

# **La « membralité » : Clé de compréhension des systèmes thérapeutiques africains**

Thèse de doctorat (psychologie clinique) présentée devant la Faculté des  
Lettres de l'Université de Fribourg, en Suisse.

Présentée par **Constantin W. M. PANU-MBENDELE**

Sous la direction de  
**Prof. Dr. Meinrad Perrez**

Approuvée par la Faculté des Lettres sur propositions des professeurs :

**Dr. Meinrad Perrez** (premier rapporteur) et **Dr. Renaud van  
Quekelberghe** (deuxième rapporteur).

Le Président du Jury : **Prof. J.-L. Lambert**

Le Doyen : **Prof. Jean-Michel Spieser**

Fribourg, le 11 novembre 2005

**Je déclare sur l'honneur que cette thèse est le fruit de mon travail  
personnel. Je l'ai composée sans concours extérieur non autorisé et  
elle n'a pas déjà été présentée devant une autre faculté.**

Université de Fribourg (Suisse)  
Faculté des Lettres  
Département de Psychologie

**La « membralité » :  
Clé de compréhension des systèmes  
thérapeutiques africains**



**Thèse de doctorat en psychologie clinique**  
Présentée par **Constantin W. M. PANU-MBENDELE**

Directeur

**Prof. Dr. Meinrad Perrez**  
Université de Fribourg/Suisse

**2005**

## **DÉDICACE**

A notre père Alexandre Kamangala Kalume Kamwe BANZEBA,  
Décédé peu avant la fin de ce travail

## AVANT PROPOS

Bien que cette page soit la première de ce travail, en réalité nous l'avons écrite en tout dernier lieu en jetant un regard rétrospectif sur toutes les années que nous avons passées sur cette dissertation doctorale, c.-à-d. en pensant à tous ceux qui nous ont aidé à la réalisation de cette tâche. C'est pourquoi elle ne peut être qu'une page de remerciement et de reconnaissance.

Nous pensons ainsi en premier lieu à son Excellence Mgr. Kinga Bondala, actuel évêque de Lisala, alors évêque de Kole et administrateur apostolique du diocèse de Lwebo, qui nous autorisait à rentrer aux études afin de nous spécialiser en psychologie en vue d'un service plus compétent auprès du peuple de Dieu résident au diocèse de Lwebo et au Kasayi.

Notre gratitude filiale s'adresse ensuite à son Excellence Mgr. Emery Kabongo Kanundowi, Archevêque émérite de Lwebo, pour la confiance paternelle qu'il nous a témoignée, pour les multiples encouragements qu'il nous a prodigués et, surtout, pour nous avoir recommandé aux autorités du diocèse de Spire (Speyer) et mis à leur disposition pour le laps de temps utile à la finition de cette recherche.

Dans le même ordre d'idées, nous remercions les autorités ecclésiastiques du diocèse de Spire qui nous ont accueilli spontanément dans l'équipe pastorale en nous confiant les paroisses Christ-roi et St<sup>e</sup> Elisabeth à Landau (Pfalz). Ce travail nous a permis non seulement de couvrir nos besoins matériels et de nous enrichir avec la culture allemande du travail, mais également de faire découvrir aux fidèles de cette ville (toutes confessions confondues) la dimension missionnaire et universelle de notre Église et de les enrichir avec notre sensibilité africaine envers la personne humaine.

Du point de vue scientifique, nous ressentons une profonde gratitude envers le Prof. Dr. Meinrad Perrez de l'université de Fribourg qui, dès le début de cette recherche, s'est montré enthousiaste pour ce thème et a été généreux avec nous en sollicitant et en obtenant pour nous une aide du fonds de la recherche suisse en vue d'un travail sur le terrain. Il nous a toujours témoigné d'une grande confiance. Nous lui sommes plus reconnaissant encore pour nous avoir encouragé en tant que chercheur néophyte à nous confronter aux chercheurs plus expérimentés en exposant devant eux nos résultats aux colloques de Landau sur l'éthnopsychologie et l'éthnopsychothérapie, et cela alors même que nous n'avions pas encore terminé la rédaction de notre mémoire de licence.

Ces rencontres scientifiques de Landau nous permirent ainsi de faire connaissance avec le prof. Dr. Renaud van Quekelberghe de l'université de Koblenz-Landau auprès duquel nous avons appris à nous émerveiller de la profondeur du travail d'experts des thérapies non universitaires, les guérisseurs, les *nganga*. Nous lui sommes profondément reconnaissant pour cela ainsi que pour son amitié.

Enfin nous remercions notre père spirituel le prof. Oscar Bimwenyi Kweshi, qui nous a fait découvrir et aimer l'incommensurable richesse de la culture négro-africaine, et nous remercions, à travers lui, tous ceux qui, à sa suite, sont devenus nos précieux compagnons de lutte pour la ré-intronisation de cette culture négro-africaine dans les esprits des Africains.

Nous sommes également reconnaissant à nos paroissiens d'ici et du Congo, à la Rév. Sr. Benedikta Billerth des *Schwestern vom Göttlichen Erlöser* et ses consœurs de Trippstadt, sans lesquelles ce travail aurait traîné plus longtemps encore, à notre père Kalume Kamwe BANZEBA, à tous nos parents et amis pour leurs prières, leurs encouragements et leur aide de tout genre. Que le Seigneur les comble tous de sa miséricorde !

# Table des Matières

<b>AVANT PROPOS .....</b>	<b>III</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>V</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE .....</b>	<b>1</b>
 <b>CHAPITRE 1 : LES SAVOIRS QUOTIDIENS COMME OBJET DE RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE.....</b>	<b>10</b>
 1.0. INTRODUCTION .....	10
1.1. L'ETAT DE LA QUESTION DES RECHERCHES SUR LES THEORIES SUBJECTIVES... ..	10
1.1.1 Développement historique de la problématique et définition des concepts.....	10
1.1.1.1 Les premières ébauches.....	10
1.1.1.2 Les développements ultérieurs : les théories implicites chez Kelly, Heider, Laucken, Perrez, Groeben & Scheele, Moscovici.....	14
1.1.1.3 Dénomination et définitions des théories implicites .....	20
1.1.1.3.1 Représentations .....	21
1.1.1.3.2 Théories implicites, théories subjectives, théories intuitives, théories naïves, théories non scientifiques.....	22
1.1.1.3.3 Savoirs quotidiens, savoirs informels, savoirs de l'homme de la rue, savoirs profanes, savoirs traditionnels .....	24
1.1.2 Le statut épistémologique des théories implicites.....	24
1.1.2.1 Le problème de la genèse et de l'acquisition des théories implicites ou des savoirs quotidiens .....	25
1.1.2.1.1 Genèse des théories implicites .....	25
1.1.2.1.2 Origine sociale (apprentissage) des théories implicites .....	26
1.1.2.2 Mode de fonctionnement des savoirs quotidiens ou des théories implicites.....	32
1.1.2.2.1 Théories implicites en tant que « savoirs » .....	32
1.1.2.2.2 Théories implicites en tant que « savoirs structurés » .....	33
1.1.3 Fonction épistémologique des savoirs quotidiens.....	35
1.1.4 Relation théories scientifiques/théories implicites et appréciation des théories implicites .....	37

1.2.	<i>RECHERCHES SUR LES THEORIES IMPLICITES RELATIVES A LA SANTE ET A SES TROUBLES (AUX MALADIES)</i> .....	42
1.2.1	Le développement de la problématique .....	42
1.2.1.1	Tradition ethnologique ( <i>Medical anthropology</i> , dans l'aire culturelle anglo-saxonne, <i>Ethnomedizin</i> , dans l'aire culturelle allemande).....	43
1.2.1.2	Tradition sociologique .....	46
1.2.1.3	Tradition psychologique .....	49
1.2.2	Les contenus cognitifs des théories implicites dans les recherches en psychologie .....	52
1.2.3	Les théories d'attribution et la pertinence des théories subjectives sur les troubles .....	54
1.2.4	Les théories implicites des causes et du traitement des maladies psychiques.....	58
1.2.5	Les théories subjectives et le recours aux soins.....	60
	<b>CONCLUSION</b> .....	62
	<b>CHAPITRE 2 : ANTHROPOLOGIE BANTU : LE « NTUISME » ET LE COMBAT POUR LA VIE (LA SANTÉ), CONTRE LA MORT (LA MALADIE)</b> .....	64
2.1	<i>UNE REMARQUE PRELIMINAIRE : SOMMES-NOUS DES « CONSERVATEURS DE MUSEE » ?</i> .....	66
	<b>A. LE NTUISME OU LA CONCEPTION DE L'HOMME DANS L'UNIVERS</b> ..	74
2.2	<i>LA "THEOTROPIE" OU LA MEMBRALITE AVEC DIEU</i> .....	74
2.3	<i>LA RELATION A L'HOMME : LA MEMBRALITE INTRAHUMAINE</i> .....	81
2.3.1	La membralité (solidarité) horizontale.....	81
2.3.2	La membralité (solidarité) verticale .....	91
2.4	<i>"L'OSMOSE ONTOLOGIQUE" OU LA MEMBRALITE AVEC LE COSMOS</i> .....	93
	<b>B. LE COMBAT POUR LA VIE (SANTÉ), CONTRE LA MORT (MALADIE)</b> 103	
2.5	<i>LES THEORIES SUBJECTIVES AFRICAINES SUR LE CORPS HUMAIN, LA SANTE ET LA MALADIE</i> .....	103
2.5.1	Le corps humain dans l'espace culturel bantu (luba).....	103

