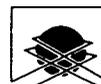


# L'ŒIL, LE POISON MAGIQUE ET LE TALISMAN

## Cause et sens en pratique ethnopsychanalytique

Tobie Nathan



### Les recherches sur l'efficacité thérapeutique

La psychanalyse est une pratique singulière. Son apprentissage se déroule en partie selon un modèle « initiatique » (cure personnelle, supervisions), en partie selon un enseignement (séminaires, cours théoriques). De manière cohérente avec ce type hybride de transmission, la psychanalyse désigne à la fois un corps professionnel avec ses règles d'appartenance, ses modalités d'affiliation, ses processus spécifiques de protection et un discours scientifique, nécessairement soumis aux règles de la raison scientifique impliquant : cohérence, transmissibilité, méthodes d'administration de la preuve, réfutabilité... Cette « double allégeance » n'a pas rendu service à la psychanalyse qui, interrogée sur sa validité scientifique, s'est souvent réfugiée dans la cohésion de son corps professionnel et, sommée de s'expliquer sur sa fonction par la société civile, a toujours présenté des arguments de type « scientifique ». C'est évidemment dans le domaine de son « efficacité » thérapeutique que le questionnement adressé à la psychanalyse a le plus souvent tourné court<sup>1</sup>. Pourquoi mettre en place de complexes méthodes de validation de notre pensée puisque notre existence en tant que groupe professionnel, l'étendue de notre clientèle, attestent de son bien-fondé<sup>2</sup> ? Je ne nie pas que la difficulté méthodologique soit de taille car, sous peine de ne rien démontrer du tout, pour procéder à une telle analyse, il est absolument indispensable de partir de la technique dans toute sa spécificité. Il faut d'abord naturellement tenir compte des observables physiques — le cadre (l'aménagement de l'espace, la description du dispositif contractuel [Bleger 1979; Donnet 1973]) — mais aussi des « mondes intérieurs » — et pas uniquement de celui du patient ! — des réalités interactives sous toutes leurs formes — dialogiques (Jacques 1979), visuelles, respiratoires, rythmiques — même si la technique psychanalytique tend à les simplifier en les réduisant, et des « êtres théoriques » en présence — et pas seulement ceux du psychanalyste, c'est-à-dire aussi des étiologies spontanées des patients !

1. Après l'article non dénué d'une certaine « mauvaise foi » d'Eysenck (1952), des tentatives sérieuses ont vu le jour, souvent américaines : Kernberg *et al.* (1972), Strupp (1975), Herman (1984), Gérin (1984), pour n'en citer que quelques-unes. L'article de Herman (1986) fait à peu près le point sur la question.
2. À ce sujet voir l'article incisif et intelligent de Stengers (1988).

L'analyse de l'efficacité de la cure est rendue très difficile, voire impossible par toute une série de facteurs :

- Comme tous les thérapeutes, les psychanalystes sont quasiment opaques à l'analyse de *leurs propres inductions*, analyse dont ils laissent le soin aux caprices de leur humeur autocritique. Il n'existe aucun corpus d'« interprétations psychanalytiques », *a fortiori* de « traité » de l'interprétation<sup>3</sup>. Et d'ailleurs, même si un tel corpus existait (ce qui serait évidemment un réel progrès !), nul ne pourrait ni en témoigner ni le valider.
- La psychanalyse étant une pratique se déroulant en l'absence de « témoin »<sup>4</sup>, le recueil d'un « matériel clinique » fiable, susceptible d'investigations détaillées est impossible. Il n'existe donc aucun corpus incontestable — publié et donc réfutable — de séances psychanalytiques.
- En l'absence de corpus fiable, il ne peut y avoir d'analyses « microscopiques » (telles celles qui pourraient porter sur la syntaxe des phrases, la « construction des univers référentiels », les « stratégies d'influence »<sup>5</sup>... De plus, la psychanalyse ne dispose pas de concepts susceptibles de discriminer les « particules élémentaires » d'une relation. Les concepts noyaux de la psychanalyse sont des « gros » concepts, ayant trait à des fonctionnements globaux : *l'inconscient, le refoulement, les mécanismes de défense, les pulsions, etc.*
- Il serait en effet extrêmement difficile — à mon sens impossible ! — de mettre en œuvre de véritables stratégies de recherche à partir de tels concepts. Ces concepts font appel à des « notions immédiates » comme « le visible/l'invisible », « l'amour/la haine », « l'angoisse », « la perte », « l'autonomie », « la liberté »<sup>6</sup>..., qui ne peuvent évidemment relever d'une analyse fine.
- De plus, lorsqu'on sait en quoi réside la pratique psychanalytique (passion pour l'autoscopie, infinies tentatives de surmonter les difficultés à formuler des informations autoperçues, intérêt pour les petits détails de l'existence, pour les images fugitives des rêves, pour les formes des énoncés, pour les sensations corporelles innommables, pour les imperceptibles modifications de l'humeur ou les infimes déplacements de l'intérêt qu'on porte aux choses, etc.), il existe une distance énorme entre le déroulement d'une séance et les concepts censés rendre compte de la pratique.
- Sans doute est-ce une banalité, mais utile à préciser ici : pas de psychanalyse sans psychanalyste ; pas de matériel psychanalytique sans « interaction » quelle qu'elle fût. Considérant cela, il serait donc indispensable d'analyser les composantes de cette interaction, notamment :

a) L'« être » du psychanalyste, évidemment inanalysable par lui-même.

3. Les tentatives de Glover (1955) sont loin d'atteindre ce but.

4. J'entends « témoin » non seulement comme dans le langage juridique, mais aussi comme dans tout dispositif scientifique. Voir l'article déjà cité de Stengers (1988).

5. Avant de dédouaner ou d'accuser la technique psychanalytique de séduction, de suggestion, de pratiques d'influence..., il faudrait d'abord se donner les moyens d'aller y regarder.

6. En prétendant d'ailleurs que ce sont les concepts fondamentaux à partir desquels on doit rendre compte de la réalité humaine..., et pourquoi pas « le sacré », « la frayeur », « le rire », ou comme le proposait Vercors, non sans quelque bon sens, « les gris-gris » ?

- b) Tout ce qui n'entre en aucun cas dans la théorisation psychanalytique : les mouvements du thérapeute, sa façon de déplacer son corps, ses manières de respirer, le contrôle de ses rythmes physiologiques, les caractéristiques de son regard, ses intonations, les qualités de sa voix, etc.
- c) La spécificité des formulations « interprétatives » du psychanalyste, autrement dit, *son style*. Par exemple : même si leur sens est semblable, on comprendra aisément que les interprétations suivantes ne sont absolument pas équivalentes quant à leur éventuelle « efficacité » :
- « Tout ce que vous êtes en train de dire montre qu'à cinq ans, vous avez voulu coucher avec votre mère. »
  - « Tous les petits garçons ont envie de coucher avec leur mère. »
  - « Bien sûr, je pense à votre mère. »
  - « Vous allez me dire que ce n'est pas de votre mère dont il s'agit ! »
  - « Je ne sais pourquoi, pendant que vous étiez en train de parler, je pensais à ma mère. »
- d) Les mouvements contre-transférentiels individuels qui peuvent se manifester sous forme de rêves ou de fantasmes de l'analyste (apparus en séance ou hors-séance, ayant trait directement ou indirectement à son patient) — autant de productions apparemment « privées » — quelquefois sous forme d'« interprétations » que le psychanalyste prend pour « vraies » ; la plupart du temps sous forme de « refus de penser ». Tous ces mouvements psychiques sont naturellement invérifiables et incontrôlables, généralement « oubliés » sitôt apparus.
- e) Les mouvements de « contre-transfert culturel » du psychanalyste qui se révèlent *toujours* par son refus d'adhérer aux « croyances » ou aux mythes de l'autre — étant entendu par ailleurs que les « croyances » constituent la médiation privilégiée par laquelle on adhère aux valeurs de son groupe. Étonnant de constater à quel point nous considérons que toute interprétation n'appartenant pas au maigre corpus de nos références bibliographiques relève de la « pensée magique » !

Après ce long préambule, je vais quant à moi, me pencher ici sur l'effet de *la construction théorique implicite du thérapeute dans le déclenchement de l'interaction thérapeutique*. J'essaierai par la suite d'en tirer quelques conclusions générales sur l'efficacité des psychothérapies.

## Le dispositif ethnopsychanalytique

Dans une pièce assez grande, une vingtaine de chaises sont disposées de manière circulaire. Lorsque le patient (le plus souvent accompagné d'une partie de sa famille et des intervenants sociaux ou thérapeutiques de son choix — son

---

7. Seul ce prince de la technique qu'était Ferenczi a accepté de considérer ces éléments comme partie constituante du corpus de la séance, allant jusqu'à imaginer des dispositifs (« l'analyse mutuelle ») pour les restituer à ses patients. Cf. son *Journal clinique*.

assistante sociale, son médecin généraliste, son psychiatre, parfois un ami ou un voisin...) est introduit dans le cabinet, les cothérapeutes sont déjà installés. Ces cothérapeutes sont tous des « médiations vivantes » puisque d'origines culturelles diverses et susceptibles de manier les langues et les systèmes d'interprétation traditionnels<sup>8</sup>, ils sont néanmoins diplômés de l'Université française (psychiatres, psychologues, éducateurs, quelquefois — mais rarement — anthropologues, ayant toujours bénéficié d'une expérience psychanalytique). Ils sont répartis dans la pièce de manière circulaire ; aucune place ne se distinguant d'une autre, l'ensemble évoque immédiatement un travail collectif. Nous commençons par laisser parler les accompagnants puis, s'ils le désirent, les membres de la famille. Très souvent nos questions portent sur les paroles des autres concernant la maladie du patient (« Qu'a-t-on dit chez vous d'une telle maladie ? », « Avez-vous prévenu votre père que vous étiez malade ? », « Qu'a pensé le *mory*<sup>9</sup> que vous êtes allé « visiter » au Mali ? — Vous savez bien qu'ils disent tous la même chose : que quelqu'un m'a fait du mal... »). Quelquefois, les cothérapeutes évoquent des discours imaginaires qu'auraient pu tenir des guérisseurs de leur propre aire culturelle (« Chez nous, on dirait que "quelqu'un l'appelle"... », à quoi le malade répond souvent : « Une telle idée existe aussi un peu chez moi, mais on ne l'exprime pas de cette manière... »). On use couramment de proverbes ou de dictons, provenant le plus souvent de la culture d'origine du patient, par exemple : « Il existe un proverbe bambara qui dit "qu'un couteau ne peut pas se couper lui-même" [allusion à l'inceste]... ». Généralement en fin de séance, le thérapeute principal énonce une proposition, parfois accompagnée d'une prescription, cette fois directement au patient (« Dans le ventre de Téné, il y avait un couple de jumeaux. Le garçon s'est échappé durant la grossesse. C'est lui qui erre et rôde autour de la famille. Il faut le fixer afin que tout le monde retrouve le calme. »<sup>10</sup>)

Le groupe de la consultation d'ethnopsychanalyse permet de surmonter un certain nombre des difficultés posées par les nécessités de l'analyse de l'efficacité thérapeutique :

- Comportant des « témoins » naturels<sup>11</sup>, le groupe autorise la constitution de corpus *in extenso*, parfaitement fiables. De plus, l'utilisation de la vidéoscopie laisse espérer l'intégration des mouvements et des mimiques dans l'établissement des corpus<sup>12</sup>.

