (Ortigue & Ortigue, 1993). Dans l'exemple cité, l'identité énigmatique de l'enfant dit *nit ku bon* renvoie de façon privilégiée à l'action des *rab* ou esprits ancestraux. Les *rab* mis en cause sont les *rab* maternels (*pangol* en serer). L'attaque par les *rab* équivaut à une réaffirmation des liens à sa lignée utérine. L'enfant se trouve rattaché aux ancêtres utérins par delà le père géniteur.

Le deuxième cas étudié, celui de Daba, une fillette de trois ans, utilise lui aussi de manière centrale les représentations liées au culte des *rab* mais le contexte familial et lignager apparaît différent. La famille de Daba, installée dans un village wolof de la même région du Baol, est d'origine lebou et possède des autels domestiques, ce qui contraste avec la situation de la plupart des autres concessions wolof. Ces autels, qui ont été la propriété du grand-père paternel de l'enfant, sont actuellement entretenus par sa nièce utérine, Penda. La « connaissance » du grand-père a été transmise à un neveu utérin n'habitant pas le village. La transmission des *rab* en ligne utérine est nettement prédominante en milieu wolof et lebou (Zempléni, 1974). Ici, par une série de mariages, les lignées paternelles et maternelles ont été réunies. Pour sa part, le père de Daba explique cette transmission du savoir religieux aux utérins de son père par le fait que, trop jeune, il n'aurait pas « supporté ces connaissances ». Dans la famille, tous ont des *rab* mais « tous n'ont pas la connaissance ». A l'âge adulte, il a épousé la fille de Penda, la gardienne des autels, qui est sa cousine croisée patrilatérale, donc celle qu'il aurait dû épouser. Il se trouve doublement, comme il le souligne, en position de « père » de son épouse. Le père de cette dernière est un cousin parallèle patrilatéral, c'est-à-dire un frère, et sa mère est l'épouse qu'il aurait dû prendre. Les traits de caractère spécifiques du *nit ku bon*, tels que les manifestent à la fois son fils de sept ans, Bakari, et sa fille de trois ans, Daba, c'est-à-dire leur sensibilité trop forte, leur répugnance à recevoir des ordres, sont des caractéristiques propres à son lignage : « C'est une famille où il faut rester, qui n'aime pas qu'on lui parle fort. Ils ne per-

mettraient jamais à une autre famille d'entrer dans la leur pour faire des dégâts ». « Lui, son homonyme était comme ça, il ne parlait pas. Il peut passer la journée avec des milliers d'hommes, il ne parlera pas ». Ce trait de caractère s'accompagne dans la famille de capacités de voyance qui sont le lot de certains individus à chaque génération. Ainsi, le père fait sienne la solution rituelle qui voit dans l'occurrence des troubles de ses enfants un signe d'élection, le principe de la réactivation d'une inscription généalogique.

Les chaînes associatives que développe, dans chaque cas, le récit singulier du père, ou de la mère, vont recouper d'autres chaînes que l'ethnologie nous a appris à discerner (culte des *rab*, règles d'alliance entre les lignages, mariage polygamique ou monogamique, etc) de telle sorte que « l'interprétation » procède par développements centrifuges, par élargissements successifs vers de nouvelles séries associatives. Cependant, dans tous les cas, la quantité d'informations dont on dispose, les paroles qu'on est à même de recueillir et d'entendre dans telle situation limitent l'analyse. Par ailleurs, l'ethnologue qui rapporte ces données n'est pas un clinicien mais un visiteur, qui honore la famille certes, mais dont la curiosité demeure ambiguë. Comme le remarque A. Zempléni (1996, p. 35), « aussi discret et intégré qu'il soit, qu'il le veuille ou pas, tout ethnologue se mêle de ce qui ne le regarde pas. [...] A la limite on peut dire que l'ethnologie est l'art de l'intrusion systématique dans les affaires des autres ».

Revenue sur le terrain trente ans plus tard, j'ai découvert que les deux enfants *nit ku bon* avaient évolué dans des directions différentes que j'indique ici à grands traits, prévoyant d'en faire le récit plus complet dans une autre publication.