2.5.2	La santé .....	108
2.5.3	La maladie .....	110
2.5.4	Classification des maladies .....	112
2.5.4.1	Classifications étiologiques.....	112
2.5.4.1.1	Les maladies venant de Dieu ou les maladies naturelles ou encore les maladies “normales” .....	114
2.5.4.1.2	Les maladies résultant de l’action maléfique des hommes ou des esprits : les maladies “non naturelles” ou les maladies “anormales” .	115
2.5.4.2	Classification d’après les effets de la maladie .....	120
2.5.5	Causes des maladies.....	121
2.5.6	A propos des troubles psychiques .....	125
2.5.6.1	Pour la psychiatrie euro-américaine contemporaine .....	126
2.5.6.1.1	Troubles psychotiques.....	127
2.5.6.1.2	Troubles névrotiques.....	127
2.5.6.1.3	Troubles dépressifs .....	128
2.5.6.1.4	Épilepsie.....	133
2.5.6.1.5	Brain-Fag Syndrome .....	133
2.5.6.2	Dans la pratique des nganga.....	134
2.6	<i>LE TRAITEMENT DES MALADIES OU LE COMBAT POUR LA SANTE/LA VIE, LE COMBAT CONTRE LA MORT.....</i>	<i>137</i>
2.6.1	Les nganga et leurs adversaires, les sorciers.....	137
2.6.1.2	Classifications savantes et populaires des <i>nganga</i> .....	145
2.6.1.2.1	Les classifications savantes.....	145
2.6.1.2.2	La classification populaire des tradipraticiens .....	148
2.6.1.3	La sorcellerie, (“buloji”, “mupongo”, “kindoki”).....	155
2.6.2	Procédés et techniques du guérisseur.....	164
2.6.2.1	Nomination du mal et le diagnostic étiologique .....	166
2.6.2.1.1	Nomination du mal ou de la maladie .....	167
2.6.2.1.2	Le diagnostic étiologique .....	175
2.6.2.2	Traitement et réhabilitation.....	181
2.6.2.2.1	Observations générales .....	182
2.6.2.2.2	Quelques techniques concrètes .....	188
2.6.2.2.2.1	Traitement médicamenteux.....	188
2.6.2.2.2.2	Autres traitements .....	188



2.6.2.2.2.1	L'espace .....	189
2.6.2.2.2.2	La possession ou l'état de transe.....	189
2.6.2.2.2.3	Rites et rituels, mythes, langage d'injonctions .....	195
2.6.2.2.2.4	L'implication de la famille dans le processus thérapeutique .....	200
2.6.2.2.2.5	Autres techniques psychologiques classiques.....	201
2.6.2.2.3	Organisation du traitement.....	202
2.6.2.2.4	Techniques utilisées par les Églises indépendantes dans l'art de guérir .....	203
2.6.3	Catégories de maladies les plus soignées par la médecine traditionnelle et spirituelle et les prix des prestations .....	206
2.6.3.1	Catégories des maladies les plus soignées par les <i>nganga</i> et les <i>guérisseurs spirituels</i> .....	206
2.6.3.2	Le prix des prestations .....	209
<b>CONCLUSION</b> .....		211

### **CHAPITRE 3 : CONSIDÉRATIONS PSYCHOLOGIQUES SUR LA CONCEPTION NÉGRO-AFRICAINE DE L'HOMME ET DE LA MALADIE .....214**

3.1	<i>RAPPEL DE QUELQUES ELEMENTS DE LA CONCEPTION AFRICAINE DE L'HOMME DANS LE MONDE</i> .....	214
3.1.1	Conception africaine de l'homme dans le monde.....	215
3.1.2	Principales critiques sur cette conception .....	218
3.1.2.1	La critique des Africains et de la «gauche» euro-américaine .....	218
3.1.2.2	La critique des Euro-américains et d'un autre groupe d'Africains ....	219
3.2	<i>NOTRE APPRECIATION DE LA VISION NEGRO-AFRICAINE DU MONDE ET DE L'HOMME DANS LE MONDE</i> .....	222
3.2.1	Environnement biophysique ou bioécologique : (Cf. Membralité cosmique) .....	223
3.2.2	Environnement social (Cf. membralité horizontale).....	224
3.2.3	Environnement religieux ou spirituel (Cf. membralité verticale) .....	232
3.2.4	Une conception holiste et systémique .....	239
3.2.4.1	Une pensée systémique .....	239
3.2.4.2	Pertinence et non-pertinence de cette conception (membrale) pour l'individu.....	243
3.2.4.2.1	Pertinence de la vision pour l'individu .....	243

3.2.4.2.2	La vision traditionnelle est-elle toujours d'actualité? Le poids de la tradition sur l'individu .....	246
3.2.5	Modèle interprétatif de Peltzer.....	249
3.3	<i>NOTRE APPRECIATION DE LA THERAPEUTIQUE NEGRO-AFRICAINE TRADITIONNELLE</i> .....	255
3.3.1	Appréciation du diagnostic .....	255
3.3.1.1	Processus diagnostic.....	255
3.3.1.2	Pertinence du diagnostic étiologique .....	260
3.3.1.2.1	Le diagnostic étiologique ravive l'interdépendance entre l'individu et son groupe social.....	261
3.3.1.2.2	Le diagnostic étiologique se préoccupe de la place de l'individu au sein du groupe.....	265
3.3.1.2.3	Le diagnostic étiologique comme quête du sens (Attributions causales) .....	269
3.3.1.3	Les ancêtres et les esprits peuvent-ils être causes des maladies ?.....	272
3.3.2	Appréciation des techniques traditionnelles.....	279
3.3.2.2	Pertinence de l'étiologie et des techniques thérapeutiques des nganga .....	289
3.3.2.2.1	La thérapie des nganga en tant que thérapie chamanique .....	289
3.3.2.2.2	Du processus de nomination du malheur en tant que technique thérapeutique .....	291
3.3.2.3	A propos du succès de la médecine des nganga.....	296
3.3.2.4	La thérapie des nganga et les techniques systémiques.....	296
3.3.2.4.1	Le cadre thérapeutique .....	297
3.3.2.4.2	Le joining (Minuchin) .....	300
3.3.2.4.3	L'autorité ou le pouvoir du thérapeute.....	301
3.3.2.4.4	Le langage .....	305
3.3.2.4.5	Le recadrage et la connotation positive.....	308
3.3.2.4.6	La connotation positive.....	313
3.3.2.4.7	Le questionnement inductif.....	313
	<b>CONCLUSION</b> .....	315

<b>CHAPITRE 4 : PARTIE EMPIRIQUE.....</b>	<b>318</b>
<b>A. CADRE EXPÉRIMENTAL .....</b>	<b>319</b>
4.0 <i>HYPOTHESE GENERALE .....</i>	319
4.1 <i>HYPOTHESES OPERATIONNELLES (RELATIVES A L'ETIOLOGIE, AU TRAITEMENT, A L'ASPECT COMMUNAUTAIRE ET A L'ACCEPTABILITE SOCIALE) .....</i>	320
4.2 <i>CONCEPTS OPERATOIRES .....</i>	322
4.2.1 Variables indépendantes.....	322
4.2.2 Variables dépendantes.....	324
4.3 <i>STRATEGIE DE CONFIRMATION (PROCEDE METHODOLOGIQUE).....</i>	325
4.3.1 Présentation.....	325
4.3.2 Précautions .....	326
4.3.3 Procédure .....	328
4.3.4 Difficultés rencontrées .....	330
4.3.5 Techniques d'analyse.....	331
4.3.6 Problème de fidélité interne .....	331
4.4 <i>ÉCHANTILLONNAGE .....</i>	332
4.4.1 Lieux .....	333
4.4.1.1 Ville : population, économie et infrastructure sociale .....	333
4.4.1.2 Village : population, économie et infrastructures sociales.....	334
4.4.1.3 Centre extra coutumier.....	334
4.4.2 Sujets : représentativité de l'échantillon et généralisabilité des résultats ?.....	339
<b>B. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....</b>	<b>341</b>
4.5 <i>NIVEAU ETIOLOGIQUE.....</i>	341
4.6 <i>NIVEAU DES TRAITEMENTS.....</i>	350
4.7 <i>IMPLICATIONS DE LA COMMUNAUTE DANS LE PROCESSUS DE GUERISON.....</i>	377
4.8 <i>ACCEPTATION SOCIALE DES OFFRES DES SOINS DE SANTE .....</i>	381

<b>C. DISCUSSION ET CONCLUSION.....</b>	<b>385</b>
4.9 <i>DISCUSSION.....</i>	385
4.9.1 Concernant les causes des maladies.....	386
4.9.2 Concernant les traitements .....	389
4.9.3 L'implication des autres membres de la communauté.....	393
4.9.4 Concernant les variables indépendantes.....	393
4.10 <i>PROFIL DES SUJETS A PARTIR DES ACTUELLES VARIABLES DEPENDANTES..</i>	394
4.10.1 Profil des sujets eu égard à la variable « résidence ».....	394
4.10.2 Profil des sujets eu égard à la variable « professions ».....	396
4.10.3 Profil des sujets eu égard à la variable « études ».....	398
4.10.4 Profil des sujets eu égard à la variable « confessions » .....	400
4.10.5 Profil eu égard à la variable « âge ».....	401
4.10.6 Profil eu égard à la variable « sexe » .....	402
4.10.7 En résumé.....	403
4.10.8 A propos de la validité interne de ces résultats .....	404
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>407</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>411</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>431</b>
<i>ANNEXES I : CAS D'UN CHEF COUTUMIER.....</i>	432
<i>ANNEXES II : CAS D'UN ETUDIANT .....</i>	432
<i>ANNEXE III : LES MALADIES LES PLUS COURAMMENT CITEES .....</i>	434
<i>ANNEXES IV : ITEMS RETENUS POUR L'ACTUELLE RECHERCHE .....</i>	435
<i>ANNEXE V : GRAPHIQUES DES RESULTATS EXPOSES DANS LA PARTIE EMPIRIQUE ..</i> .....	438

## **Introduction générale**

«Malgré l'énorme progrès de la médecine, jamais malades n'ont été aussi insatisfaits et revendicateurs, médecins aussi déçus et aigris, chacun des deux partenaires cherchant ailleurs la consolation de leur dépit» (Israel, 1994, p. 807).