8. À l'heure actuelle, on y parle l'*allemand*, l'*anglais*, l'*arabe* dans ses différents dialectes (Algérie, Égypte, Maroc, Soudan, Tunisie), le *bambara* (Mali), le *bamiléké* (Cameroun), le *baoulé* (Côte-d'Ivoire), le *berbère* (Maroc), le *dassa* (Bénin), l'*espagnol*, l'*éwé* (Togo), le *fon*, le *goun* (Bénin), le *grec*, l'*hébreu*, le *hongrois*, l'*italien*, le *kabyle* (Algérie), le *lari*, le *lingala* (Congo), le *malinké* (Guinée, Mali), le *mina* (Togo), le *peul* (Guinée, Mali, Sénégal), le *portugais*, le *songhai* (Bénin, Niger), le *soninké* (Mali, Sénégal), le *turc*, le *wolof* (Sénégal), le *yoruba* (Bénin).

9. Thérapeute traditionnel musulman chez les *Bambaras*.

10. Ce cas est rapporté en détail dans Nathan (1991a).

11. C'est-à-dire les membres du groupe. Je dis « naturels » puisque leur présence est nécessaire dans le déroulement normal d'une séance, qu'ils ne sont donc pas introduits pour les nécessités de la recherche. De plus, dans un tel dispositif, le patient est aussi un « informateur » sur le fonctionnement culturel des procédures thérapeutiques habituelles dans son ethnie. La « recherche » est donc ici une entreprise éminemment collective, et le patient a conscience d'y participer.

12. Une première tentative a déjà été faite dans l'exploration du regard durant les séances d'ethnopsychanalyse, en s'aidant des techniques de microanalyse (Rosevègue 1992).

- La pratique ethnopsychanalytique tend à restituer le maximum des références culturelles du patient : sa langue d'abord, bien sûr, mais aussi les théories implicites, les logiques interactives, les façons de faire... Passant sans arrêt d'une aire culturelle à une autre, cette pratique met en présence une multiplicité d'univers théoriques. Étant par nature « plurithéorique », elle ne relève d'aucun « gros » concept. Elle peut donc faire appel à des analyses fines des processus, généralement en termes logiques<sup>13</sup>.
- Le contre-transfert individuel est analysé par un retour du groupe sur les propositions thérapeutiques, retour qui se déroule habituellement en deux temps :
  - a) rétablissement de la séquence intérieure du cothérapeute ayant conduit à la construction de telle proposition étiologique ou thérapeutique ;
  - b) énoncé par le locuteur d'une « prédiction » sur l'effet de sa proposition.
- La reconstruction de la procédure ayant conduit à l'élaboration de la proposition thérapeutique et la « prédiction » sur son effet *font intégralement partie du corpus de la séance*.
- En ce qui concerne le « contre-transfert culturel », je dois rappeler qu'un tel groupe est spontanément enclin à reconstituer « l'ambiance » culturelle — ici, surtout la façon de penser — dans laquelle un énoncé aussi invraisemblable que « Vous savez bien qu'il faut donner de la nourriture aux morts »<sup>14</sup> est, non seulement acceptable, mais semble « naturel » à tous les participants du groupe. Lorsqu'il se voit contraint de penser les choses « à la manière occidentale », il a donc tendance à réfléchir sur tout ce qui a empêché les formulations culturellement codées.

## Observation clinique : recherche son double désespérement...

### *Première séquence : el 'eïn*

Nous recevons une jeune femme âgée de vingt-cinq ans et sa petite fille de quinze mois. La consultation a été demandée par la psychologue de la crèche que fréquente l'enfant à cause des crises de pleurs que ni la mère ni les puéricultrices ne peuvent interrompre ; crises accompagnées de sanglots, d'étouffements inquiétants, se répétant plusieurs fois par jour et pouvant durer une heure, jusqu'à l'endormissement de l'enfant par épuisement. Avant que n'entrent les patientes, la psychologue, de formation psychanalytique, nous explique qu'elle pense que la symptomatologie de l'enfant doit sans doute être reliée au décès d'une première enfant, survenu cinq ans auparavant, à l'âge de quatre mois, à la suite d'une mucoviscidose. Manifestement, la pensée étiologique de cette psychologue semble être que la mère, n'ayant pu « élaborer le deuil » de la première fille, développe une

13. Pour ce qui concerne l'analyse des inductions thérapeutiques, voir Nathan (1989a, 1991a) ; pour ce qui concerne celle des interactions thérapeutiques, voir Blanchet *et al.* (1991) ; pour ce qui concerne celle des logiques mises en œuvre, voir Blanchet et Nathan (1991).

14. Le cas évoqué ici a fait l'objet d'une rapide description dans Blanchet et Nathan (1991).

angoisse de mort au sujet de la seconde, la « surstimulant » par des comportements inconscients, jusqu'à déclencher ces crises de sanglots. Cependant, l'origine ethnique de la mère, algérienne, arabophone, son expérience migratoire récente et certaines singularités de son discours ont amené la clinicienne à demander une aide spécifique au sein d'une consultation d'ethnopsychanalyse. Ce jour-là, nous étions une quinzaine de cothérapeutes parmi lesquels un psychologue d'origine algérienne, maîtrisant parfaitement la langue arabe (tout comme le *kabyle*) et qui jouera un grand rôle dans le déroulement du processus, une autre psychologue d'origine algérienne, mais de « seconde génération », un médecin, également algérien, une psychologue marocaine. Voilà pour les arabophones. Par ailleurs, participaient aussi à la séance : une psychologue sénégalaise, un psychologue congolais, un psychologue béninois, une sage-femme togolaise, une psychologue turque, plusieurs médecins d'origine « européenne », une ethnolinguiste ainsi qu'un médecin canadien, en stage.

Rachida B. est une ravissante jeune femme au visage rond, aux formes franches et harmonieuses, habillée à « l'occidentale » d'un élégant tailleur de toile, arborant avec naturel un large décolleté. Elle entre en compagnie de Hadjira, une jolie petite blondinette, souriante, peu farouche qui s'installe près de la caisse à jouets qu'elle entreprend aussitôt de vider sur le sol. Rachida salue aimablement l'assistance et s'assied près de moi sans aucune gêne apparente. Elle parle d'abord en français qu'elle manie parfaitement, dit qu'elle est algérienne, qu'elle est arrivée en France voilà sept ans après avoir épousé un migrant de seconde génération. Je lui demande de me raconter son mariage.

**Rachida B.** : J'avais un cousin qui vivait en France. C'est le fils du frère de ma mère. Il est venu deux fois au pays pour voir la famille. Je suis tombée amoureuse de lui et j'ai abandonné mes études pour l'épouser. Voilà ! Je suis tombée amoureuse de mon cousin ; de mon cousin germain...

— Vous avez fait un mariage traditionnel ?

**Rachida B.** : Oui, je me suis mariée en Algérie. Nous avons fait la fête... Il y avait beaucoup de monde... La famille était très heureuse. Au bout d'un mois, nous sommes rentrés en France et nous avons vécu chez mes beaux-parents durant cinq ans. Je suis tout de suite tombée enceinte. J'ai eu une première fille, Nadia qui est morte à quatre mois, de la mucoviscidose...

— Vous savez ce qu'est cette maladie ?

**Rachida B.** : On me l'a expliqué récemment, à la naissance de Hadjira. Jusquelà, c'était un mystère pour moi. Après le décès, les médecins ont voulu faire une autopsie, mais j'ai refusé<sup>15</sup>.

— Lorsque Nadia est décédée, vous avez pensé quelque chose ? (À ce moment précis, *Hadjira se met à tousser*)<sup>16</sup>.

15. Sans doute sous l'impulsion des beaux-parents, pour des raisons religieuses.

16. Cette séance a été vidéoscopée, à l'aide de deux caméras, l'une suivant la mère et ses interlocuteurs, l'autre la fille, puis a fait l'objet d'une discussion d'analyse de contre-transfert ; enfin l'ensemble a été rigoureusement consigné. Les dialogues reproduits ici reprennent des fragments « mot à mot » d'une séance ayant duré deux heures.

**Rachida B.** : Oui ! j'ai pensé que j'avais tout perdu ! Nadia, c'était tout pour moi ! Ma fille, ma sœur... D'ailleurs je n'ai pas de sœur... je suis la seule fille...

— Vous êtes allée voir quelqu'un pour comprendre ce qui s'était passé, un *cheikh*<sup>17</sup> ?

**Rachida B.** : Non ! Dans notre famille, nous ne croyons pas à ces choses-là. Je suis allée au cimetière. J'y vais toujours d'ailleurs, régulièrement !

— Et qu'est-ce qu'a dit votre famille de ce qui s'est passé ?

**Rachida B.** : Ils ont dit que j'étais jeune, que j'aurais d'autres enfants, que je me consolerais. Lorsque Nadia est morte, ma mère était ici, en vacances pour une quinzaine de jours. Elle a senti ma tristesse. Elle a dit : « Elle est morte lorsque j'étais là... je vous ai porté la poisse ! »

**Le cothérapeute algérien** : — Elle a peut-être pensé au mauvais œil, plutôt qu'à « la poisse », peut-être a-t-elle dit : *el 'ein* (« l'œil »).

(au cothérapeute algérien) : — Tu penses au *'ein* ?

**Le cothérapeute algérien** : — Oui ! Parce que « l'œil » peut être jeté par des gens bien intentionnés, même par sa propre mère...<sup>18</sup>

**Rachida B.** : C'est vrai ! D'ailleurs, même notre prophète le dit : *el taïra bed'a ou el 'ein 'haq*.

**Le cothérapeute algérien** : — Qu'on pourrait traduire par *Taira* — la sorcellerie... le fait d'agir de manière malveillante — qui est une hérésie alors que « l'œil » — *el 'ein* — c'est la vérité ! » (autrement dit : il ne faut pas croire aux accusations de sorcellerie, mais l'action de l'œil est une vérité « démontrée »).