Revu en janvier 1994 et 1999, Thilao marié, a maintenant cinq enfants. Il vit dans son village serer d'origine, sous l'autorité de son frère aîné marié, en compagnie d'un frère cadet, d'autres frères étant morts. Le père est décédé mais les deux « mères » sont présentes. La charge de chef d'habitation est transmise dans cette région en ligne agnatique. Thilao prend à cœur l'obligation qui incombe aux frères agnatiques, dans cette société bilinéaire et virilocale, de faire preuve de qualités viriles, de courage au travail et de solidarité à l'intérieur du patrilignage (Dupire, 1978). Il a ainsi contribué à assurer par son travail le remariage de son frère cadet dont l'épouse était morte. Comme me le fait remarquer mon interprète-informateur qui l'a connu enfant, il garde des traits caractéristiques du *nit ku bon*. Sa démarche est lente tout comme le débit de sa voix. Il a tendance à s'effacer pour laisser parler le frère ou l'oncle plus âgé. Il sait cependant affirmer ses préférences pour la vie au village plutôt que les tentatives peu rentables de travail en ville. Il ne rejette pas la modernité et voit un avenir peut-être meilleur en ville pour ceux qui ont appris un métier.

A l'époque où je la revois, en 1994, au village, dans la concession de son père, tout autre paraît être le destin de Daba. Âgée de trente trois ans, elle est revenue y vivre pour un temps. Elle a été mariée trois fois et a un fils de huit ans, issu de son second mariage. Les « *rab* » la suivent toujours. La

première fois, elle n'est restée que trois ans mariée. Au bout d'un an, elle est tombée malade, elle « rêvait » souvent et est revenue dans sa famille pour se soigner. Je comprends que ses « chutes » (caractéristiques de celui qui est « pris » par les *rab*) ont compromis ses mariages successifs. Elle dira combien travailler pour un mari est plus difficile que de travailler chez son père. Dans la maison de son père, on peut « travailler doucement, quand on veut », chez un mari, « on est obligé de faire ». Elle décrit ici la situation de la jeune épouse, parfois rude et éprouvante qui rejoint son mari dans un village ou une famille étrangers, mais traduit aussi une difficulté personnelle face à cette adaptation qui est au cœur de la vie d'une femme wolof. Dans plusieurs de ses textes, D. Paulme brosse un tableau du destin féminin fort réaliste. Elle souligne que, dans les sociétés patrilineaires et virilocales, les épouses ne sont jamais totalement intégrées au monde organisé, car la règle inéluctable de l'exogamie en fait des étrangères. « Comment ne garderaient-elles pas rancune à ceux, père ou mari, qui les ont condamnés à un perpétuel exil ? Chez le mari, l'épouse demeure une alliée, une étrangère à qui on pardonne mal la somme élevée que sa venue a nécessitée ; aussi devra-t-elle travailler dur pour nourrir, avec son mari les frères et neveux de celui-ci. » (Paulme, 1994). Au travers des contes, sont exprimées les rancunes, les angoisses et les tensions profondes qu'il serait impossible de formuler clairement.

Dans le contexte de la migration, la complexité des situations incite à la prudence. A. Touraine (1993) souligne que la conscience personnelle d'identité a des bases d'inscription diverses, locales, ethniques, nationales ou autres. « La combinaison dans des individus de la conscience de droits généraux et d'une origine ou d'une appartenance particulière est quelque chose d'essentiel et qui se trouve encore plus renforcée lorsqu'on a affaire à des situations de mobilité culturelle ». Dès lors, pour le sociologue, c'est en devenant acteurs sociaux que les migrants peuvent intégrer dans leur expérience et leur conduite personnelle des éléments que la pratique tend à dissocier et évitent la marginalité rapidement transformée en exclusion.

Dans son étude sur les filles de parents maghrébins immigrés en France, C. Lacoste-Dujardin (1992, p. 9) souligne la diversité des positions personnelles des jeunes filles ou jeunes femmes étudiées et signale les dangers de la généralisation. « A travers la variété des conditions de vie, des expériences vécues des différentes jeunes filles, se révèlent des modalités diverses tant de fidélité au modèle maghrébin, que de dispositions à l'insertion dans la société française ». Le rapport d'un sujet à ses propres traditions peut être extrêmement variable.