La médecine moderne a accompli des progrès fabuleux, qui se traduisent par des réalisations impressionnantes dans les thérapeutiques et particulièrement en chirurgie ainsi que dans les méthodes permettant des diagnostics précis. Ces progrès ont permis, en outre, l'accroissement de l'espérance de vie et favorisé une perception du patient, de sa maladie et de son traitement conforme à ce qu'on peut considérer comme une nouvelle culture scientifique. Celle-ci renvoie à un processus d'objectivation qui jugule les anciennes manières de percevoir et de traiter les patients et qui reposaient sur des mythes et la doxa.

Ce progrès de la médecine moderne ne suppose donc pas seulement une évolution de la connaissance et la mise au point d'une nouvelle pratique de la science. Il connote également une révolution culturelle, un impact réel de la technique et de la science sur la culture, et dont l'enjeu fondamental ne se résume pas seulement dans le colmatage des cultures de base laminées, mais aussi et surtout dans la création des nouvelles significations. Il induit une nouvelle perception de la maladie et du traitement qui ne fait plus forcément référence au surnaturel, à une conception magique ou mystique du monde.

Ce progrès contraste cependant avec celui de la morbidité et de l'insatisfaction des patients, et dans certains contextes, avec celui de la mortalité. La croissance de la morbidité et de l'insatisfaction des patients fait penser à la crise de la médecine dans les pays industrialisés. Cette crise ne se situe pas forcément du côté de la médecine elle-même ni tellement dans la perception que ses agents en ont, mais plutôt dans la perception que s'en font les consommateurs.

Pour les agents, si crise il y a, elle ne peut signifier qu'une limite du processus d'objectivation de la réalité biologique, un hiatus entre les nouvelles technologies médicales et la complexité du domaine de la

santé. Un hiatus qui, pour les conservateurs, remet en question le processus d'objectivation sans pour autant requérir un changement de paradigme de la « maîtrise ». Pour les adeptes du changement de paradigme, la crise de la médecine traduit une incertitude qui ne peut être jugulée, mais qui ouvre une brèche pour l'institution d'un autre paradigme.

La considération du point de vue des conservateurs ou des rénovateurs engagés dans la recherche et la pratique de la médecine n'est pas en elle-même suffisante. Il convient également de tenir compte du point de vue des consommateurs.

En effet, en dépit des progrès impressionnants de la médecine moderne, certains auteurs constatent que « jamais malades n'ont été aussi insatisfaits et revendicateurs, médecins aussi déçus et aigris » (Israel, 1994, p. 807). D'après Kleinman, Eisenberg & Good (1978), aux États-Unis d'Amérique, par exemple, seulement 10 à 30 % des épisodes des maladies (rapportés par les patients eux-mêmes) sont amenés au médecin. Dans 70 à 90 % des cas, les patients recourent au secteur informel (automédication, soins familiaux, guérisseurs, etc.)<sup>1</sup>.

L'insatisfaction des consommateurs découle de plusieurs facteurs selon le contexte. Dans les pays postindustrialisés ayant le monopole de nouvelles technologies médicales, l'insatisfaction s'explique par l'impuissance notoire de la médecine moderne devant les maladies telles que le SIDA, les affections résiduelles (cancer, rhumatisme, maladies cardiaques diverses), les maladies génétiques et bien d'autres affections chroniques de plus en plus nombreuses<sup>2</sup>.

Dans ces pays, c'est surtout à la « qualité » de la rencontre médicale qu'est rattachée la plus grande insatisfaction. Par exemple, concernant les États-Unis d'Amérique, un article d'une revue scientifique se demande : « La durée moyenne d'une consultation classique est de sept

---

<sup>1</sup> La situation doit être meilleure en Europe occidentale étant donné sa meilleure politique d'assurance-maladie et de sécurité sociale. Mais n'empêche que l'insatisfaction y soit également élevée, *étant donné que* « depuis maintenant des décennies, le nombre des malades dans la population ne diminue pas, mais augmente continuellement avec une proportion préoccupante des maladies chroniques » (Wiesendanger, 1994, p. 12).

<sup>2</sup> Dans les années 60, grisée par ses succès, la médecine pronostiquait avec optimisme sa victoire sur le cancer pour avant l'an 2000 ! Quarante-cinq ans après, malgré les progrès réalisés dans la connaissance de la maladie et des thérapeutiques de plus en plus performantes, la victoire annoncée ne semble pas encore proche. On peut dès lors comprendre la désillusion des consommateurs profanes.

minutes, commente le professeur Sam Benjamin, de Phoenix (Arizona). On a calculé qu'un médecin ne laisse pas parler son patient plus de quatorze secondes sans l'interrompre. Comment confier sa santé à un praticien qui se satisfait d'un tel système ?»<sup>3</sup>

Alors que, par le truchement de sa maladie biologique, le patient se plaint le plus souvent de son mal-être et vient ainsi solliciter une aide en vue d'un mieux-être (Israel, 1994), il se voit accueilli et aidé uniquement au niveau de l'affection physique. Comme disent Kleinman, Eisenberg & Good (1978), le malade parle d'*illness* (expériences de changements négatifs dans son être et dans sa fonction sociale, c'est-à-dire l'expérience humaine de maladie-*sickness*), le médecin comprend *disease* (anormalité dans la structure et la fonction des organes et des systèmes du corps). Il y a là non seulement un dialogue de sourds entre le médecin et le patient, mais aussi et surtout une mutilation de l'individu, une mécanisation du vivant qui engendre ce malaise.

Si cette médecine a pu créer de tels problèmes dans les sociétés euro-américaines qui l'ont engendrée, que dire alors de l'ampleur du problème de son utilisation en milieux négro-africains où, en principe, les médecins sont sur-sollicités ?

En effet, à titre indicatif seulement, sur 22 pays d'Afrique subsaharienne dont on dispose de données statistiques, il existait durant la période 1989-1991 en moyenne 33 infirmières et 9 médecins pour 100 000 habitants (OMS, 1996). La République démocratique du Congo, dont la population est estimée à 47 millions d'habitants, ne dispose que d'environ 85.000 lits pour quelque 4.448 formations médicales, soit 500 personnes par lit. Étonnamment, ces rares formations médicales sont sous-utilisées (Cf. Kalambayi, 1995).

Dans ce contexte comme dans l'autre, et pour plusieurs raisons, les malades en quête d'alternative optent pour les modes de soins informels. «Selon les études les plus récentes, rapporte l'article de *Terre sauvage* cité plus haut, un Américain sur trois a aujourd'hui recours aux médecines dites parallèles, plus de la moitié des médecins de famille qui exercent aux États-Unis prescrivent régulièrement des thérapies non conventionnelles et trente-quatre écoles de médecine -

---

<sup>3</sup> Cf. "Le triomphe des médecines parallèles". *Terre sauvage*, 111 (1996), p. 16.

parmi lesquelles Harvard, John Hopkins ou Yale - ont inscrit à leurs programmes des cours de yoga, d'hypnose, de méditation, d'acupuncture ou d'homéopathie<sup>4</sup>.

Dans le contexte négro-africain, la population recourt d'avantage aux systèmes informels de soins. En fait, elle n'a pas suffisamment d'alternative. L'OMS en est convaincu<sup>5</sup>. Plusieurs hypothèses sont invoquées pour expliquer cette situation :

D'une part, les analystes évoquent les *facteurs écologiques et matériels*, c'est-à-dire l'éloignement géographique et la difficulté des moyens de transport, le coût élevé des soins de santé et la pauvreté aiguë de la population (dans l'absence totale de système de couverture des soins), le sous-équipement des hôpitaux en médicaments et infrastructures d'accueil, la monopolisation de nouvelles technologies médicales par les Euro-américains et les enjeux économiques jugulant la possibilité, pour les pays pauvres, de fabriquer les produits génériques ou de s'en approvisionner auprès des pays émergents.

La préférence des soins informels et la consécration des tradipraticiens découlent, d'autre part, des *facteurs culturels et humains*, c'est-à-dire de l'interprétation divergente des symptômes entre patients et soignants scientifiques et de leur qualité d'accueil plutôt décevante. Ce qui conduit au malaise susmentionné. Par contre, il existe une convergence d'esprit avec les *nganga* (tradipraticiens) dans l'interprétation des maladies et une prise en charge thérapeutique riche émotionnellement.