*Commentaire* : Tout au long de cette première séquence, je suis guidé par une pensée théorique qui explique sans doute l'orientation de mes questions. Malgré l'apparence « moderne » de la jeune femme, je sais qu'un malheur aussi grave que la perte d'un enfant ne peut être « contenu » que par une « étiologie traditionnelle »<sup>19</sup>. J'essaie d'introduire ces étiologies, cherchant la plus cohérente, la plus susceptible de déclencher un « insight » et cela, non pas de manière directe, mais conformément à l'usage ayant cours dans son univers par des questions chargées de sens implicites (« êtes-vous allée consulter un *cheikh* ? », « qu'a pensé votre famille ? »). Naturellement, Rachida perçoit ces arrière-fonds de ma pensée, mais soit qu'elle se refuse à être confinée à son identité algérienne, soit qu'elle revendique une « modernité » qu'elle exhibe d'ailleurs dans sa tenue et dans son aisance de parole, elle évite mes incitations. De plus, elle semble bien connaître la pensée étiologique de sa psychologue et m'y invite : elle évoque sa grande tristesse lors de la mort de Nadia (« j'ai pensé que j'avais tout perdu... »), la perplexité qui a entouré

17. Guérisseur traditionnel musulman.

18. Le très fin observateur qu'était Daumas avait déjà noté cela : « l'*ain* est un acte d'envie secrète et invincible et peut être jeté par un ami tout comme par un ennemi » (1988 : 63).

19. Au Maghreb, étiologies par « l'œil » (*el 'ein*), la sorcellerie (*s'hur*), l'attaque par les esprits (*majnana*), la poursuite d'une malédiction familiale (*tab'a*)... Pour les sources anciennes, cf. par exemple : Daumas (1988 ; éd. originale 1853) ; Doutté (1984 ; éd. originale 1908) ; pour les sources récentes, cf. Plantade (1988) ; Adohane (1992). Pour l'utilisation de ces étiologies en clinique, cf. Nathan (1988, 1989b).

la maladie, la persistance du souvenir qui évoque bien sûr une « représentation et des affects ‘‘encryptés’’ ». Ici, l'intervention du cothérapeute algérien se révèle décisive. Il évoque la représentation culturelle liée à « l'œil » et dans un même mouvement, ce qu'en Occident nous pourrions appeler des sentiments ambivalents à l'égard de la mère (« parce que ‘‘l'œil’’ peut être jeté par des gens bien intentionnés, même par sa propre mère... » dit-il). De plus, s'adressant à moi, il permet à la patiente d'intervenir sur notre interaction et non sur une apostrophe directe, dédouanant Rachida d'une certaine part de sa responsabilité de parole. Il faut enfin préciser que l'étiologie par « l'œil » est à la fois une pensée complexe et la matrice de toute une série d'actions de type « thérapeutique » — ce n'est pas seulement une herméneutique, c'est aussi (je dirais volontiers : surtout) une pragmatique. D'après cette étiologie, certains yeux<sup>20</sup> par une qualité intrinsèque émettraient une sorte de rayonnement qui pourrait atteindre les êtres « faibles » (tels les enfants) ou « les personnes mal protégées » (par exemple celles qui ne respectent pas les rituels de purification). Cette pensée est assez proche de la « sorcellerie » (*witchcraft*) bien décrite par Evans-Pritchard (1937) chez les *Azandé*, sorte de « substance de destruction », logée dans le ventre sous forme d'organe, dont le porteur ne saurait être tenu pour responsable. Au Maghreb, lorsqu'on impute un malheur ou une maladie à l'action de « l'œil », on utilise des techniques pour contre-attaquer l'organe et surtout la personne incriminée. Dans ce but, on utilise surtout le plomb fondu (*khfif*), la pierre d'alun (*chaba*) ou les œufs<sup>21</sup>. Dans tous les cas, on fait apparaître le « sorcier » par un exercice de voyance opéré sur le matériau de voyance qu'on détruit ensuite pour annihiler le pouvoir de « l'ennemi ». Il faut enfin préciser que l'accusation portée contre un tiers d'être porteur de « l'œil » ne conduit habituellement à aucune vengeance. L'essentiel du travail « thérapeutique » consiste en la résolution de l'énigme, c'est-à-dire l'identification de l'agresseur. Une fois cela accompli, le malade va généralement mieux, tout juste s'il garde quelque méfiance à l'égard du sorcier présumé<sup>22</sup>. À ce point de l'entretien, nous nous trouvons en présence de quatre « théories étiologiques » : celle de la psychologue, la théorie culturelle de « l'œil » (*el 'ein*), une théorie psychanalytique qui commence à poindre concernant l'ambivalence que pourrait éprouver Rachida envers sa mère, enfin une théorie ethnopsychanalytique d'après laquelle l'absence d'étiologie traditionnelle expliquant la mort de Nadia empêcherait la mère de « porter » correctement sa fille<sup>23</sup>. Nous allons voir que c'est loin d'être fini !

### *Deuxième séquence : el s'hur*

Le cothérapeute algérien continue à faire préciser des éléments culturels :

**Le cothérapeute algérien** : — Bien sûr, un tel malheur aurait pu être imputé à « l'œil ». Cependant, chez nous, en Kabylie, on dit qu'à la naissance, le bébé est « accompagné » par un « double » animal ou végétal et il existe toute une série de rituels complexes pour couper le cordon qui relie l'enfant à son double...

20. Les yeux de couleur claire, dit-on quelquefois...

21. Pour l'analyse du fonctionnement d'une telle procédure, cf. Nathan (1989a, 1991a).

22. Pour l'analyse détaillée de l'effet proprement thérapeutique du désorcellement, quoique dans des techniques toutes différentes, cf. Contreras et Favret-Saada (1986).

23. Pour le développement de cette théorie, cf. Moro et Nathan (1989); Moro (1991).

**Rachida B.** : Après la mort de Nadia, j'ai eu du mal à avoir un autre enfant. Je n'arrivais pas à tomber enceinte. J'ai fait des tas d'exams mais le médecin m'a dit que j'étais seulement « bloquée », que ça allait venir...

*Le médecin algérien intervient alors, évoquant avec insistance le fait qu'il s'agissait d'un « mariage consanguin ». C'est moi qui lui réponds...*

*(au médecin algérien)* : — Rachida a fait le mariage que souhaitent tous les parents, elle a épousé le fils du frère de sa mère, et non parce qu'il lui a été « conseillé » par sa famille, mais parce qu'elle en était amoureuse. Elle a en quelque sorte « combiné » dans le même acte le respect de la tradition et ses sentiments individuels... *Rachida me coupe alors :*

**Rachida B.** : Comme si j'étais double... En effet, tout le monde dans la famille était heureux de ce mariage, sauf mon grand frère, 'Hakim, qui souhaitait que je termine mes études avant de me marier.

**Le cothérapeute algérien** : — C'était trop beau...

**Le médecin algérien** *(ne renonçant pas à sa pensée étiologique)* : — Mais ça n'a pas posé des problèmes ? *(c'est à nouveau moi qui lui réponds)*

— Vous pensez bien que ça en a posé... des jalousies...

**Rachida B.** : Des jalousies... beaucoup de jalousie !

*Nous revenons au décès de Nadia. Je demande à Rachida de m'expliquer l'origine de ce prénom :*

— Vous l'avez nommée Nadia... comme qui ?

**Rachida B.** : J'avais une copine qui s'appelait Nadia...

**Le cothérapeute algérien** : — ...au lycée ?

**Rachida B.** : Oui, au lycée !

*(au cothérapeute algérien)* : — Pourquoi lui as-tu demandé si c'était au lycée ?

**Le cothérapeute algérien** : — Parce que je pense qu'elle a dû renoncer à ses études en se mariant et que peut-être, par la suite, elle en a éprouvé quelque nostalgie...

**Rachida B.** : Oui ! C'est ça, le lycée me manquait beaucoup. À Paris, j'étais tout le temps à la maison avec ma belle-mère ou bien lorsque je sortais, c'était toujours avec elle. Il faut dire qu'elle ne sait pas parler le français et que je lui servais d'interprète.

— Et votre belle-mère, comment a-t-elle réagi au décès de Nadia ?

**Rachida B.** : Je m'entends très bien avec ma belle-mère...

*C'est précisément à ce moment que la petite Hadjira qui, jusque-là, jouait avec des personnages en matière plastique, se met à sangloter. Rachida la prend dans ses bras et tente de la consoler tout en poursuivant son dialogue avec moi...*

**Rachida B.** : Mais je ne peux pas discuter avec elle... Elle est d'une autre génération... je ne sais pas si on peut vraiment discuter avec une belle-mère...

— Vous êtes rentrée au pays ?

**Rachida B.** : Seulement l'année dernière...

— Et vous y avez revu Nadia, votre amie Nadia...

**Rachida B.** : Oui, mais en revenant ici, c'était le vide... à nouveau, le vide !

— Et la belle-mère ?

*La petite Hadjira pousse maintenant des hurlements. Elle ne semble pas vraiment angoissée, ni éprouver de douleur. On dirait qu'elle jouit de l'excitation qu'elle s'inflige par ses sanglots... Rachida répond à ma question, tout en essayant de calmer la petite...*

**Rachida B.** : Ma belle-mère, elle est très gentille !

— Elle est aussi très attachée à son fils aîné, non ?

**Rachida B.** : Oui ! Elle aussi, elle a eu beaucoup de mal à avoir un second enfant. Elle a attendu sept ans. Maintenant, voilà qu'elle veut garder Hadjira chez elle ; mais je ne veux pas ! Ma belle-mère, je l'aime beaucoup. Je la respecte, ne lui réponds jamais. Une fois, je lui ai répondu un peu durement, mais j'ai tout de suite été prise de remords et suis allée l'embrasser.

— Quand avez-vous quitté la maison de vos beaux-parents ?

**Rachida B.** : Il y a deux ans et demi.

*Plusieurs cothérapeutes tentent d'évoquer à nouveau la maladie de Nadia, les circonstances de son décès. Pendant ce temps, Hadjira se contorsionne en tous sens entre les bras de sa mère en hurlant de plus belle. Je propose à Rachida de la lui prendre. J'installe l'enfant contre moi, la tête entre mes mains, les pieds touchant ma poitrine, couchée à l'envers. Elle pousse avec ses jambes contre mon ventre. Elle semble comme droguée par sa propre excitation, dans un « autre monde », je pense : « possédée » ? J'anticipe ses mouvements : lorsqu'elle s'arc-boute, je la précède, l'accompagnant de mes bras, l'empêchant de tomber. Rachida, très inquiète, ne la quitte pas des yeux, lui essuie des rejets sortant de son nez, de sa bouche. Tout en maintenant l'enfant, je demande :*

— Est-ce qu'on va finir par dire ce qui s'est passé avec la belle-mère ?