L'APPROCHE CLINIQUE DANS LA TRADITION DE G. DEVEREUX

Dans l'abord psychopathologique de patients originaires d'une autre culture, la spécificité des données, selon la théorie de G. Devereux qu'analyse et reprend M. R. Moro (1998, p. 39), nécessite un double discours, celui de la psychanalyse et celui de l'anthropologie. Ces discours ne peuvent être tenus simultanément. Ils sont complémentaires. Le thérapeute cherche à se

décentrer et à comprendre les « logiques culturelles » qui donnent sens aux troubles de son patient. Dans sa pratique clinique, G. Devereux (1972) restera fidèle au maintien du cadre psychanalytique classique. Le seul aménagement du cadre consistera en l'utilisation de « leviers culturels ». Deux leviers seront employés lors de la psychothérapie de Jimmy Picard, l'indien des Plaines, nous rapporte M. R. Moro : « la signification culturelle des rêves et du fait de rêver chez les Wolf », d'une part et « l'encouragement à identifier son thérapeute à l'esprit-gardien wolf », d'autre part. Devereux justifie ce dernier point par le fait qu'il s'agit d'un « levier » transitoire dont l'action s'achèvera avec l'interprétation du transfert et la démystification de l'analyste. Cette notion de levier culturel est, à mon sens, quelque peu opaque. Faut-il l'entendre comme l'échange de signes de reconnaissance mutuelle qui montre l'existence de significations partagées ?

Cette expression de « levier culturel » est reprise à son compte par M. R. Moro (1998) dans son ouvrage qui traite de la théorie et de la pratique du clinicien rencontrant des familles migrantes et des enfants de la seconde génération. Mettant en avant la notion de « vulnérabilité » chez ces enfants vivant, du fait même de la rupture migratoire de leurs parents, une tension entre deux types d'affiliation, deux univers référentiels, il présente une réflexion d'ensemble sur les aspects universels et les particularités de la démarche clinique qu'elle adopte face aux migrants. En rapportant plusieurs études de cas de patients d'origine maghrébine ou ouest-africaine, M. R. Moro montre clairement une prise en compte, de la part du thérapeute, des représentations culturelles relatives à l'interprétation du malheur, aux capacités de « voyance » d'un individu, à la transmission des composantes de la personne, aux interrogations sur l'identité de l'enfant, et une utilisation raisonnée de ces représentations, dans l'écoute, de manière à soutenir le discours de ses patients et tenter de redonner du jeu, de la souplesse aux interactions de l'enfant et de ses proches. Tout en rendant hommage à l'apport initial de T. Nathan (1986), elle se démarque des positions actuelles prises par ce dernier en critiquant la notion de « clôture culturelle » qu'il promeut et en insistant sur les conséquences qu'a, pour la pratique clinique, l'affirmation de l'universalité de fonctionnement du psychisme. Par là-même, elle rejoint les critiques récentes d'ethnologues ou de psychiatres s'interrogeant sur les dangers des positions résolument culturalistes adoptées par certains cliniciens (Corin, 1997 ; Fassin, 2000).

Dans le compte rendu qui nous est fait des entretiens avec la mère de Fatoumata (Moro, 1998, pp. 129-140), le thérapeute utilise la valeur positive que possède *le fait de rêver* dans la culture dioula (il est associé à des capacités de voyance) pour soutenir la mère dans son récit, lui permettre de poursuivre, au-delà de ses évocations d'attaque en sorcellerie, son interrogation. On peut supposer également que l'allusion faite à la transmission de traits ou composantes qui s'effectue entre deux personnes homonymes (« elle a de l'autre Fatoumata ») permet de mobiliser tout un champ symbolique et d'opérer un élargissement des représentations. Les positions des différents acteurs seraient devenues moins confuses et plus représentables.

Les paroles mobilisantes peuvent produire des effets. L'ethnologue pour sa part restera prudent dans la mesure où il sait que l'attribution de capacités de voyance ou de divination n'est pas anodine dans le monde de la tradition. Comment devient-on devin ? Après des souffrances répétés, des échecs, la perte répétée d'enfants, toutes sortes d'infortunes et de maladies. C'est un destin qu'on n'accepte pas dès les premiers signes. Il implique des rapports avec des génies qui n'ont rien de rassurant. On peut ajouter aussi le fait que les voyants occupent une fonction pour le groupe, c'est un mode d'être avec autrui. S'ils ne la remplissaient pas, ce pouvoir se retournerait contre eux (Zempléni, 1974, 1996).