Ces facteurs qui militent en faveur de la médication informelle (auto-médication et soins des guérisseurs) et contre la médication officielle ne sont pas toujours corroborés par la pratique quotidienne. Il arrive que les patients recourent une fois à telle médecine plutôt qu'à telle autre, et la prochaine fois, l'inverse, ou qu'ils utilisent simultanément les différents services qui leur sont offerts (Kalambayi-Nsumbu, 1995).

---

<sup>4</sup> Cf. "Le triomphe des médecines parallèles". *Terre sauvage*, 111 (1996), p. 16. Vuillerat (1995) rapporte la même situation en ce qui concerne la Suisse. Voir également Panu-Mbendele, 1997a ; Garetta, 1998 ; Andrieu, 1999.

<sup>5</sup> M. Jeffrey Sachs, économiste et expert de cette organisation internationale, ne déclarait-il pas récemment : « Qui croit que l'Afrique pourrait se soigner sans l'aide des guérisseurs se trompe. Il ne suffira pas de parachuter quelques médicaments à partir d'un hélicoptère pour résoudre les problèmes des soins en Afrique » ? Cf. „Afrika: Das andere Gesicht des ärmsten Kontinents“. *Greenpeace Magazin*, 4 (2002), p. 21.



Autant à l'occasion de petites affections banales qu'en cas de maladies graves, qu'il s'agisse des maladies somatiques ou des troubles psychiques et psychosomatiques.

Pour Kleinman, Eisenberg & Good (1978), il n'est pas évident que les affections biologiques soient toujours guéries par ces soignants informels, mais une chose est certaine, les patients en reviennent apaisés et donc satisfaits. C'est qu'enfin leur plainte a été bien comprise et l'aide mieux ciblée. Ils en concluent que le tout se situe dans la différence des cultures : celle de la médecine technologique et celle des consommateurs.

L'incertitude liée à la pratique de la médecine moderne et l'insatisfaction qui en découle tant chez les médecins que chez les consommateurs constituent, pour nous, le contexte à partir duquel se pose la question de la pertinence de la thérapie alternative à laquelle médecins et patients recourent surtout dans le contexte négro-africain. Le recours aux soins informels en Afrique subsaharienne ne se pose pas forcément aux antipodes de la médecine moderne. Il constitue le lieu à partir duquel on peut repenser la conception de la maladie, la perception du patient et sa prise en charge par les services de santé. Exploiter cette possibilité que s'ouvrent les consommateurs insatisfaits par la médecine technologique ne signifie nullement, pour les Africains, retourner à une conception magique, surnaturelle de la maladie et des modes de guérison, encore faut-il que cette conception soit comprise de la même manière par les Africains traditionnels et les adeptes de la pensée scientifique.

À l'instar des nouvelles technologies médicales qui ont un impact certain sur la culture de leurs consommateurs, ces thérapies dites informelles sont sous-tendues par une vision de l'homme qui contraste avec l'actuelle mécanisation et mutilation du vivant. Le recours aux soins informels en Afrique n'est pas une simple possibilité logique. Il tient son efficacité et son effectivité de la vitalité et l'actualité de la culture négro-africaine promouvant une conception de l'homme, et donc, du patient comme un être relationnel, un être dont le rapport au social est constitutif de la maladie. Le recours aux soins informels devient synonyme d'une pratique qui allie *illness* et *disease* ; une prise en charge du patient dans toutes ses dimensions constitutives.

Les thérapies en marge des théories scientifiques véhiculent ensuite une conception de la maladie qui ne la réduit pas à un simple dysfonctionnement physiologique. Les soins de santé connotent le rétablissement de l'ordre (social et cosmique) et la réinsertion dans le flux vital. La maladie s'interprète comme un signe de dysfonctionnement dans *les relations* entre les différents pôles constitutifs de l'humanité de l'homme.

Pour un observateur extérieur, il n'est peut-être pas compréhensible que la cause de la maladie soit en dehors, à l'extérieur du lieu de la maladie. La révolution médicale consisterait, sur ce point, en l'intériorisation de la cause ou du principe de la maladie. Il convient cependant de remarquer que la distinction que nous faisons dans nos cultures entre l'intérieur et l'extérieur n'est que relative à l'individu qui la pose. Dans certaines cultures négro-africaines, l'extérieur et l'intérieur sont deux dimensions pas forcément exclusives et constitutives de l'être de l'homme. La logique exclusive privilégiant la différenciation au nom de l'individualisme n'est pas, dans tous les cas, aux antipodes de la logique inclusive consacrant le holisme. Ainsi le recours aux soins informels permet, dans ce contexte, de limiter les effets de l'individualisme, même méthodologique, dans la pratique médicale.

Le recours aux soins informels consacre enfin une mise en œuvre des rites thérapeutiques qui sont constitués de rituels. Ceux-ci « ne sont pas des survivances de l'obscurantisme, mais l'expression d'une dimension constitutive de la maladie et de la pratique elle-même : le rapport au social » (Laplantine, 1986, p. 360).

Dans ce contexte dominé par l'incertitude de la pratique de la médecine scientifique, l'insatisfaction des patients, la mutilation et la mécanisation du vivant, nous aimerions, par le présent travail, contribuer à une meilleure compréhension des thérapies subjectives négro-africaines. La compréhension ne se réduit pas forcément à la simple narration des faits. Elle implique une réflexion soutenue sur la pertinence de ces thérapies et leur possibilité de limiter et d'enrichir les nouvelles pratiques médicales et psychologiques.

Nous soutenons, de ce fait, que *la totalité de la pratique médicale négro-africaine, le diagnostic étiologique pratiqué par les tradipraticiens, la finalité de la thérapie, les critères d'appréciation de la guérison et de la prévention, bref toute la prise en charge du patient est fondée sur ce que nous appelons la **membralité**<sup>6</sup>, c'est-à-dire sur une conception de l'homme comme un nœud des relations, un **membre** faisant partie d'une structure dont les différents pôles constitutifs interfèrent les uns sur les autres.*

Si une des caractéristiques d'un « système » est de s'articuler autour d'un code binaire justifiant l'inclusion ou l'exclusion d'un ou de plusieurs éléments de l'ensemble, les thérapies des *nganga* constituent des systèmes dont le code binaire est : la vie/la mort. Comprendre les systèmes thérapeutiques africains revient à montrer que la pratique médicale fondée sur la *membralité* s'institutionnalise selon une logique incluant tous les alliés de la vie afin de faire triompher la vie sur la mort, le cosmos sur le désordre, bref de faire triompher l'harmonie dans l'homme. Il est certes vrai que le code binaire vie/mort n'est pas exclusif à l'Afrique, mais il tient sa spécificité non exclusive de son fondement : *la membralité*.

Sur le plan méthodologique, l'objectif de ce travail n'est pas de poser ces systèmes thérapeutiques comme alternative oblitérant la pratique de la médecine universitaire. Nous estimons plutôt qu'on ne peut résoudre les problèmes des soins en Afrique sans tenir compte de ces thérapies fondées sur la *membralité* en tant que lieu à partir duquel on peut

---

<sup>6</sup> Le concept „*membralité*“ est un néologisme utilisé pour la première fois par Bimwenyi-Kweshi (1981) pour décrire le Négro-africain dans son auto-compréhension. Il signifie que le Négro-africain se comprend comme étant fondamentalement *membre*.

En approchant de plus près ce concept, nous avons découvert qu'il s'agit en fait d'un « existentiel », d'une catégorie qui va au-delà du phénoménologique, qui s'efforce – mais sans espoir d'y parvenir – de révéler l'être humain dans son intimité constitutive. Oui, l'être humain, quel qu'il soit, est *membre* d'un ensemble qui le constitue et le dépasse. Il ne peut pas ne pas être *membre de...* Déjà au niveau de ses constituants physiologiques, en commençant par les différents membres de son corps jusqu'aux cellules et aux constituants les plus élémentaires de son organisme, les molécules, les atomes, les électrons et les photons, tout en lui est intimement interconnecté et fait de lui constitutivement une « béance » vers les autres (organismes, êtres) sans lesquels il ne peut survivre et qui, à leur tour, ont besoin de lui. Tout en lui (et autour de lui) proclame : « Tu es partie intégrante de tout ce qui est ».

Réfléchissant à partir de cette charte de la dépendance mutuelle universelle ou de la fraternité cosmique, le Négro-africain s'est découvert appartenir à la famille divine et s'est efforcé d'organiser son existence terrestre en tant que famille humaine en fonction de cette donnée primordiale. De son côté, le *nganga*, dans sa tentative de soutenir la victoire de la vie sur la mort, n'a pas trouvé mieux que d'asseoir toutes ses techniques sur cette donnée fondamentale : *la membralité de l'être humain*.

dialoguer avec les patients en quête d'une plénitude de vie toujours différée.

La pertinence de cette possibilité cautionnée par les patients et les tradipraticiens ne s'évalue pas, sur le plan épistémologique, en termes de vrai ou de faux. Ce qui nous intéresse n'est pas de critiquer la conception sous-jacente à cette pratique médicale en la qualifiant de mythique ou de simplement magique. Ces thérapies et les conceptions de la maladie, du patient et de la prévention qui les sous-tendent sont pertinentes dans la mesure où elles fournissent une réponse à la question du *sens* de l'existence et du bien-être.