**Rachida B.** : Elle disait : « mes filles, elles vont se marier un jour, partir de la maison, mais toi tu resteras toujours auprès de moi... »

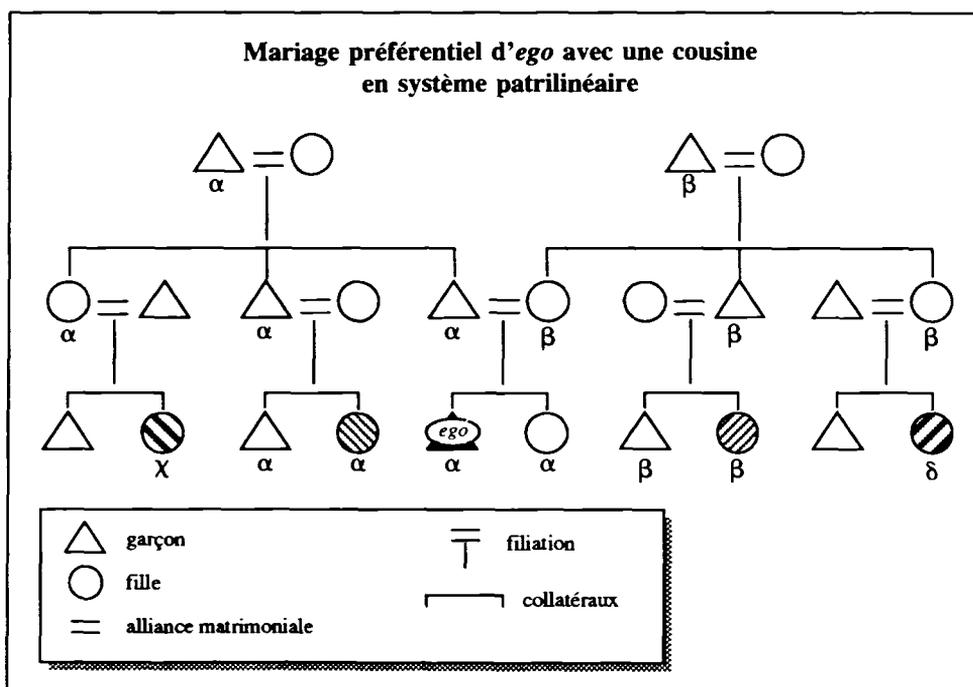
*(au groupe, tout en maintenant l'enfant, sans regarder la patiente) : — En fait, Rachida, chez sa belle-mère elle était comme « hypnotisée ». Elle ne se rendait pas compte que sa belle-mère, même si elle l'aimait comme une fille, ne souhaitait pas la voir devenir une femme, une vraie femme... ne souhaitait pas qu'elle ait d'autres enfants...*

*À ce moment précis, Hadjira se calme puis s'endort entre mes bras. Je la rends à sa mère, qui poursuit :*

**Rachida B.** : C'est vrai ! J'avais même oublié mes parents ! Je ne ressentais aucun manque, aucune nostalgie. C'est ma mère qui s'en est rendue compte. Elle m'a dit les choses de manière indirecte. Elle m'a dit : « ce n'est pas toi qui commandes... »

— Oui... Elle vous a dit : « tu n'es pas maître dans ta maison. Tu n'es pas la propriétaire de ta tête ». Votre mère est plus habile que moi... elle vous l'a dit de manière moins brutale...

*Commentaire* : Nous voyons apparaître ici une série de nouvelles étiologies. D'abord celle du cothérapeute algérien au sujet du « double » de l'enfant. Il laisse entendre que l'on n'a pas correctement « séparé » l'enfant et que c'est peut-être la raison pour laquelle Nadia vient encore rôder dans l'esprit de sa mère et dans les sanglots de sa petite sœur...<sup>24</sup> Ensuite apparaît une étiologie de type médical, biologique. Le médecin algérien évoque la consanguinité et la potentialisation du risque de voir apparaître des maladies génétiques, telles précisément que la mucoviscidose. À ce moment, j'interviens fermement en rappelant que le mariage avec le cousin croisé matrilatéral ou avec le cousin parallèle patrilatéral sont des mariages préférentiels au Maghreb, comme dans beaucoup de sociétés patrilinéaires islamiques.



(Au niveau des parents d'*ego*, les  $\beta$  ont donné une femme aux  $\alpha$  ; à la génération suivante, *ego* peut soit renouveler l'alliance en épousant, comme son père une  $\beta$  (en rayé fin), soit épouser une  $\alpha$  et garder sa descendance mâle dans le groupe des  $\alpha$  (en rayé fin). Les cousines  $\chi$  et  $\delta$  (en rayé gras) sont aussi acceptables que les deux premières mais ce sont des mariages moins culturellement valorisés).

24. Cette étiologie kabyle, également très fréquente dans de nombreux groupes d'Afrique noire, me semble trop culturellement « profonde ». Cependant, au cours de la séance, nous avons fait préciser à Rachida son origine géographique exacte et sommes parvenus à la conclusion que sa famille ne s'était « arabisée » que depuis peu.

Le cothérapeute algérien en profite pour revenir à l'étiologie privilégiant le conflit entre la modernité (choix de poursuivre des études, choix d'un prénom « occidentalisé ») et la tradition (Nadia était le nom d'une copine du lycée...). On sait déjà que Rachida s'est elle-même quelque peu installée dans cette étiologie. C'est pourquoi elle suit volontiers mon cothérapeute. Quant à moi, je persiste à vouloir inscrire Rachida dans une étiologie traditionnelle. La connaissance anthropologique des relations entre bru et belle-mère au Maghreb, généralement extrêmement ambivalentes<sup>25</sup>, la remarque de Rachida au sujet de sa belle-mère, manifestement marquée de déni (« Ma belle-mère, elle est très gentille... »), les réactions de la petite Hadjira à chaque fois qu'on évoque cette femme, tout cela m'incite à exprimer clairement une suspicion de sorcellerie à son égard. C'est ce que j'énonce à la fin de la séquence. Cette étiologie sous-entend que la belle-mère de Rachida a ensorcelé sa bru, afin qu'elle ne devînt pas une véritable mère de famille et que, restant une enfant, elle laissât son mari auprès de sa propre mère. C'est à la fin de cette séquence, lorsque Hadjira, calmée, s'endort dans les bras de sa mère que l'étiologie sorcière est véritablement établie. Quelques remarques s'imposent maintenant sur la nature de ces étiologies.

Lorsque nous avons commencé à pénétrer les finesses qu'imposait le maniement des étiologies « traditionnelles », nous avons été pris d'une sorte de vertige, tant elles constituaient un *paradoxe* permanent. En effet, à première vue, ces systèmes semblaient être des *explications* sur l'origine du mal ; c'est d'ailleurs ainsi que celles-ci étaient généralement présentées, tant par les guérisseurs que par les malades<sup>26</sup>. Mais lorsqu'on les voit à l'œuvre, on constate rapidement : 1) que ces explications sont mouvantes et bien que logiquement contradictoires entre elles, restent simultanément compatibles (par exemple « l'œil » et « l'ensorcellement » par la belle-mère) ; 2) qu'elles invitent aux questionnements généraux, aux radicales remises en question et aux revirements soudains des valences affectives (ce n'est pas le décès de Nadia, dont je n'arrive pas à me remettre, qui rend Hadjira malade, mais les maléfices de ma belle-mère que je ne soupçonnais même pas...) ; 3) constituant d'harmonieux édifices intellectuels, d'origine généralement mythique, elles offrent une « prime de plaisir » à l'intelligence et détournent l'attention du sujet des vérités psychodynamiques qu'il est en train d'énoncer ou de vivre (ainsi Rachida est-elle détournée de son « ambivalence envers les objets maternels » pour fixer son attention sur la cohérence des événements qui la conduisent jusqu'à l'imputation de sorcellerie) ; 4) elles favorisent l'émergence d'un processus de *création*, une sorte d'« eureka ! » qui constituera par la suite un véritable moment inaugural dans la vie du sujet<sup>27</sup> ; 5) elles extirpent le sujet de sa solitude et le font participer à une véritable construction collective, œuvre de la famille, du village, du groupe ethnique tout entier — ici : du groupe thérapeutique ; 6) une fois ces étiologies installées et fonctionnelles, elles permettent au sujet de développer ses propres associations d'idées et de parvenir à des élaborations intrapsychiques décisives. C'est ce que nous allons voir dans les séquences suivantes.

25. Cf. Plantade (1988).

26. Et aussi d'ailleurs, tout au moins jusqu'à présent, par les anthropologues. Voir le numéro spécial de *L'ethnographie*, intitulé *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*.

27. On en verra un exemple frappant à la fin de l'entretien...

**Troisième séquence : el 'hadra**

*Je demande d'abord à mon cothérapeute algérien comment une belle-mère peut ainsi tenir sa bru sous sa dépendance, sans que cette dernière ne se doute de rien. Il me répond :*

**Le cothérapeute algérien :** — heu... en l'envoûtant...

— Envoûter... qu'est-ce que c'est ? Ce n'est pas un mot arabe. Je ne sais pas ce que ça veut dire... envoûter...

**Rachida B. :** Il veut peut-être parler de *s'hur* ?

— *S'hur*, c'est quelque chose qu'on fait manger...

**Rachida B. (après un moment d'hésitation) :** Ma belle-mère ne veut jamais venir manger chez nous, alors que nous, nous allons toujours manger chez eux, plusieurs fois par semaine...

*Puis, le cothérapeute algérien reprend la ronde des étiologies :*

**Le cothérapeute algérien :** — Lorsque je regardais Hadjira se contorsionner en tous sens, crier, s'arc-bouter, j'ai pensé : « on dirait une *'hadra* »<sup>28</sup> [une transe de possession].

**Rachida B. :** Vous voulez dire *'hadra*... comme dans *ta'ht el 'hadra* (« tomber en transe ») ?

**Le cothérapeute algérien :** — Oui, c'est de ça que je voulais parler !

— Vous connaissez la *'hadra* ? Vous en avez déjà vu ?

**Rachida B. :** Quand quelqu'un est pris par la musique et tourne, tourne sans arrêt... qu'il perd la tête et... tombe par terre ? Oui, j'ai déjà assisté à ça, lors d'un mariage...

— Pour Hadjira, vous n'avez pas choisi un prénom occidental. Pourquoi l'avez-vous appelée ainsi ?

**Rachida B. :** Ce n'est pas moi qui ai choisi le prénom, mais sa tante Djohar, la sœur de mon mari. D'ailleurs, je ne voulais pas choisir le prénom parce que la première fois... pour ma première fille... c'était moi qui l'avais choisi... D'ailleurs le prénom Nadia ne plaisait pas à mon beau-père...