Ce que l'auteur nomme « proposition thérapeutique » appelle, à mon sens, des réserves. L'énoncé d'une prescription thérapeutique, quoique formulée comme une proposition générale à la manière du devin (par exemple « il faut faire quelque chose pour les morts »), garde toute sa valeur d'obligation. Le thérapeute ne risque-t-il pas de se substituer au patient pour énoncer ou s'approprié à sa place une possibilité offerte par la culture. Le clinicien ne fait-il pas fausse route s'il se sert des représentations et pratiques rituelles comme de clés pour hâter un processus d'élaboration ? Ne risque-t-il pas de freiner la mise en sens ou l'appropriation subjective effectuée par son patient. Sa position pourrait se rapprocher, alors de celle de l'hypnotiseur que Freud a toujours combattue.

En venant voir un médecin appartenant à une autre tradition, le migrant vivant en France comme le consultant hospitalier à Dakar ou à Bamako, s'efforce pour lui-même d'établir un lien entre ses références traditionnelles et son désir d'affirmation individuelle. Dans leur article sur le cas d'Aminata, M. C. Ortigues, P. Martino, H. Collomb (1967, 1989) soulignent que dans un groupe social marqué par la migration à la ville, la dispersion de la famille étendue, « le culte, comme la maladie tend à devenir une affaire personnelle ». Aminata se réfère au culte des *rab* mais cette référence ne lui suffit pas. On constate que les demandes successives qu'elle formule au marabout concernent principalement des problèmes définissables en terme d'individualité et d'affrontement personnel. « De la part du médecin, il serait aussi critiquable de méconnaître les traditions et leur pouvoir organisateur que d'y renvoyer le malade, comme pour l'y enfermer » (Ortigues, Martino, Collomb, 1989, p. 50).

LES MODES DE COMMUNICATION, LES MANIÈRES DE DIRE

Un problème qui s'avère important au cours des entretiens cliniques semble lié aux spécificités des modes de communication au sein d'un groupe donné. Chaque système culturel donné fixe ce qui est dicible, les manières de dire. Les usages en matière de régulation des conflits dans les sociétés à tradition orale comme les sociétés d'Afrique de l'Ouest peuvent être différents de ceux qui prévalent dans nos sociétés occidentales. Dans les consultations des hôpitaux africains, il n'est pas toujours possible de s'adresser directement au malade car celui-ci, (même adulte) peut venir en consultation avec un parent, un aîné que la famille a mandaté pour porter la parole

(Ortigue, *sous presse*). Si l'on pose des questions au malade, le porte-parole répondra. L'âge lui confère plus de savoir. Le médecin ou le thérapeute doit « accepter le détour qu'on lui offre ». Même si le malade est venu seul, il demeure pertinent de poser la question « Que dit-on de cette maladie dans votre famille? ». « C'est la porte d'entrée pour tout ce qui touche à la vie privée ».

Dans le cadre domestique, bien des questions ne peuvent être posées directement, elles seraient vues comme indiscretes, agressives, elles sont posées à une tierce personne, à celui qui est le plus familier. Le tiers est protecteur. Utiliser une forme indéterminée permet couramment aux femmes âgées de rappeler des principes ou des normes (« une femme doit préparer beaucoup »). Mais ces formes linguistiques ont d'autres usages. Dans un article sur le secret, Zempléni (1996) décrit les énoncés elliptiques du devin sénoufo (Côte-d'Ivoire). Il montre que le devin de village, au cours d'une séance de divination, parle au moyen d'*énoncés génériques* procédant par catégorie (« un homme et une femme de son village », « un magicien », « une dispute au bois sacré »). Il ne nomme pas les auteurs ni l'origine précise de l'agression que son consultant a subie. Il se contente de « livrer des indices », des « *portraits-robots sociaux* » qu'il appartiendra à ses clients de pourvoir de noms propres. C'est donc à ces derniers de s'approprier le sens de ses propos. C'est la condition même de l'efficacité sociale de son diagnostic divinatoire. Au Sénégal, le devin wolof ou serer s'expriment également par catégories : « une femme au teint clair qui n'habite pas loin de sa maison, lui a fait du mal ». Le devin prononce des paroles qui portent à conséquence. Il s'agit de protéger les protagonistes des effets dévastateurs d'une révélation qui compromettrait la paix villageoise. Il ne va donc pas désigner explicitement des personnes, des actes précis, ou telle ou telle procédure. Un autre point souligné par A. Zempléni (1996) est que la consultation du devin chez les Sénoufo Nafara s'effectue presque toujours à deux. On peut donc supposer que la personne malade partage ou élabore avec d'autres les propositions qui lui ont été faites par le devin.