Ces systèmes thérapeutiques ne sont pas plus pertinents parce qu'ils se fonderaient sur des théories scientifiques susceptibles d'être falsifiées, contrôlées, etc. Leur pertinence, dans ce contexte, découle des théories subjectives faisant partie de leurs schèmes de perception et d'organisation de la réalité sociale. Ces schèmes, quoique implicites, aux antipodes des théories objectives, scientifiques, sont néanmoins fonctionnels. Ils mobilisent et canalisent le comportement des individus et de leurs sociétés en quête incessante de bien-être.

Ainsi, nous considérons que les choix des patients sont guidés par la compréhension de *leur* maladie, c'est-à-dire par *leurs théories subjectives* sur les causes des maladies et les moyens de les traiter. Cette compréhension est sans doute propre à l'individu, mais elle est générée par le milieu culturel dans lequel l'individu a été projeté en venant en ce monde (Rivers, 1924). Aussi est-elle partagée par tous les membres de cet ensemble culturel. Ces théories partagées par monsieur tout le monde sont assumées et institutionnalisées, dans ce contexte, par des experts de la vie (santé) et de la maladie qu'on appelle *nganga*.

L'ensemble du travail comporte deux parties : une partie théorique et une partie empirique. Nous gardons une numérotation continue des chapitres pour les deux parties.

Puisque notre thème appartient au domaine des « savoirs quotidiens », des « savoirs informels », des théories implicites ou subjectives, etc., le premier chapitre exposera les savoirs en général et, en particulier, les savoirs quotidiens relatifs à la santé et à la maladie somatique et psychique. Nous présenterons ensuite les savoirs quotidiens africains

concernant l'homme, la santé, la maladie et les techniques de soin (chapitre 2). C'est la partie anthropologique de notre travail. Le troisième chapitre est une réflexion comparaison du point de vue de la psychologie scientifique sur ce corpus anthropologique.

La deuxième partie constituée d'un chapitre unique (chapitre 4) présentera les suivis des résultats de notre enquête réalisée en République Démocratique du Congo. Dans la discussion de ces résultats, nous nous permettrons de comparer succinctement les conclusions de nos observations avec celles des travaux faits en Suisse dans les années 90, à l'Université de Fribourg, sous la direction du Professeur Dr. M. Perrez. Il s'agira des mémoires de licence de Cadruvi (1992), Knaus (1993), Zahno (1993) et Hercek (1994). Ces travaux portent sur les théories subjectives relatives à l'étiologie et au traitement des maladies somatiques et psychiques et aux facteurs déterminant chez « Monsieur Toutlemonde » (suisse) le recours à la médecine scolaire et à la médecine alternative pour être soigné de ces affections.

# **Chapitre 1 : Les savoirs quotidiens comme objet de recherche en psychologie**

## **1.0. Introduction**

Ce chapitre comprend deux parties. La première partie consistera en un survol succinct du développement historique, du statut et de la fonction épistémologiques des théories implicites ou théories subjectives en général et de leur relation avec les théories scientifiques. La deuxième partie exposera de manière également succincte l'état de la question des théories implicites spécifiques à la santé et à ses troubles. Nous en présenterons : (1) les différentes traditions (ethnologiques, sociologiques et psychologiques), (2) leur contenu cognitif dans les recherches psychologiques, (3) les premières théories scientifiques qui se sont penchées sur les théories implicites (les théories d'attribution), (4) plus spécifiquement encore les théories relatives aux causes et aux traitements des maladies psychiques et enfin (5) la relation théories implicites/recours aux soins.

## **1.1. L'état de la question des recherches sur les théories subjectives**

### **1.1.1 Développement historique de la problématique et définition des concepts**

#### **1.1.1.1 Les premières ébauches**

Le thème « L'utilisation de la médecine africaine et euro-américaine » que nous avons choisi et surtout l'angle sous lequel nous voulons le traiter appartiennent à un nouveau domaine de recherche : *Les théories implicites ou subjectives, les savoirs de l'homme de la rue, les savoirs quotidiens*. Ce domaine connaît aujourd'hui une expansion extraordinaire (cf. Dasen & Bossel, 1989 ; Filipp & Aymanns, 1997). Non seulement il existe de plus en plus de monographies qui lui sont consacrés, mais il est déjà objet de maints colloques interdisciplinaires<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Ce thème figure déjà à l'ordre du jour au colloque organisé à Fribourg sur la recherche interculturelle en 1988 (Cf. Actes dans Retschitzki, Bossel-Lagos & Dasen, 1989). Il est repris en 1990 comme objet d'un

En effet, les savoirs quotidiens intéressent plusieurs disciplines : ethnologie, anthropologie, sociologie, philosophie, psychologie, sciences de l'éducation, linguistique, intelligence artificielle, médecine, sciences politiques, théologie<sup>8</sup>, etc.

Selon Jahoda (1993), les savoirs quotidiens ont été entièrement ignorés dans le passé en tant que champ d'investigations scientifiques. Pour plusieurs psychologues (ainsi Bengel & Belz-Merk, 1997), les premières recherches en psychologie auraient commencé avec Kelly (1955) et Heider (1958) et auraient été poursuivies et approfondies par Laucken (1974).

Jahoda (1993), par contre, fait remonter les origines historiques des recherches aux années 20 et 30 du 20<sup>e</sup> siècle, lorsqu'on se mit à appliquer de plus en plus fréquemment des tests psychologiques d'intelligence aux populations de souche non-européenne dans le but de confirmer les stéréotypes prévalents concernant l'inadéquation intellectuelle des « primitifs ».

Ainsi, selon Jahoda, le vrai pionnier de la recherche psychologique sur les théories implicites est le gestaltiste Max Wertheimer. Il publie en 1912 l'article *Über das Denken der Naturvölker* (trad. : *A propos de la manière de penser des peuples primitifs*) dans lequel il exprime ses idées sur le comptage, les nombres et les quantités non numériques.

Sans avoir visité personnellement les populations dont il défend le mode de pensée, mais seulement à partir des lectures des reportages des ethnographes, il exprime des vues qui sont incroyablement en avance sur les idées de son temps et qui ne seront correctement comprises et

---

colloque interdisciplinaire organisé par l'Académie suisse des sciences humaines et sociales. (Cf. Actes dans Wassmann & Dasen, 1993).

<sup>8</sup> Bien qu'on n'utilise pas encore ce terme en théologie, il y est cependant à l'œuvre depuis longtemps. P.ex., la plupart des thèses en théologie africaine ne sont rien d'autre qu'une métathéologie de la théologie de l'homme ordinaire. Le chapitre VIII de la thèse de Bimwenyi Kweshi (1981), qui est la première tentative d'une authentique théologie africaine, repose entièrement sur les théories implicites de l'homme et de Dieu. (Soit dit en passant, ce chapitre constitue notre première source de renseignements sur l'homme négro-africain que nous développons dans les chapitres 2 et 3 de ce travail). D'autres thèses abondent dans ce sens. Notamment : Mandefu Kambuyi, 1990 ; Museka Ntumba, 1992 ; Mukoma, 1994, etc. (lire aussi Mulago, 1986 ; Kabasele, 1989).

Cette considération vaut également en ce qui concerne les sciences politiques. Les ouvrages très innovateurs Tshiyembe (2001, 2003), par exemple, ont comme point de départ ou comme source d'inspiration les savoirs quotidiens africains. Tshiyembe concrétise ce que Heider (1958) préconisait déjà depuis longtemps : les théories de l'homme ordinaire constituent une mine de concepts et d'indices sur des hypothèses non encore explorées ou formulées. Tshiyembe part ainsi des théories subjectives négro-africaines qui avaient servi à organiser efficacement les sociétés anciennes pour proposer de nouvelles manières de concevoir la politique et de gouverner les hommes d'aujourd'hui.

revalorisées que plusieurs décennies plus tard, notamment par l'avènement de la psychologie interculturelle (voir p. ex. Berry, 1993).

Comme dit Jahoda (1993), cette pensée mérite absolument d'être connue : "One approaches the thinking of the so-called primitive peoples with our own categories – number, cause, abstract concepts – in the way in which they have been created in our biological and social conditions, in our history, with the binding prejudice that their thinking is nothing but preliminary stage, only more vague, rudimentary and possibly incompetent; thereby, one bars oneself the way to a true recognition of the factually given" (Wertheimer, 1912, p. 322)<sup>9</sup>.

Dans son commentaire Jahoda (1993) écrit: "Focusing on real-life settings such as markets or games, he critically re-evaluates reports that often belittle the "primitives". For example, one finds in the literature references to the crudity of their measures (e.g. in Swahili "what can be completely covered by the hand"). Wertheimer points out that it is wrong to characterise such variability as being imprecise or vague, and to attribute it to technically inadequate thinking. There tasks where precision, in natural thinking, is intended to remain within the bounds determined by the nature of the task. Even in our setting it is often absurd to calculate to many places of decimals" (Jahoda, 1993, p. 30).