— Vous vous entendez bien avec cette belle-sœur ?

**Rachida B. :** Très bien !

— Vous vous entendez bien avec tout le monde, vous... Mais il vous arrive d'être en colère dans le secret de votre cœur...

**Rachida B. :** Oui...

— Contre votre belle-mère ?

**Rachida B. :** Non ! Contre Djohar, ma belle-sœur !

*Rachida évoque les petites vexations que lui fait sa belle-sœur. Puis, à nouveau plusieurs cothérapeutes interviennent pour évoquer le décès de Nadia. Un*

28. *'hadra* = rendre présent (l'esprit, le *djinn*, par les manifestations du corps du « possédé »).

*peu agacé de voir revenir à la rescousse cette première étiologie, j'éprouve la nécessité d'expliquer à Rachida la raison de leur insistance. Je lui dis :*

— Mes collègues, ils pensent que comme Nadia est morte, peut-être Hadjira a-t-elle peur de mourir aussi. Peut-être est-ce pour cette raison qu'elle fait ses crises au moment de s'endormir. Ils pensent : « peut-être a-t-elle peur de ne pas se réveiller ? » Mais je ne suis pas sûr qu'ils ont raison parce que, tout à l'heure, c'est lorsque nous avons parlé de votre belle-mère que Hadjira s'est calmée...

**Rachida B.** : Oui ! C'est étrange...

— Votre mère a aussi perdu un enfant ?

**Rachida B.** : Oui ! Mon frère, celui qui était juste « devant moi ». Il était malade. Lorsqu'il avait deux ans, alors qu'il jouait seul dehors, l'abreuvoir des animaux lui est tombé sur le dos. Vous savez comment c'était en Algérie : il n'y avait pas de médecins... Après, il est resté bossu. Puis, son état s'est mis à empirer. Il ne parvenait ni à s'asseoir ni à se tenir debout. Il fallait qu'il se mette à genoux pour lire ou pour écrire. Mais il était très intelligent, toujours premier en classe. Ma mère ne savait que faire. Mon père, qui avait été prisonnier de guerre en 40, était revenu tuberculeux. Ensuite, il a été très malade. Il est longtemps resté absent de la maison. Alors, ma mère a envoyé mon frère en France, à Lyon, à l'hôpital. C'est son frère — justement le père de mon mari — qui s'occupait de lui, qui allait lui rendre visite à l'hôpital. C'est pourquoi elle me dit toujours : « ce frère, avec ce qu'il a fait pour mon fils, je lui dois tout ! » Au bout de six mois, on a reçu un télégramme. Mon frère était mort. Il s'appelait 'Hourî... Vous savez ce que ça veut dire ?

— Oui ! Ça veut dire « libre ».

**Rachida B.** : C'est parce qu'il est né en 62, à l'indépendance... J'ai perdu beaucoup de monde : mon grand-père en 74, mon frère en 79, une cousine en 80, Nadia en 84... C'est pour ça que j'ai peur de la mort...

— Il vaut mieux être prisonnier que mort...

**Rachida B.** : On peut être prisonnier de beaucoup de choses... de la tradition, par exemple...

— Après la mort de 'Hourî, quelqu'un a-t-il dit quelque chose à votre mère ?... Pour lui expliquer ce qui était arrivé...

**Rachida B.** : ...je ne sais pas...

— Votre mère, elle avait des problèmes avec sa belle-mère ?

**Rachida B.** : Oui ! (*rires de soulagement dans l'assistance...*) C'était souvent comme ça dans l'ancien temps.

— Peut-être que ça a seulement changé de forme... (*au groupe de cothérapeutes*) Que peut-on faire pour que Rachida se souvienne qu'une belle-mère reste une belle-mère. Si sa mère était en France, auprès d'elle, c'est certainement elle qui le lui rappellerait...

*Suivent de petites discussions « entre femmes » où l'on compare les bienfaits respectifs de la tradition et de la modernité puis :*

**Rachida B.** : Mais dans tout ça, et le beau-père ?

*La cothérapeute algérienne, migrante de seconde génération*<sup>29</sup>, prend alors la parole : — On ne sait pas qui c'est : un oncle... un beau-père... un père ?

**Rachida B.** : C'est plus qu'un père ! Par exemple, je ne peux pas aller chez lui en pantalon. Je le respecte trop. Lorsque je marche dans la rue, je regarde derrière moi, comme si j'avais peur qu'il soit là, à me regarder...

*Commentaire* : Au début de la séquence, je commence par préciser l'étiologie traditionnelle que l'on a explicitée à la séquence précédente, j'insiste pour qu'elle soit énoncée dans la langue de la patiente. C'est d'ailleurs elle-même qui le fait, rebondissant à nouveau au moment de l'interaction entre le cothérapeute algérien<sup>30</sup> et moi. Le *s'hur* désigne à la fois une action de sorcellerie et un objet par l'entremise duquel le « sorcier » parvient à ses fins. Ce peut être un objet déposé dans un endroit déterminé : sur le seuil de la maison de la victime<sup>31</sup>, dissimulé sous son lit ou enseveli sous le chemin qu'il empruntera nécessairement, enterré dans un cimetière<sup>32</sup>, accroché à un arbre dans un endroit désert, utilisé en fumigations ou mêlé à la nourriture. Dans tous les cas, le *s'hur* possède un certain nombre de caractéristiques : 1) il s'agit d'un objet manufacturé et composite — comme les plats cuisinés ou les objets d'industrie, mais dont on ne peut percevoir immédiatement la fonction ; 2) on y retrouve des éléments provenant d'univers hétérogènes — monde animal, végétal, minéral ; 3) les éléments composant ces objets sont a) soit sans fonction dans la culture considérée — cailloux, excréments, « mauvaises herbes », peaux de batraciens... b) soit utilisés dans des fonctions non conformes à l'usage — par exemple : lettres de l'alphabet considérées comme des « choses » et non comme des signes<sup>33</sup> ; 4) et, ce point est crucial : assemblés dans une même enveloppe. D'un certain point de vue, ces objets sont des « anti-objets » puisqu'ils possèdent une sorte de valence négative<sup>34</sup>, mais d'un autre point de vue, étant par nature *innommables*, on ne doit surtout pas les confondre avec des objets « symboliques ». Ce sont au contraire des *objets-objets*<sup>35</sup>, des « objets parfaits », systématiquement vidés de tout ce qui pourrait provenir du monde de la parole ; 5) souvent, leur existence est seulement supputée mais quelquefois, on les retrouve, réellement fabriqués selon les caractéristiques évoquées ; 6) leur « efficacité » est incontestable : il reste cependant à expliciter leur mode de fonctionnement, autrement dit les chemins par lesquels ils agissent sur la psyché du sujet<sup>36</sup>.

29. À peu près de l'âge de la patiente, l'air « moderne », comme elle...

30. Cette forme de discours, indirect, partant de la parole *sur* le patient et non de la parole *du* patient, mériterait une analyse beaucoup plus approfondie.

31. On peut lire la description détaillée d'un cas dans Nathan (1989a).

32. Des exemples en sont donnés dans Adohane (1989).

33. Les objets *s'hur* utilisent souvent des versets dévoyés du *Coran*, écrits avec une encre particulière, puis dilués dans l'eau et mélangés à d'autres éléments.

34. Soit du fait de l'association d'éléments de l'« envers culturel », soit du fait qu'ils contiennent de la « substance de mort ». Liant des composantes hétéroclites, ces objets sont toujours des « opérateurs » de *déliasion*.

35. En psychanalyse, on pourrait dire une représentation de chose à laquelle on aurait adjoint une autre représentation de chose à la place d'une représentation de mot.

36. À ce propos, on peut consulter le cahier n° 8 de *Systèmes de pensée en Afrique noire : Fétiches, objets enchantés, mots réalisés*, et le n° 16 de la *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie : Objets, charmes et sorts*, et bien sûr le fameux texte de Mauss sur la magie (1902), notamment dans sa discussion de la notion de *Mana*.

À ce moment de l'entretien, je suis persuadé de disposer, avec l'étiologie par le *s'hur*, du levier qui parviendra à inscrire Rachida dans un véritable procès d'élaboration. On verra que je n'avais que partiellement raison.

Mais mon cothérapeute algérien, s'appuyant sur les manifestations physiques de Hadjira, introduit une nouvelle étiologie, très fréquente dans les pays du Maghreb, plus particulièrement chez les femmes, notamment lorsqu'elles sont, comme Rachida, « entre deux mondes » (modernité et tradition). D'après cette étiologie, des êtres surnaturels — la plupart du temps, des *djinns* — s'emparent du corps et du fonctionnement psychique de la personne afin d'obtenir quelque chose des humains : une offrande, un sacrifice, un autel. Certains *talebs* (guérisseurs versés dans la connaissance des textes sacrés) ou certains *sa'har* (sorciers) peuvent utiliser les *djinns* comme « esprits auxiliaires », leur demandant de leur révéler la face cachée des choses ou même d'agresser certaines personnes. Ainsi peut-on également être « possédé » parce qu'on s'est fait « expédier »<sup>37</sup> des esprits par des personnes malveillantes. Quoiqu'ils vivent dans « le monde de l'envers » — la nuit, le désert, la forêt, la brousse, les ordures, les ruines, les canalisations d'égout — les *djinns* sont à l'image des humains : il en existe des mâles, des femelles ; ils se reproduisent de manière sexuelle<sup>38</sup>. Tout comme les humains, ils peuvent avoir une religion. Les musulmans sont les moins dangereux des *djinns* parce qu'on peut facilement « négocier » avec eux au nom d'Allah. Les chrétiens sont plus difficiles, mais moins que les juifs. Quant aux *djinns* païens (*kafrin*), ce sont les plus craints, car les moins sensibles aux « arguments » des humains et les plus violents de tous. Le diagnostic d'existence d'un *djinn* « *kafar* » (païen) est souvent un aveu d'impuissance de la part du guérisseur et signale une grave inquiétude pour la vie du malade. Lorsqu'une femme est « possédée » par un *djinn*, elle manifeste une lassitude, un laisser-aller, un refus des relations sociales — mutisme, apathie, aboulie —, un désintérêt pour la vie sexuelle, une permanente mauvaise humeur, autant de signes que l'on aurait tendance, en Occident, à classer dans la série dépressive. Mais lors de la *'hadra* (transe), elle basculera dans un comportement radicalement opposé, apostrophant les uns et les autres, exhibant des attitudes clairement sexuelles, parlant sans arrêt, révélant le caché et même prédisant l'avenir. C'est l'alternance entre ces deux attitudes opposées qui constitue le syndrome « possession »<sup>39</sup>. Les deux facettes de Hadjira, tantôt jouant tranquillement, semblant ne porter aucune attention au discours des adultes, tantôt se déchaînant dans une crise incompréhensible, entreraient facilement dans une telle description. Ce qui rejoindrait d'ailleurs une remarque adjacente de Rachida au début de la première séquence, mais la concernant elle : « je suis double... », car les « possédées » sont par nature des êtres « doubles ».