Dans les relations précoces mère-enfant, la parole des tierces personnes est présente sous des formes diverses et la mère qui assume les soins, doit favoriser les interventions latérales. Une mère ne doit pas se montrer exclusivement préoccupée de son enfant, et doit plutôt témoigner de son intérêt ou diriger ses soins vers l'enfant de sa coépouse, ou le bébé d'une parente en visite. Elle s'efforce ainsi de faire apparaître l'homologie des places occupées par elle-même, ses coépouses, ses belles-sœurs ou ses parentes, et leurs enfants respectifs. Dans certaines situations, le groupe social et familial s'attache à mettre en scène par des taquineries, des plaisanteries, les émotions qui seraient conçues comme peu supportables par l'individu isolé. Ainsi l'absence d'un mari pour l'épouse, l'épreuve subie par un enfant qu'on vient de sevrer ou de circoncire sont-elles évoquées dans des taquineries et joutes verbales. Les épouses de deux frères dont l'entente est bonne ou des parentes proches, peuvent théâtraliser, en s'adressant à l'enfant récemment sevré, le deuil à faire du sein maternel. Dialogue rythmique

individualisé et collectivement partagé, la danse, est aussi un moyen d'assurer la régulation de l'humeur de l'enfant et d'entraîner la participation d'individus homologues.

On a souligné que, dans les sociétés d'Afrique ou d'Océanie (Ochs & Schieffelin, 1984), on parlait plus souvent *des* enfants qu'on ne parlait *aux* enfants. Cependant, dans toutes les langues, l'adulte peut faire alterner des formes de deuxième et de troisième personne pour s'adresser au bébé. C'est une façon de faire varier les points de vue et d'introduire un jeu, une mise en spectacle dans le dialogue avec l'enfant (Rabain-Jamin & Sabeau-Jouannet, 1997). Au Sénégal comme dans d'autres sociétés africaines ou océaniques, les routines de discours dicté (« *Dis lui...* ») et celles du discours rapporté (« *Il a dit...* ») sont utilisées beaucoup plus fréquemment dans la période d'apprentissage du langage que dans les situations de communication habituelles entre la mère et le jeune enfant occidental qui répondent plutôt à un modèle dyadique. L'enfant, à travers la formule « *Dis lui* », est invité, par la mère, un aîné ou un familier de la maison à répliquer de manière culturellement appropriée à un locuteur précédent (Rabain-Jamin, 1998). Dans le discours rapporté (« *Il a dit* »), le locuteur (qui peut être la mère ou un aîné) se fait le porte-parole du discours de l'enfant en reprenant son énoncé ou en interprétant un geste de demande ou de refus. Ces modalités de discours permettent aussi à la mère de faire transiter par un tiers une demande ou un ordre qu'elle évite ainsi de proférer elle-même sous forme directe (ex : « Gora (un cousin de 29 mois) t'a dit : Ne me blesse pas » quand l'enfant de 20 mois soulève une baguette trouvée sur le sol). La fonction de régulation est assurée de façon latérale conformément à la logique sociale des classes d'âge. Une transaction qui pourrait s'avérer délicate ou conflictuelle passe par un tiers, porte-parole de l'autorité coutumière. Ces modalités d'adresse indirecte n'écartent pas, à d'autres moments, la possibilité d'accentuer les polarités « *Je* » et « *Tu* ». Il serait faux de croire que les sociétés qui privilégient la dimension communautaire excluent la possibilité d'expression subjective. Dans la vie quotidienne, le caractère personnel a sa place et l'étayage de l'individu en tant que tel peut s'exprimer de manière subtile dans certains contextes.

Dans le contexte de la migration, l'environnement social avec qui partager un certain nombre de repères et de significations fait partiellement défaut. Les dispositifs évoqués plus haut visent à retisser des liens entre les univers d'appartenance de la famille, la société d'origine et le contexte présent. Ce faisant, il serait absurde d'enfermer le sujet dans une tradition alors même que sa démarche de migrant le pousse vers une individualisation plus poussée avec ses risques et ses ruptures possibles. Quelle que soit la société, chaque individu tend à s'appropriier les coutumes et les traditions en les adaptant, en rusant avec, ou en créant à partir d'elles des variantes ou des équivalences. En contexte d'origine comme ailleurs, les gens ne font pas forcément tout ce que dit la coutume. La vie des villageois, même encadrée par des prescriptions coutumières qui peuvent paraître rigides, s'avère bien plus complexe que nous le supposons.