Ces premières ébauches psychologiques incitèrent les anthropologues, après la deuxième guerre mondiale, à s'intéresser davantage à l'organisation de la connaissance par les autochtones dans des domaines variés. Ainsi naquit « l'ethnoscience » qui, comme l'ethnologie et l'anthropologie, fut appliquée d'abord aux peuples d'origine non

---

<sup>9</sup> Wertheimer poursuit plus loin dans le même article : "In general it is almost impossible for primitive peoples to have a concept of number or carry out an operation unless its meaning is rooted in living reality, indeed directly demanded by the natural conditions. If one gives them tasks, it often emerges very clearly how much we are accustomed to abstract from reality in our thinking, while in contrast their thinking is rooted in reality. They are not used to think about material cut away from real life, detached from all reality as a "closed system"; hence it happens sometimes that they cannot or will not perform an operation abstracted from reality that has been demanded, owing to a preponderance of a central relationship to reality. Take for instance the case of the Indian who in the course of linguistic studies was, among other things, given the following sentence to translate "the white man has shot six bears today". He could not be induced to translate this, because "it is not possible that the white man could kill six bears in one day" (Wertheimer, 1912, p. 328).

Nous saluons la courageuse prise de position de Wertheimer même si elle est exprimée de manière trop absolue, notamment lorsqu'il définit le mode de penser de cette population comme étant un « système clos ».



européenne pour être enfin appliquée *aussi* aux populations euro-américaines<sup>10</sup>.

Jahoda (1993) décrit en ces termes cette évolution: « Psychologists abandoned their faith in the cross-cultural validity of intelligence tests and, largely under the growing influence of the Soviet socio-historical school of Vygotsky and his American followers, joined with anthropologists in the study of the cognitive skills of non-literate peoples. Then it gradually came to be realized that such skills, independent of formal schooling, also exist among the citizens of modern industrial countries and play a far from negligible part in their everyday lives. *These developments, it should be noted, occurred in the context of a radical transformation of values, with growing respect for traditional cultures and an increasingly egalitarian ideology* (Nous soulignons). At present we are still too close to these events for an adequate historical perspective, and the full story remains to be told” (Jahoda, 1993, p. 38).

En ce sens, nous nous permettons une petite mise au point en relation avec le passage souligné dans la citation. Elle favorisera sa meilleure compréhension.

Ces développements révèlent effectivement, à la lumière de l’historique que Jahoda a tracé dans les pages précédentes, *une transformation radicale des valeurs, accompagnée d’un respect pour les cultures traditionnelles*. Il convient cependant de relativiser ce changement. Car en y regardant de près, on voit que les valeurs des *autres* ne deviennent en fait dignes de respect aux yeux des Euro-américains que lorsqu’ils découvrent (avec émerveillement) qu’elles existaient *aussi* chez eux. Autrement dit, l’Euro-américain reste toujours et encore le paradigme de valeurs et de respect. Non seulement le contenu du savoir, mais également la méthodologie scientifique utilisée pour accéder à des connaissances, n’acquiert ses lettres de noblesse que dès qu’ils découvrent qu’elle est susceptible d’être utilisée pour approcher le comportement des peuples euro-américains. C’est dire que l’occidentocentrisme est loin d’avoir disparu dans la recherche scientifique !<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Ce terme n’est pas tout à fait adéquat pour désigner les peuples formant la civilisation dite européenne qui comprend les Européens d’Europe et de la diaspora (Américains et Australiens).

<sup>11</sup> Nous recommandons la lecture de l’article d’Elisabeth Copet-Rougier sur l’évolution de *l’anthropologie* comme branche scientifique. L’auteur décrit sous divers angles les vicissitudes de l’anthropologie et de l’ethnologie de se libérer de son ethnocentrisme. Cf. Copet-Rougier (1994).

Revenons au développement historique. L'avènement du Béhaviorisme avec sa conception hégémonique du savoir scientifique en psychologie fit qu'il fallut attendre la fin des années 50 pour que l'on commence à s'intéresser de nouveau à la manière dont l'homme percevait son environnement et la signification qu'il lui accordait. Ce fut le grand mérite de Kelly (1955), Heider (1958), plus tard Laucken (1974), Perrez (1983, 1991), Groeben et Scheele (1988), Moscovici (1996), etc. Suivons de près ce développement.

#### **1.1.1.2 Les développements ultérieurs : les théories implicites chez Kelly, Heider, Laucken, Perrez, Groeben & Scheele, Moscovici**

**Kelly** (1955) conteste assez tôt la prétention du béhaviorisme de vouloir décrire, expliquer et contrôler entièrement le comportement humain en considérant son objet d'étude comme un organisme conduit uniquement par des Stimuli issus de l'environnement. Son hypothèse de départ est que les savoirs quotidiens et les savoirs scientifiques sont en principe comparables. Par conséquent, un psychologue qui entend expliquer et prédire le comportement des hommes dans leur vie quotidienne doit absolument s'intéresser à leurs théories subjectives et les analyser.

**Heider** (1958), poursuivant la recherche dans le même sens que son maître Kelly, s'efforce d'expliquer le comportement humain à partir des théories implicites des gens ordinaires. « Puisque la psychologie du sens commun guide notre comportement envers autrui, elle est une partie essentielle des phénomènes auxquels nous nous intéressons. Nous interprétons les actions des autres et nous prévoyons ce qu'ils feront dans certaines conditions. Bien qu'en général on ne formule pas ces idées, elles fonctionnent souvent de façon adéquate. Elles accomplissent dans une certaine mesure ce qu'une science est censée accomplir : une description adéquate du sujet étudié qui rend la prévision possible » (1958, p. 5).

Il trouve ainsi que la psychologie scientifique a tout à gagner à s'intéresser à la psychologie au quotidien, car les savoirs intuitifs de l'homme ordinaire constituent une mine de concepts et d'indices sur des hypothèses non encore explorées ou formulées. Il présente les théories subjectives comme des instruments qui procurent à l'individu la stabilité

et l'orientation dans un environnement pluriel et constamment en train de changer.

**Laucken** (1974) est sans doute le premier psychologue qui a tenté d'exposer de manière assez exhaustive la psychologie intuitive. Il la comprend comme un savoir théorético-naïf dont l'accès empirique s'obtient grâce à l'analyse du contenu des déclarations verbales dans la vie quotidienne se rapportant à l'activité concrète des gens. Il est pour le moins sceptique sur leur capacité à satisfaire aux exigences scientifiques élémentaires, notamment la consistance interne, la précision et la clarté des définitions et des concepts.

Laucken a eu surtout le mérite d'avoir tenté la première métathéorie des savoirs psychologiques quotidiens.

**Perrez**, de son côté, étudie depuis au moins 1983 les relations entre la psychologie au quotidien et les théories scientifiques. Il se fait, dans ses articles, l'avocat du savoir quotidien. A ceux qui méprisent ce savoir et ne lui reconnaissent aucune valeur, il rappelle que nos pratiques quotidiennes sont toujours guidées par une théorie dans laquelle la représentation cognitive de la réalité joue un rôle significatif (cf. plus haut Heider, 1958). Cette réalité est interprétée au moyen d'un système conceptuel, suffisamment élaboré, qui passe par des hypothèses (des conjectures), pour aboutir à des "règles" (rules) que l'on soumet ensuite à une certaine évaluation.

Ce savoir est utilisé autant par l'homme de la rue que par le scientifique dans leur vie quotidienne<sup>12</sup>. Il sert souvent de base au développement des théories scientifiques, tout comme il représente parfois des bouts d'une théorie considérée autrefois comme scientifique (p. ex. la théorie psychanalytique<sup>13</sup>).

---

<sup>12</sup> Leyens (1983) va encore plus loin et démontre que les scientifiques - en tout cas les psychologues - recourent constamment à ce mode de connaissance dans leur démarche « scientifique ». Lire les chapitres six et sept (pp. 185-242) de son livre « Sommes-nous tous psychologues ? ». Chapitre 6 : « *Stratégies de maintien des théories implicites de personnalité. I. Un exemple vaut mieux que dix preuves statistiques* » ; chapitre 7 : « *Stratégies de maintien des théories implicites de personnalité. II. De la recherche de confirmation à l'effet Pygmalion* ».

<sup>13</sup> Renvoyant à une étude plus ancienne (Moscovici, 1961) à travers laquelle il initiait les recherches sur les représentations sociales dans l'espace linguistique francophone et imprimait ainsi un changement radical dans les recherches en psychologie sociale, Moscovici (1996) écrit : « Malgré tout, la psychanalyse a coloré le sens commun, et plus que le sens commun, sans offrir de données mesurables, sans aucun fait confirmé. Les faits n'ont été rassemblés qu'une fois que la théorie a été acceptée, afin de se persuader et de persuader autrui qu'elle était correcte » (Moscovici, 1996, p. 69).

On a l'habitude, sur le plan épistémologique, d'opposer le savoir scientifique à la perception non scientifique du monde que l'on répartit en *idéologie* et *pensée magique* (Bunge, 1985). Perrez s'insurge contre cette distinction bipolaire et introduit l'*everyday knowledge* comme un mode spécial non scientifique de la représentation cognitive du monde et qui ne doit être confondu ni avec l'idéologie ni avec la pensée magique. Il écrit :

« Le savoir quotidien est un mode spécial de la représentation de la réalité. Il est jusqu'à un certain point ouvert à la correction au moyen de l'expérience naïve avec toutes ses ressources d'erreurs. D'autres représentations non scientifiques de la réalité – tels les systèmes de croyance – sont soit fortement opposées à la correction soit complètement immunisées contre elle. Par opposition à l'expérience et à la connaissance scientifiques, l'expérience naïve peut être caractérisée comme le résultat des processus cognitifs spontanés sans application des stratégies de contrôle systématique d'erreurs. Par contre, l'expérience scientifique de la réalité suit non pas des lois, mais des règles qui sont des prescriptions méthodologiques développées pour contrôler autant que possible l'expérience naïve et privée » (Perrez, 1991, p. 230). L'auteur synthétise sa pensée dans le tableau comparatif ci-dessous.