Cette étiologie, comme la précédente, celle du *s'hur*, semble déclencher chez Rachida un discours de type « associatif », lui permettant d'évoquer des histoires

37. On utilise ce mot surtout aux Antilles, précisément pour désigner les « esprits » qu'on adresse à la personne que l'on veut attaquer. De là sans doute l'importance pour les Antillais, tout comme pour les Réunionnais, de « Saint-Expédit ».

38. Selon quelques sources, à l'image de certaines représentations de Dieu dans la *kabbale*, de manière hermaphrodite, avec un pénis sur une cuisse et une vulve sur l'autre.

39. Pour une analyse détaillée de ce fonctionnement, voir Nathan (1986) ; Zempleni (1987).

du passé. Mais le groupe revient une nouvelle fois sur l'étiologie « psychologique », celle qui met en scène Nadia, la morte encryptée, qui vient persécuter les vivantes (Rachida et sa mère). J'explicite alors à Rachida l'étiologie de mes collègues : « Ils pensent que comme Nadia est morte, peut-être Hadjira a-t-elle peur de mourir aussi. Peut-être est-ce pour cette raison qu'elle fait ses crises au moment de s'endormir... » Dans un tel dispositif, il est toujours possible de faire expliciter par un autre son « étiologie implicite », annulant quelque peu le « traumatisme initial » de l'installation du cadre thérapeutique sur lequel Ferenczi est si souvent venu buter. En effet, dans toute technique thérapeutique, il existe un paradoxe : le cadre a été installé selon une conception théorique qui est le seul objet du thérapeute. On peut ensuite prétendre laisser toute liberté au malade, l'inciter à exprimer son « transfert négatif », rien ne parviendra à le convaincre que notre demande n'est pas « hypocrite »<sup>40</sup>. Dans le dispositif ethnopsychanalytique en revanche, la ronde des étiologies de chacun permet toujours de ramener une pensée apparemment « théorique » aux singularités de son énonciateur (un tel dit ceci parce qu'il est béninois, un tel parce qu'il est psychiatre, etc.).

Lorsque je nous sens à nouveau empêtrés dans nos références « psychologiques », je décide d'utiliser une autre étiologie ayant cours au Maghreb, une étiologie transgénérationnelle selon laquelle les singularités de la souffrance d'une personne sont indescriptibles à partir de sa seule vie personnelle, et selon laquelle il est nécessaire d'en faire remonter l'origine aux générations précédentes. C'est pourquoi je demande à brûle-pourpoint à Rachida : « Votre mère a aussi perdu un enfant ? » C'est à ce moment que tombe une part conséquente de la façade, permettant tout un jeu de nouvelles séries associatives. Après la révélation de la mort de 'Houri, nous pensons : « ce n'est pas Rachida qui a été "envoûtée", mais sa propre mère, à la génération précédente, et probablement par sa belle-mère » ; la conséquence de cette attaque sorcière ayant aussi abouti, à la génération précédente, à la mort d'un enfant. Le lien mimétique que l'ensemble du groupe voulait instaurer entre Rachida et sa fille est déplacé sur un autre lien, lui aussi mimétique, entre Rachida et sa mère. D'ailleurs, lorsqu'il s'agit de sa mère, Rachida parvient à penser l'intensité de l'ambivalence entre bru et belle-mère (« — Votre mère, elle avait des problèmes avec sa belle-mère ? — Oui ! C'était souvent comme ça dans l'ancien temps... »). Enfin, ce ne serait pas la petite Hadjira qui serait jalouse d'une « grande-petite sœur » trop tôt décédée, mais bien Rachida, d'avoir vu son frère tomber malade, à l'âge de deux ans, à sa naissance, puis partir en France, pour y disparaître à jamais.

Dans l'enchevêtrement de cette séquence, nous parvenons à saisir un peu de la complexe subtilité de l'organisation inconsciente de Rachida. Elle joue sur une mince frontière entre soumission et autonomie, avec sa mère, avec sa belle-mère, avec sa fille. Rachida semble avoir une vocation de « conciliatrice », ou peut-être de « copule de liaison ». D'ailleurs, à la fin de la séquence, apparaît en filigrane l'idée selon laquelle Rachida aurait pu être offerte à son frère par sa mère, pour le dédommager de la peine qu'il prit autrefois à soigner 'Houri, son neveu malade. Ce

40. Cf. Ferenczi (1927).

qui expliquerait sa peur de la mort (« J'ai perdu beaucoup de monde : mon grand-père en 74, mon frère en 79, une cousine en 80, Nadia en 84... C'est pour ça que j'ai peur de la mort... »).

Pour résumer, notons qu'à la fin de cette séquence, nous nous trouvons désormais avec plus d'une dizaine d'étiologies, partagées implicitement, seulement évoquées par des sortes de sous-entendus et mobilisées qui par des cothérapeutes, qui par la patiente, qui par moi-même. Cette situation a un double avantage : elle permet de laisser apparaître clairement les stratégies d'influence de chacun des membres du groupe thérapeutique, de les rendre explicites à la patiente<sup>41</sup> ; mais un groupe est ainsi fait qu'après avoir repéré (ou provoqué) un morcellement, il fait toujours pression vers un regroupement dynamique. C'est ce qui va se passer dans la dernière séquence.

#### *Quatrième séquence : el 'hijab*

*Rachida poursuit l'évocation de sa perception de son beau-père...*

**Rachida B.** : Mon père il est gentil (*latif*, c'est-à-dire beau, gentil, « mignon »). Je ne le crains pas, mais mon beau-père... Je ne comprends pas pourquoi je le crains autant...

(à la cothérapeute algérienne) : — Après avoir compris ce qu'était une belle-mère, peut-être Rachida nous demande-t-elle maintenant comment remettre son beau-père « à sa place » ?

*Suit à nouveau une assez longue digression sur les modifications « réelles » ou « apparentes » des rapports de parenté dans l'Algérie contemporaine. Je dois m'absenter quelques instants de la salle de consultation. À mon retour, Rachida reprend :*

**Rachida B.** : Il faut tout de même que je vous dise quelque chose : lors de mon dernier retour au pays, mon frère aîné, 'Hakim, il m'a fait une sorte de '*hadra* (transe). Pas une '*hadra* avec les tambours, non ! En lisant le Coran<sup>42</sup> ! C'est un vieux qui lui a transmis ce... don... ce pouvoir. Mon frère est très pieux ; c'est un militaire ; il est officier dans l'armée. Il m'a dit : « viens, on va essayer. Peut-être que tu en ressentiras un soulagement ?... »

— Tous seuls, tous les deux ?

**Rachida B.** : Oui ! Oui, on était seulement tous les deux. Il a lu le même verset du Coran, sans s'arrêter jusqu'à ce que la tête me tourne. Et je me suis endormie. Et j'ai parlé pendant mon sommeil. Au réveil, je ne me souvenais plus de ce que j'avais dit ; c'est lui qui m'a raconté. Il m'a demandé : « vois-tu quelqu'un ? » J'ai répondu : « je vois une femme, avec son *lé'haf* (voile traditionnel). Je ne peux pas distinguer son visage ». Il m'a dit : « retire-lui son *lé'haf* ! » C'est ce que j'ai fait. Et je l'ai reconnue. C'était ma grand-mère Djohar... c'est la sœur de mon grand-père paternel. Il m'a demandé : « la vois-tu ? Qui est-ce ? » Je lui ai dit : « c'est ma

41. Et aussi aux besoins de la recherche...

42. Là, Rachida évoque les rituels de possession qui sont l'œuvre de « congrégations thérapeutiques », le plus souvent constituées de Noirs : les *Gnawas*. Voir à ce sujet Lheimeur (1989).

grand-mère Djohar ; mais elle est accompagnée par une autre femme plus jeune ». Il m'a encouragée jusqu'à ce que j'aperçoive le visage de la seconde femme. Et c'était une tante : la femme d'un deuxième frère de ma mère. Alors, il m'a dit : « on t'a fait un *s'hur*. Et c'était le jour de ton mariage ! C'est à l'initiative de cette tante qui voulait marier Fatima, sa propre fille, à Tarik, ton mari. C'est par jalousie qu'elle a fait ça ». Et puis, je me suis mise à vomir. J'ai vomi sans arrêt. Vous ne me croirez pas, mais j'ai rempli comme ça deux pleines bassines.

— Ce que vous avez vomi, c'était noir ?

**Rachida B.** : Non ! Ça faisait bien trop longtemps qu'on m'avait empoisonnée...

*Lorsqu'elle évoque ce récit, Rachida est extrêmement émue, prête à s'évanouir à nouveau. Durant ce temps, Hadjira dort profondément entre ses bras. Je pense : lorsqu'une étiologie traditionnelle « porte » efficacement la mère, la mère soutient efficacement son bébé. C'est pourquoi il me semble que la séance vient d'aboutir. Je décide de conclure.*

— Si j'étais vous, je demanderais à mon frère 'Hakim de me faire fabriquer un 'herz, au pays, et de me l'envoyer...

**Rachida B.** : Un 'herz, vous voulez dire un 'hijab<sup>43</sup> ?

— Oui, c'est ça ! Un 'hijab.

**Rachida B.** : Non, je ne ferai pas ça ; je n'y crois pas ! (*un moment de réflexion...*) Heureusement que mon mari n'est pas venu avec moi. Je n'aurais jamais pu raconter toutes ces choses devant lui... (*s'adressant au cothérapeute algérien et parlant de moi*)... il parle sérieusement ? Il veut réellement que je me procure un 'hijab ?