BIBLIOGRAPHIE

- Bonnet D., « La maladie de l'oiseau : un modèle explicatif de maladies infantiles », *La construction sociale de la maladie. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Jaffré Y. & Olivier de Sardan J.P. (Eds.), Paris, P.U.F., 1999 : 305-320.
- Collomb H., « Assistance psychiatrique en Afrique (expérience sénégalaise) », *Psychopathologie africaine*, 1965, 1, n°1 : 11-84.
- Corin E., « Vers une réappropriation de la dimension individuelle en psychologie africaine », *Canadian Journal of African Studies*, 1980, 14, n°1 : 135-156.
- Corin E., « Playing with limits : Tobie Nathan's evolving paradigm in ethnopsychiatry », *Transcultural Psychiatry*, 1997, 34, n°3 : 345-358.
- Devereux G., *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion, 1972.
- Dozon J.P., « Avant propos », N° spécial : « Anthropologie de la maladie : nouveaux lieux, nouvelles approches », *Sciences Sociales et Santé*, 1994, 12, n°3 : 5-12.
- Dupire M., « Rôle rituel du père et de la mère chez les Serer Sin bilinéaires du Sénégal », *Systèmes de signes. Textes réunis en hommage à Germaine Dieterlen.*, Paris, Hermann, 1978 : 111-120.
- Fassin D., *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, P.U.F., 1992.
- Fassin D., « Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britanniques aux banlieues parisiennes », *L'Homme*, 2000, n°153 : 231-250.
- Fiéloux M., « Histoire de vie », *Dictionnaire de l'anthropologie et de l'ethnologie*, Bonte P. & Izard M. (Eds.), Paris, P.U.F., 1991 : 332-333.
- Héritier F., *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*, Paris, Editions Odile Jacob, 1996.
- Lacoste-Dujardin C., *Yasmina et les autres de Nanterre et d'ailleurs. filles de parents maghrébins en France*, Paris, La Découverte, 1992.
- Lévi-Strauss C., *L'Homme nu*, Paris, Plon, 1971.
- Moro M.R., *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*, Paris, Dunod, 1998.
- Nathan T., *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris, Dunod, 1986.
- Ochs E., Schieffelin B., « Language acquisition and socialization : three developmental stories and their implication », *Culture theory : Essays on mind, self, and emotion*, Shweder R.A. & LeVine R.A. (Eds.), Cambridge, Cambridge University Press, 1984 : 276-320.
- Olivier de Sardan J.P., « La logique de la nomination. Les représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger », *Sciences Sociales et Santé*, 1994, 12, n°3 : 15-45.
- Ortigue E., « Culturalisme », *Dictionnaire de l'anthropologie et de l'ethnologie*, Bonte P. & Izard M. (Eds.), Paris, P.U.F., 1991 : 188-190.
- Ortigue E., « Psychiatrie comparée », *Encyclopædia Universalis* (sous presse).
- Ortigue M.C., Martino P., Collomb H., « L'utilisation des données culturelles dans un cas de bouffée délirante », *Psychopathologie africaine*, 1967, 3, n°1 : 121-147, republié sous le titre : « Aminata », *Psychanalystes*, 1989, n°31, 33-51.