Tableau 1: "Comparison of different kinds of representation of the world" (Perrez, 1991, p. 228)

	<i>Ideology/ Mythology</i>	<i>Everyday knowledge</i>	<i>Scientific knowledge</i>
<b>Development and use of concepts</b>	Depends on ideas of their creators	Depends on psychological laws of concept learning	Depends on methodological rules
<b>Hypothesis</b>	Insensitive to everyday & scientific experience	Sensitive to everyday experience	Sensitive to scientific experience
<b>Testing of hypothesis</b>	Appeals to belief with rhetoric and persuasion	Follows psychological laws of naive perception and information processing	Follows methodological rules and the logic of experimentation
<b>Technological rules</b>	Insensitive to any evaluation	Sensitive to everyday evaluation	Sensitive to scientific evaluation
<b>Evaluation of technological rules</b>	Through persuasion / rhetoric and suggestion	Through everyday experience depending on psychological laws of naive experience	Through scientific evaluation following methodological rules

Parallèlement à la recherche de Perrez en Suisse, en Allemagne, **Groeben et Scheele** (Cf. Groeben & Scheele, 1977, 1982, 1988) lançaient un vaste

programme de recherche sur les savoirs quotidiens (*Forschungsprogramm « Subjektive Theorien »*) qui est encore sans pareil jusqu'à ces jours.

Le programme élève les aspects internes du comportement au rang d'objet d'études (en opposition à la démarche behavioriste). On y conçoit les théories subjectives comme des systèmes de connaissance dont la structure est parallèle à celle des théories scientifiques. La tâche du programme consiste à analyser les *contenus*, les *structures* et les *fonctions* de ces théories implicites.

Par ailleurs, comme selon les auteurs du programme il n'existe aucune différence de principe entre le savant et l'homme ordinaire dans le processus d'acquisition des connaissances, ils proposent que l'on recoure lors de l'appréciation des théories subjectives aux mêmes critères que dans les études scientifiques. (Ce que Laucken préconisait déjà). Ils demandent, en plus, que les théories subjectives soient intégrées dans le processus de la recherche psychologique et qu'on leur reconnaisse le statut de théorie scientifique<sup>14</sup>

Filipp et Aymanns (1997) récusent la thèse de la parallélité de structures des théories subjectives et objectives (scientifiques). Ils soutiennent que les théories subjectives se différencient des théories objectives notamment dans leurs fonctions qui ne visent pas seulement l'acquisition des connaissances, mais également l'auto-confirmer du sujet dans ses idées. Ce qui explique leur extrême résistance au changement.

C'est dans le même sens que s'exprime aussi Verres (1986, cité par Knaus, 1993) à propos des théories implicites relatives aux maladies. Il trouve que les théories subjectives se différencient des théories scientifiques sur quatre points :

- (1) *l'inconsistance* : des représentations logiquement contradictoires peuvent coexister ;
- (2) *l'instabilité* : les représentations changent facilement selon les contextes ;
- (3) *l'affect et la dynamique affective* : les représentations des maladies sont traversées par des connotations, des symboles, des métaphores et des défenses de perception ;

---

<sup>14</sup> Cf. Le postulat de la perspective d'échange entre les théories subjectives et les théories objectives chez Scheele & Groeben, 1988.

- (4) *caractère procédural* : Les théories cognitives subjectives se transforment continuellement au grès des besoins de la personne et selon ses émotions. On se demande si un tel processus peut être désigné comme rationalité ou plutôt comme rationalisation.

Ces points sont à considérer comme des faiblesses de ce système des connaissances. Mais ils ne leur enlèvent rien de leur sérieux. C'est en ce sens que s'exprime aussi Moscovici (1996)<sup>15</sup>.

**Moscovici** (1996) appartient, en effet, au groupe des défenseurs du sérieux des savoirs quotidiens. Il résume ainsi la critique des « scientifiques » contre les « savants naïfs » ou les savoirs implicites : « Le savant naïf » ne pense pas logiquement, il a des partis pris systématiques et il commet un grand nombre d'erreurs. Bref, il est un mauvais savant. Il est imperméable à l'information, il se borne à *confirmer ses théories* au lieu de les *falsifier* et il explique tout ce qu'il observe en se fondant sur des causes personnelles. C'est pourquoi il présente un danger contre lequel il faut se protéger<sup>16</sup> (pp. 44-50). Et il rappelle, non sans ironie, que cette critique repose sur quantité de preuves expérimentales.

Dans sa réponse, il fait d'abord remarquer que les scientifiques eux-mêmes n'échappent pas à ces critiques dans la mesure où ils partagent eux aussi la même condition mentale que 'Monsieur Toutlemonde'. Les mêmes recherches expérimentales l'ont prouvé abondamment. Cela dit, il argumente davantage et explique comme suit la procédure des savoirs quotidiens : Les scientifiques ont tous au départ une série de théories implicites relativement imperméables à l'expérience personnelle sur lesquelles ils s'appuient (voir aussi Perrez, 1983). Celles-ci sont fortement influencées par le langage et sont tout à fait distinctes des théories scientifiques correspondantes.

D'autre part, le « savant naïf » qui est confronté à une ahurissante variété de situations et d'actions dans son environnement s'efforce de les comprendre. *Comprendre* pour lui signifie toujours interpréter, expliquer. Cette explication se fait au moyen des schèmes qui sont « comme des connexions préalables, des organisations agissant entre la perception et la

---

<sup>15</sup> L'année « 1996 » est trompeuse. Il s'agit d'une nouvelle publication d'un discours prononcé en 1981 devant les étudiants d'une Université d'Été (Aix-en-Provence) et paru pour la première fois en anglais en 1982 sous le titre : « The coming era of representations » dans CODOL, J.P. & LEYENS, J.P. (1982).

<sup>16</sup> Moscovici renvoie au manuel de psychologie sociale de Gergen & Gergen, 1981.

mémoire. Elles trient et ordonnent le flux d'informations non sélectionnées en l'arrangeant selon des modèles appropriés » (Moscovici, 1996, p. 42). Enfin, une fois l'analyse achevée, le savant naïf peut proposer une réaction appropriée à la situation sous observation. (Voir plus haut la démarche schématisée par Perrez, 1991, Cf. tableau 1).

Pour Moscovici, l'information qui nous parvient du monde extérieur n'est toujours pas façonnée par la réalité neutre, mais par des théories et des préconceptions implicites. Celles-ci, à leur tour, façonnent ce monde pour nous. Elles ont un caractère collectif et elles sont des mélanges de concepts, d'images et de perceptions sociales. Bref, ce sont des représentations sociales. Et il importe absolument de projeter les pleins feux de la recherche sur elles. Car, « Seules les représentations peuvent canaliser les échanges, qui ont lieu entre nous et la réalité que nous affrontons. Elles sont partagées par un grand nombre de personnes, transmises d'une génération à l'autre, et imposées à chacun de nous sans notre assentiment conscient » (Moscovici, 1996, p. 53). « Chaque fois que nous acquérons ou modifions une représentation sociale, nous changeons par la même occasion un certain nombre de comportements dirigés vers les autres et vers nous-mêmes » (Moscovici, 1996, p. 55).

Il en déduit :

- (1) que la psychologie doit déplacer ses investigations et son intérêt du plan individuel au plan collectif. Car nos représentations communes déterminent la nature de nos comportements et de nos informations ;
- (2) que l'on doit mettre fin à la séparation entre les processus et le contenu de la pensée sociale. Il est faux de continuer à prétendre que les processus de pensée sont généraux et invariants, dégagés de la culture, indépendants, tandis que leur contenu est particulier, variable et lié à la culture. Les règles de la logique sont spécifiquement liées à une culture donnée et à une activité mentale donnée ;
- (3) que l'on doit inverser le rôle du laboratoire et le rôle de l'observation. Si on prend les représentations sociales comme données de base, comme phénomène à analyser, on ne peut les saisir que dans leur contexte propre. Les isoler et les séparer l'une de l'autre et de leurs institutions, c'est les rendre vides, mortes (Moscovici, 1996, pp. 71-76).

Notre recherche s'inscrit dans cette ligne. Elle privilégie le contexte culturel (*luba*) dans lequel les savoirs surgissent et se développent.

### 1.1.1.3 Dénomination et définitions des théories implicites

Le domaine de recherche sur les théories implicites n'a pas encore de contours clairs. La profusion des termes pour le désigner est paradigmatique de cette situation.

Le tableau ci-dessous est un exemple tiré du français, de l'allemand et de l'anglais. Nous supposons qu'il en est ainsi dans les autres langues qui s'intéressent au domaine.