**Le cothérapeute algérien** : — Je pense qu'il parle sérieusement...

**Rachida B.** : heu... heu... Je peux essayer de le faire... !

*Commentaire* : Une fois toutes les étiologies mobilisées dans le cours de la séance, Rachida peut « lâcher le morceau ». Certes, nous pourrions remarquer que les premières propositions que nous lui avons faites au début de séance, à savoir l'attaque sorcière, l'empoisonnement par le *s'hur*, la possession (*'hadra*), la « jalousie » éprouvée à l'encontre de son mariage (« c'était trop beau... »), les éléments transgénérationnels étaient tous présents dans son « expérience » avec son frère. Ici, il est nécessaire de clarifier un nouveau point : Rachida prend bien soin de nous préciser qu'elle n'a pas fait une *'hadra* « avec les tambours » (rituel de possession confinant au « paganisme »), mais un autre type de *'hadra*, de nature plus mystique : un *dikr*. Ce type d'expériences est d'origine *soufie*<sup>44</sup>. Ces expériences sont normalement réservées à ceux que l'étude des textes sacrés dans la solitude et le recueillement (*Khalwa*) a rapprochés de Dieu<sup>45</sup>. Le *dikr* consiste à répéter soit le crédo musulman, soit la liste des quatre-vingt-dix-neuf attributs de

43. Littéralement : « enveloppe », « voile », « hymen ». Désigne généralement une protection, une amulette.

44. Mystique musulmane ressemblant beaucoup à (et d'ailleurs contemporaine de) la *kabbale* juive.

45. Sur la distinction entre possession païenne et possession divine, voir, par exemple, Heusch (1971).

Dieu, soit certains versets du Coran, inlassablement, et selon un rythme déterminé jusqu'à déclencher une « extase ». Dans ce cas, on n'est pas « possédé » par un être surnaturel de type *djinn* mais, à l'exemple du prophète, par Dieu lui-même. C'est sans doute la raison pour laquelle Rachida explique que son frère est « très pieux » et qu'il s'agit d'un militaire — gage pour elle du sérieux et de la conformité religieuse de ses pratiques. Ces « extases » sont réputées « dangereuses », susceptibles de faire sombrer dans la folie, seulement destinées à un rapprochement vers Dieu et non à une exploitation profane. C'est pourquoi je m'étonne ouvertement : « tous seuls, tous les deux ? »

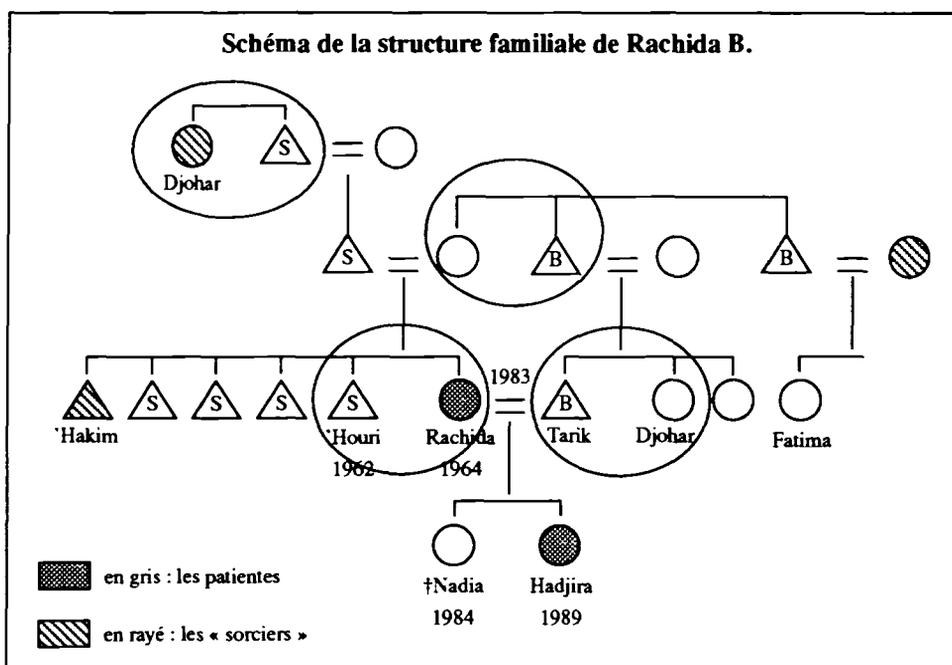
Je dois dire que la construction étiologique trouvée par Rachida et son frère 'Hakim est beaucoup plus subtile que celle que nous avons proposée : elle aussi déplace le conflit entre la petite Hadjira et sa mère et l'organise dans de grands systèmes culturels. Elle reconnaît les mêmes éléments étiologiques que nous avons dégagés de la séance (*'ein*, *s'hur*, *'hadra*), mais les projette dans le passé, deux générations plus haut (la grand-mère Djohar, la sœur du grand-père paternel) et à l'extrémité de la cohérence familiale (« la femme d'un autre frère de ma mère »). Enfin, elle situe explicitement le noyau conflictuel au sein du couple frère-sœur : 1) entre la mère de Rachida et ses frères ; 2) entre le mari de Rachida, Tarik, et sa sœur Djohar ; 3) tout comme entre le grand-père paternel et sa sœur, aussi nommée Djohar ; 4) entre Rachida et 'Houri, son frère décédé ; 5) dans la situation « thérapeutique » enfin, qui associe à nouveau un frère à une sœur.

Ma proposition finale de faire fabriquer un *'hijab* qui, comme le *s'hur*, est composé d'un assemblage d'éléments hétérogènes, reprend et valide tant le travail thérapeutique accompli durant la séance d'ethnopsychanalyse que celui amorcé par Rachida en association avec son frère 'Hakim. Car dans l'un et l'autre cas, on procède en « fractionnant » la symptomatologie en éléments discrets et hétérogènes (dans la séance : on peut compter jusqu'à quatorze étiologies<sup>46</sup>) jusqu'au moment où il est nécessaire d'opérer un « regroupement » — par exemple sous forme d'un récit étiologique étayant sa validité sur le bouleversement provoqué par l'extase (« on t'a fait un *s'hur*. Et c'était le jour de ton mariage ! C'est à l'initiative de cette tante qui voulait marier Fatima, sa propre fille, à Tarik, ton mari. C'est par jalousie qu'elle a fait ça »)<sup>47</sup>. Mais ce même regroupement peut se retrouver dans la prescription du *'hijab* qui réunit dans la même enveloppe des éléments provenant d'univers hétérogènes<sup>48</sup>.

46. Suivant leur ordre d'apparition : 1) pathologie de l'enfant par absence d'élaboration du deuil de la mère, 2) par le *'ein*, 3) par l'étiologie ethnopsychanalytique de l'absence de contenant culturel, 4) ambivalence envers les objets maternels, 5) par « le double » du bébé, 6) étiologie de nature biologique par la « consanguinité », 7) par l'opposition modernité/tradition, 8) par le *s'hur*, 9) par la *'hadra*, 10) étiologie transgénérationnelle, 11) par l'opposition prison/autonomie, 12) étiologie par l'attaque des personnages masculins de la matrilinéarité, 13) étiologie par les contraintes au mariage, 14) enfin — et peut-être surtout — étiologie par la nécessité du regroupement de toutes les étiologies.

47. Remarquons qu'à ce moment on se meut dans « l'univers du vrai ». Lorsque je demande à Rachida si les matières qu'elle a vomies étaient noires (ayant absorbé de « l'anti-nourriture » — *s'hur* — elle devrait rejeter par le haut quelque chose qui doit être associé à des excréments — du « noir »), elle répondra que le poison était trop vieux pour avoir encore conservé sa couleur.

48. Sur les logiques déclenchées par les prescriptions thérapeutiques en médecine traditionnelle, voir Nathan (1991b).



## Conclusions

- En sortant de la séance, Rachida s'étonna auprès de sa psychologue de mon insistance à se procurer un *'hijab*. Elle finit, quinze jours plus tard, par accéder à ma proposition et se fit adresser l'amulette par son frère. Après cette séance, Hadjira ne fit plus jamais une seule crise de sanglots.

- Tout au long de l'analyse de cette séance thérapeutique, on est frappé du fait que chaque proposition de l'un des thérapeutes est profondément articulée sur une pensée théorique complexe, faisant partie de son « être ». Le fait que tous les thérapeutes ne partagent pas les mêmes implicites culturels fait vivement ressortir l'importance de ces « théories implicites » — ici appelées « étiologies » — dans le déclenchement de l'interaction thérapeutique.

- On constate également que la patiente ne réagit pas au contenu de « l'interprétation » et à son hypothétique « vérité », mais la plupart du temps aux implicites théoriques qu'elle véhicule, soit pour leur en opposer d'autres, soit pour les illustrer. Tout se passe comme si elle mesurait intérieurement la capacité de cette théorie à rendre compte de l'ensemble de son histoire, comme s'il s'agissait d'un « jeu » où il fallait à chaque fois regrouper le plus grand nombre d'éléments discrets au sein d'une seule pensée. En fait, d'un point de vue logique, la patiente se comporte comme un joueur de scrabble qui disposerait d'une série de lettres et essaierait à chaque fois d'en inclure le maximum dans une proposition de mot que lui ferait un « souffleur ».

- Il semble qu'un tel mécanisme soit également à l'œuvre dans des séances de psychanalyse et de psychothérapie d'inspiration psychanalytique. Mais ce type de dispositif ne comportant aucun témoin, il est totalement impossible de mettre en évidence l'importance des implicites « théoriques » du thérapeute. De ce fait, la réaction du patient à ces implicites est généralement présentée comme une production spontanée — une « association d'idées ».

- L'effet thérapeutique du dispositif ethnopsychanalytique semble provenir, outre de « l'empathie », de la sensation d'« être compris dans sa langue », de la possibilité d'évoquer, même de revivre sa « nostalgie », etc., d'une capacité spécifique de fragmenter la représentation du patient, par l'effet de la multiplicité des étiologies mises en présence et de proposer une réorganisation d'un nouveau type des éléments apparus. Il semble que ce n'est pas la reconnaissance de telle ou telle problématique, mais la capacité à regrouper dans une nouvelle combinaison le plus grand nombre de problématiques perçues qui constitue le moteur thérapeutique le plus puissant.

- Si cette hypothèse s'avérait vraie, les techniques thérapeutiques pourraient toutes être comparables entre elles puisque leur capacité « explicative » — leur richesse étiologique — devrait alors être considérée comme un simple « outil de déstabilisation », un levier destiné à démonter la « fabrication » spontanée du patient. Car rien ne démonte plus l'autre que la conviction qu'il existe un « lieu » où son existence prend un sens, « lieu » dont il est exclu.

- Revenons, pour conclure, à la clinique ethnopsychanalytique. Il résulte de tout ce qui a été démontré que si nous voulons avoir des relations cliniques réellement psychothérapeutiques avec des migrants originaires de cultures non occidentales, il nous faut d'abord inverser le postulat inauguré par Freud et généralement admis par les psychanalystes, sans discussion depuis<sup>49</sup>, selon lequel seule la psychanalyse travaillerait de manière pure, vierge de toute *sédution*, de toute *emprise*, de toute volonté de *suggestion* alors que les autres psychothérapies seraient chacune un amalgame singulier de matière pure (transfert et analyse du transfert) et de vulgaire suggestion<sup>50</sup>. Il m'est aujourd'hui parfaitement clair que les thérapies traditionnelles n'ont rien à voir avec l'hypnose<sup>51</sup>. Je crois avoir montré qu'il était bien plus fécond de partir du postulat selon lequel toutes les thérapies traditionnelles seraient des entreprises : 1) rationnelles — même si leur rationalité ne saute pas aux yeux ; 2) efficaces ; 3) susceptibles d'investigations approfondies.