- Ortigue M.C., Ortigue E. (1966), *Œdipe Africain*, Paris, L'Harmattan, 1984.
- Ortigue M.C., Ortigue E., « Pourquoi ces mères indifférentes ? ou comment faire la part du culturel », *Psychopathologie africaine*, 1993, 25, n°1 : 5-31.
- Parkin D., « Mythes et fantaisies post-structuralistes », *Gradhiva*, 1987, n°2 : 7-21.
- Paulme D., « “La mère dévorée” ou “Tuons nos mères” : analyse d’un conte africain », *Viellir en Afrique*, Attias-Donfut C. & Rosenmayr L. (Eds.), Paris, P.U.F., 1994 : 181-190.
- Rabain J. (1979), *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge chez les Wolof du Sénégal*, Paris, Payot, 1994.
- Rabain-Jamin J., « Usage du langage et contexte culturel : le langage de la mère adressé à l'enfant », *De l'usage des gestes et des mots chez l'enfant*, Bernicot J., Marcos H., Day C., Guidetti M., Laval V., Rabain-Jamin J. & Babelot G. (Eds), Paris, Armand Colin, 1998 : 179-207.
- Rabain-Jamin J., Sabeau-Jouannet E., « Maternal speech to 4-month-old infants in two cultures : Wolof and French », *International Journal of Behavioral Development*, 1997, 20, n°3 : 425-451.
- Sindzingre N., « La nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les Senufo », *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Augé M. & Herzlich C. (Eds.), Paris/Montreux, Editions des Archives Contemporaines, 1984 : 93-122.
- Sindzingre N., Zempléni A., « Modèles et pragmatique, activation et répétition : réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senufo de Côte d'Ivoire », *Social Science and Medicine*, 1981, 15 B : 279-293.
- Smith P., « Rite », *Dictionnaire de l'anthropologie et de l'ethnologie*, Bonte P. & Izard M. (Eds.), Paris, P.U.F., 1991 : 630-633.
- Sperber D., *La contagion des idées*, Paris, Editions Odile Jacob, 1996.
- Touraine A., « Programme interdisciplinaire de recherche sur la ville », *La Lettre du Pir Villes*, CNRS, 1993, n°1 : 9.
- Zempléni A., « Du symptôme au sacrifice. Histoire de Khady Fall », *L'Homme*, 1974, 14, n°2 : 31-77.
- Zempléni A., « Savoir taire. Du secret et de l'intrusion ethnologique dans la vie des autres », *Gradhiva*, 1996, n°20 : 23-41.
- Zempléni A., Rabain J., « L'enfant *nit ku bon*. Un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolof et les Lebou du Sénégal », *Psychopathologie africaine*, 1965, 1, n°3 : 329-441. Republication in *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, La pensée sauvage, 1985, n°4 : 9-42 (A. Zempléni) et 43-58 (J. Rabain).

RÉSUMÉ

Anthropologie et clinique. De l'usage des représentations culturelles

L'article examine les travaux réalisés par les chercheurs et praticiens appartenant à différents courants de recherche pour tenter d'expliquer les problèmes liés à la pratique dite transculturelle de la psychiatrie. Face à des consultants migrants, le clinicien s'efforce de comprendre comment les sociétés maghrébines ou ouest-africaines répondent au problème du mal, du malheur, de la maladie. Deux histoires cliniques recueillies au Sénégal, concernant des enfants appelés « nit ku bon » sont discutées. Quels que soient les modèles étiologiques de la maladie mis en cause, l'usage des catégories, idées et croyances est tou-

jours contextuel et particulier. Il serait aussi critiquable pour le clinicien de méconnaître les traditions et leur pouvoir organisateur que d'y renvoyer le malade comme pour l'y enfermer.

Mots Clefs

Représentations culturelles, ethnopsychiatrie, maladie, immigrants ouest-africains, enfants.

ABSTRACT

Anthropology and clinical studies. Using cultural ideas and beliefs in clinical practice

In order to clarify problems linked to transcultural psychiatric practice, this article examines work carried out by researchers and clinicians belonging to different fields of research. Working with immigrants families, clinicians try to understand how North or West African societies conceptualize and categorize evil, misfortune and sickness. Two case studies collected in Senegal and concerning the so-called « *nit ku bon* » children are discussed. Whatever the etiological model of the sickness, the use of categories, ideas and beliefs by a person is always contextual and particular. It would be as wrong for clinicians to neglect traditions and their organizing power as to confine the patients to their cultural conventions

Key Words

Cultural beliefs, ethnopsychiatry, sickness, West African immigrants, children.

RESUMEN

Antropología y clínica. Sobre el uso de las representaciones culturales

El artículo examina los trabajos hechos por investigadores y médicos que pertenecen a diferentes sectores de investigación para intentar explicitar los problemas relacionados con la práctica llamada transcultural de la siquiatria. Frente a consultantes e-migrantes, el clínico se esfuerza en comprender cómo las sociedades magrebíes o del oeste africano responden al problema del mal, de la desdicha, de la enfermedad. Dos historias clínicas recogidas en Senegal, que conciernen los niños llamados « *nit ku bon* » están debatidas. Aquí cualesquiera que sean los modelos etiológicos de la enfermedad puesta en tela de juicio, el uso de las categorías, ideas y creencias siempre es contextual y particular. Sería tan criticable para el clínico desconocer las tradiciones y su poder organizador como orientar al enfermo hacia ellas como para encerrarlo en ellas.

Palabras Claves

Representaciones culturales, etnosiquiatria, enfermedad, inmigrantes del oeste africano, niños.