49. Sauf peut-être par Róheim quoique ce point ne soit pas dénué d'ambiguïtés dans son œuvre.

50. Je dois dire que je n'ai jamais vraiment compris l'usage que faisaient les psychanalystes de la notion de suggestion. Est-ce encore de la suggestion post-hypnotique dont Freud conservait un souvenir cuisant — alors plus personne, ou presque, n'utilise de tels procédés, simplement parce qu'ils sont en règle générale voués à l'échec. Ou bien est-ce d'une volonté de modifier le patient dans une certaine direction, alors tout thérapeute — je dirais même : surtout s'il est psychanalyste — utilise diverses formes de suggestion. Une dernière question impertinente : la suggestion est-elle « mauvaise » parce qu'elle est inefficace ou parce qu'elle est immorale — et donc efficace ? Je proposerais volontiers que ceux qui utilisent tant cette notion se mettent au travail pour démontrer une fois pour toutes la nature et les effets de la suggestion.

51. Qui, d'ailleurs, n'a rien à voir avec la médecine ! On est bien plus hypnotisé par la Médecine que par un médecin...

## Références

ADOHANE T.

1989 « Le nourrisson médusé : notes de recherche ethnopsychiatrique ». *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 13 : 183-204.

1992 *Mélanges étiologiques et syncrétismes thérapeutiques. Approche ethnopsychiatrique des processus à l'œuvre dans les systèmes étiologiques traditionnels au Maroc*. Thèse de doctorat en anthropologie, Université de Paris VII.

BLANCHET A., P. Cocchi, F. Doukhi et T. Nathan

1991 « Interactions thérapeute-patient dans une thérapie ethnopsychanalytique », *Psychologie Française*, 36, 4 : 323-330.

BLANCHET A. et T. Nathan

1991 « La contrainte de la case vide. Capacités thérapeutiques de l'analogie dans la psychothérapie spécifique des migrants », in A. Yahyaoui (dir.), *Corps, espace-temps et traces de l'exil*. Grenoble : La Pensée Sauvage.

BLEGER J.

1979 « Psychanalyse du cadre psychanalytique » : 255-274, in R. Kaës (dir.), *Crise, rupture et dépassement*. Paris : Dunod.

CONTRERAS J. et J. Favret-Saada

1986 « L'embrayeur de violence. Quelques mécanismes thérapeutiques du désorcellement », in O. Mannoni (dir.), *Le moi et l'autre*. Paris : Albin Michel.

DAUMAS E.

1988 *Mœurs et coutumes de l'Algérie*. Paris : Sindbad (éd. originale 1853).

DONNET J.-L.

1973 « Le divan bien tempéré », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 8 : 23-49.

DOUTTÉ E.

1984 *Magie et religion dans l'Afrique du Nord*. Paris : Maisonneuve et Geuthner (éd. originale 1908).

EVANS-PRITCHARD E.E.

1937 *Sorcellerie, oracle et magie chez les Azandé*. Paris : Gallimard (traduction française 1972).

EYSENCK H.J.

1952 « The Effects of Psychotherapy : an Evaluation », *J. Consul. Psychol.*, 16 : 319-324.

FERENCZI S.

1927 « La confusion des langues entre parents et enfants », in *Œuvres complètes*, tome 4, Paris, Payot.

1985 *Journal clinique* (éd. originale 1932, publication posthume). Paris : Payot.

GÉRIN P.

1984 *L'évaluation des psychothérapies*. Paris : Presses Universitaires de France.

GLOVER E.D.

1955 *Technique de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France.

## HERMAN P.

- 1984 « Idéologies et modèles en psychothérapie », *Psychothérapies*, 24 : 193-220.  
 1986 « L'évaluation des effets des psychothérapies », *Confrontations psychiatriques*, 26 : 247-290.

## HEUSCH L. (de)

- 1971 *Pourquoi l'épouser et autres essais*. Paris : Gallimard.

## JACQUES F.

- 1979 *Dialogiques. Recherches logiques sur le dialogue*. Paris : Presses Universitaires de France.

## KERNBERG O.F., C.S. Bernstein, R. Coyne, D.A. Appelbaum, H. Horwitz et T.J. Voth

- 1972 « Psychotherapy and Psychoanalysis. Final Report of the Meninger Foundation's Psychotherapy Research Project », *Bull. of the Meninger Clinic*, 36 : 1-198.

*L'ethnographie*

- 1985 *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture* (n° spécial).

## LHEIMEUR M.

- 1989 « À la croisée d'une rencontre. Parcours et technique d'une thérapeute gnawia (Maroc) », *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 13 : 41-51.

## MAUSS M. et H. Hubert

- 1950 « Esquisse d'une théorie générale de la magie » : 1-141, in M. Mauss, *Sociologie et anthropologie*. Paris : Presses Universitaires de France (éd. originale 1902).

## MORO M.R.

- 1991 *La construction de l'interaction. Fonctionnement des systèmes de représentations culturelles dans les psychothérapies mère-enfant*. Thèse de doctorat en psychologie, Université de Paris VIII.

## MORO M.R. et T. Nathan

- 1989 « Le bébé migrateur. Spécificités et psychopathologie des interactions précoces en situation migratoire » : 683-748, in S. Lebovici et F. Weil Halpern (dir.), *Psychopathologie du bébé*. Paris : Presses Universitaires de France/INSERM.

## NATHAN T.

- 1986 « Hystérie ou possession. Prolégomènes à une théorie ethnopsychanalytique de la conversion hystérique », *Revue de médecine psychosomatique*, 5 : 11-21.  
 1988 *Le sperme du diable. Éléments d'ethnopsychothérapie*. Paris : Presses Universitaires de France.  
 1989a « L'insupportable perfection de l'œuf. La logique de l'image et de la chose dans les procédures psychothérapeutiques », *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 13 : 11-28.  
 1989b « Épistémologie et technique de la consultation d'ethnopsychiatrie », *Médocographie*, 119 : 29-33.  
 1991a « De sable, de plomb et de cola. Ethnopsychanalyse des objets actifs », *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 16 : 29-54.  
 1991b « L'art de renaître. Fonctions thérapeutiques de l'affiliation au moyen du traumatisme sexuel », *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 18 : 15-36.

*Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*

1991 *Objets, charmes et sorts* (n° 16). Grenoble : La Pensée Sauvage.

PLANTADE N.

1988 *La guerre des femmes en Algérie*. Paris : La boîte à documents.

ROSEVÈGUE P.

1992 *Lire le regard. Exploration des interactions visuelles en pratique ethnopsychanalytique*. Mémoire pour le DEA de psychologie clinique et de psychopathologie, Université de Paris VIII.

STENGERS I.

1988 « Boîtes noires scientifiques, boîtes noires professionnelles », in Cl. Le Guen, O. Flournoy, I. Stengers et J. Guillaumin, *La Psychanalyse, une science ?* Paris : Les Belles Lettres.

STRUPP H.H.

1975 « Spontaneous remission and the nature of the therapeutic influence », in *What is Psychotherapy ?* (Proceedings of the 9th Int. Congress of Psychotherapy, Oslo, 1973). Karger : Basel.

*Systèmes de pensée en Afrique Noire*

1985 *Fétiches, objets enchantés, mots réalisés* (n° 8). Paris : Éditions du CNRS.

ZEMPLINI A.

1987 « Des êtres sacrificiels » : 267-317, in Cartry (dir.), *Sous le masque de l'animal. Essais sur le sacrifice en Afrique Noire*, Bibliothèque de l'École des Hautes Études en Sciences Religieuses, vol. LXXXVIII. Paris : Presses Universitaires de France.

## RÉSUMÉ/ABSTRACT

*L'œil, le poison magique et le talisman  
Cause et sens en pratique ethnopsychanalytique*

Est-il possible d'entreprendre une véritable psychothérapie avec des patients provenant de cultures non occidentales ? Au prix de quels aménagements de la technique ? L'auteur présente ici les principes qui régissent son travail clinique en ethnopsychiatrie : 1) dans la langue du patient, 2) en groupe de professionnels, 3) ce groupe devant être pluriethnique et plurilinguistique. Pour illustrer sa méthode de travail, il donne l'analyse détaillée d'une séance de psychothérapie d'une fillette de dix-huit mois souffrant de crises quotidiennes de sanglots et de spasmes pouvant durer plus d'une heure chacune. L'enfant est accompagnée de sa mère, jeune femme, arabophone, originaire d'Algérie.

Il ressort de l'analyse clinique que la patiente ne réagit pas au contenu de « l'interprétation » et à son hypothétique « vérité » mais la plupart du temps aux implicites théoriques qu'elle véhicule, soit pour leur en opposer d'autres, soit pour les illustrer. L'auteur propose l'hypothèse selon laquelle l'effet thérapeutique du dispositif ethnopsychanalytique proviendrait, outre de « l'empathie », de la sensation d'« être compris dans sa langue », de la possibilité d'évoquer, même de revivre sa « nostalgie », d'une capacité spécifique de fragmenter la représentation du patient, par l'effet de la multiplicité des étologies mises en présence, et de proposer une réorganisation d'un nouveau type des éléments apparus.

*Eye, Magical Poison and Talisman  
Cause and Meaning in Ethnopsyoanalytical Practice*

Is it possible for patients coming from non-western cultures to undergo psychotherapy and what are the technical compromises that must ensue ? The author here presents the guiding principles of his clinical work in ethnopsychiatry : 1) in the language of the patient, 2) in a group of professionals, 3) this group having to be multi-ethnic and multi-lingual. In order to illustrate his method of work, the author presents a detailed analysis of a psychotherapy session with an eighteen months old girl suffering from daily bouts of sobbing and spasms which can last up to one hour each time. The child is accompanied by her mother, a young arabic speaking woman from Algeria.

It becomes clear from the clinical analysis that the patient does not react to the content of the « interpretation » or to its hypothetical « truth » but rather in most cases to the theoretical connotations that such an interpretation carries as a departure either to oppose or to illustrate. In addition to « empathy » the author poses the hypothesis that the therapeutic effects of the ethnopsyoanalytical framework stem from the feeling of being understood in one's own language as well as the possibility of evoking or even relieving one's « nostalgia ». The specific capacity to fragment the patient's representation is made possible by the availability of a multitude of etiologies and enables one to propose a new method of organizing elements brought up during the therapeutic process.

*Tobie Nathan  
Centre George Devereux  
Centre universitaire d'aide psychologique  
aux familles migrantes  
Université de Paris VIII  
2, rue de la Liberté  
93 Saint-Denis  
France*