Tableau 2 : *La diversité des termes pour désigner les « savoirs quotidiens » en français, allemand et anglais.*

Français	Allemand	Anglais
représentations mentales, sens commun	subjektive Repräsentationen	lay representations, common sense representations
théories implicites théories subjectives théories naïves, intuitives théories non-scientifiques	subjektive Vorstellungen subjektive Theorien naïve Theorien, Laientheorien, subjektive Konzepte, Laienvorstellungen	implicit theories subjective theories lay models, lay epistemologic processes, everyday theories
savoirs quotidiens, informels savoirs de l'homme de la rue, savoirs profanes, traditionnels	Alltagswissen	everyday cognitions, everyday concepts

Tous ces termes n'ont pas la même fortune. Il y en a qui sont plus usités que d'autres. Ce sont ceux-là seulement dont nous voulons préciser le sens en nous référant à ce tableau. La plupart d'entre eux expriment la même chose, mais en des langues différentes. Certains autres peuvent être semblables dans les différentes langues, mais sans avoir nécessairement le même entendement. Tel est le cas du terme « *représentation* » que l'on utilise souvent sous l'expression « représentations sociales ».



### 1.1.1.3.1 Représentations

L'expression « représentation » ou « représentation sociale » ou parfois « représentation mentale »<sup>17</sup> est utilisée par plusieurs auteurs et dans différentes langues. Mais il n'a pas partout le même sens.

Ainsi Palmonari et Doise (1996) considèrent les *représentations*, à la suite de Moscovici (1976), comme un mode spécifique, particulier, de connaître et de communiquer ce qu'on connaît ; elles occupent, en cette perspective, une position particulière entre *le concept* ayant pour but d'abstraire le sens du réel et *l'image* reproduisant le réel de manière concrète. Elles constituent une forme particulière de la pensée symbolique, à la fois images concrètes saisies directement et en même temps renvois à un ensemble de rapports plus systématiques qui donnent une signification plus ample à ces images concrètes. Dans ce sens les représentations sociales diffèrent donc d'une part des systèmes théoriques plus élaborés comme les idéologies et les théories scientifiques et d'autre part des images en tant que produits immédiats des perceptions (Palmonari & Doise, 1996)<sup>18</sup>. C'est la distinction que faisait déjà Perrez (1991) dans sa réplique à Bunge (1991).

Dans le même sens, Leyens (1983) écrit que les représentations sociales « constituent des modèles explicatifs catégorisant des relations entre divers objets de l'environnement » (Leyens, 1983, p. 19). Ces modèles étant partagés par des collectivités d'individus dont ils régulent partiellement la dynamique (Leyens, 1983).

Les difficultés d'usage du concept sont soulignées par Dasen (1993). Alors que Wassmann (1993), d'expression allemande, considère la notion de représentation (en allemand, *Repräsentation*) comme étant déjà suffisamment centrale dans l'ensemble des disciplines cognitives pour qu'elle puisse faire l'objet d'un consensus, Dasen (1993), d'expression française, trouve qu'elle contient une ambiguïté fondamentale dans son

---

<sup>17</sup> « Représentation mentale » est une tautologie, car toute représentation est forcément mentale. Mais on utilise cette expression dans le sens de *représentations individuelles* (privées) pour les distinguer des représentations sociales qui sont collectives.

<sup>18</sup> Moscovici (1996) écrit aussi : « Les représentations sociales sont des 'systèmes' de préconceptions, d'images et de valeurs, qui ont leur propre signification culturelle et subsistent indépendamment des expériences individuelles ; elles incluent automatiquement la prévision de déviances possibles. Les théories scientifiques aussi, en réalité » (p. 43, note infrapaginale 2).

acception francophone (en anglais aussi, semble-t-il). Cette ambiguïté est absente en allemand, car l'allemand dispose de deux vocables sémantiques différents : *Vorstellung* et *Repräsentation*.

Paraphrasant Holenstein (1993) à propos de ces deux notions en langue allemande, il écrit : « La première (*Vorstellung*) est phénoménologique, et implique la conscience, alors que la deuxième (*Repräsentation*) est fonctionnelle, et ne fait pas appel à l'introspection. Il n'y aurait dès lors aucun problème à appliquer la notion de « Repräsentation » à un système neuronal, à un animal ou à une machine<sup>19</sup>. En français, cette utilisation est plus problématique, et n'est acceptable que dans certaines disciplines » (Dasen, 1993, p. 338)<sup>20</sup>.

Une difficulté supplémentaire est offerte par l'usage selon les disciplines. Ainsi « les anthropologues prendraient les représentations collectives comme des indicateurs de processus cognitifs individuels, démarche réfutée par les psychologues » (Dasen, 1993, p. 336).

Nous recourons donc à cette expression lorsque nous voudrions davantage souligner la dimension mentale, « le pensé », « l'imaginé », « le représenté » de ces savoirs.

#### **1.1.1.3.2 Théories implicites, théories subjectives, théories intuitives, théories naïves, théories non scientifiques**

D'après Leyens (1983), ce sont Bruner et Tagiuri (1954) qui ont forgé l'expression « théorie implicite » dans un contexte d'étude des théories de la personnalité. Cette expression est utilisée aujourd'hui dans des contextes variés qui ont tous en commun la référence aux savoirs informels, aux savoirs quotidiens. Leyens l'associe à l'autre expression proche, « théorie naïve », et les définit de la sorte : « Ces théories sont dites implicites ou encore naïves, parce que ceux qui les défendent n'en sont pas

---

<sup>19</sup> Es „wird von „Vorstellungen“ in erster Linie gesprochen, wenn es sich um bewusst, intuitiv oder phänomenal erfahrbare Vorkommnisse handelt, von „Repräsentationen“ dagegen, wenn von dieser phänomenologischen Komponente (die in der Tradition selbstverständlich als die fundamentale Komponente der Definition angenommen worden ist) abgesehen wird oder wenn sie überhaupt fehlt und wenn die Funktion (die kausale Rolle) das primär entscheidende Kriterium ist“ (Holenstein, E., 1993, p. 278).

<sup>20</sup> Dasen a ajouté cette note à son texte : „On pourrait rendre la distinction en français, selon la suggestion de Retschitzki, par « représenter/se représenter », mais on est alors limité à l'infinitif – et cela ne résout pas le problème en anglais » (p. 347, note 10).

nécessairement conscients et ne savent probablement pas les exprimer de manière formelle. Ce sont les théories, non scientifiquement fondées, auxquelles chacun a recours pour se juger lui-même ou autrui, pour expliquer et prédire son comportement ou celui des autres » (Leyens, 1983, p. 38). Leyens utilise également les expressions « théories intuitives » et « théories subjectives » avec le même sens que la définition donnée ci-haut. Cependant sa préférence est pour l'expression « théories implicites ». Mais il n'a pas explicité pour quelles raisons, il la préfère. Peut-être pour faire honneur à Bruner et Tagiuri.

Pour Groeben et Scheele (1988) l'expression « *Théories subjectives* » est indiquée pour désigner ces savoirs informels. Elle offre un double avantage. Elle souligne, d'un côté, une certaine parallélité avec le savoir scientifique objectif (de là le recours au terme 'théorie'). Elle articule de l'autre côté leur caractère subjectif (d'où l'articulation « théories subjectives »). C'est ce caractère subjectif qui les différencie des savoirs scientifiques. L'usage du terme « *théorie* » laisse entendre en plus que ces savoirs sont structurés. De ce fait, on doit nécessairement les distinguer des savoirs qui ne seraient qu'un assemblage de cognitions.

Pour ces auteurs, ces théories sont des représentations (cognitions) de la perception de soi et du monde. On peut les actualiser et les reconstruire par consensus dialogal comme un assemblage complexe disposant d'une structure d'argumentation qui, en vue de parvenir aux théories objectives, accomplit des fonctions semblables d'explication, de pronostic et de technologie dont cependant l'acceptabilité en tant que théorie « objective » reste encore à prouver.

Flick (1991, cité par Filipp & Aymanns, 1997) critique cette vision de Groeben et Scheele comme étant trop axée sur le modèle scientifique et mettant trop en évidence les aspects cognitifs aux dépens des facteurs émotionnels.

Nonobstant cette critique, nous utiliserons beaucoup ces expressions dans ce travail parce que, comme Perrez, Groeben & Scheele et les autres auteurs cités plus haut, nous sommes de l'avis que la différence entre ces savoirs et les savoirs scientifiques se situe ni au niveau de leur nature ni à celui de leur procédure, mais plutôt au niveau d'intensité, d'acuité dans l'exécution des procédures. Tous les deux sont des savoirs structurés et

organisés, conclusions d'une longue et patiente « expérimentation » et en aucun cas le résultat d'une improvisation comme certaines expressions le laissent entendre<sup>21</sup>. Il s'agit donc de « théories ».

#### **1.1.1.3.3 Savoirs quotidiens, savoirs informels, savoirs de l'homme de la rue, savoirs profanes, savoirs traditionnels**

L'expression « les savoirs quotidiens » (*Alltagswissen*<sup>22</sup> ; *Everyday cognitions...*) est de plus en plus employée en préférence à toutes les autres. Elle est positive, ouverte et précise à la fois. Elle renvoie à tous ces savoirs qui sont acquis de façon informelle, dans la vie quotidienne, en dehors des institutions telles que l'école<sup>23</sup>.

Nous recourrons ainsi à l'une ou l'autre expression du groupe « savoirs quotidiens », lorsque que nous voudrions davantage souligner le sens ouvert de ces savoirs.

#### **1.1.2 Le statut épistémologique des théories implicites**

Les théories implicites, entendues comme ensemble complexe de cognitions, ne peuvent pas être exprimées verbalement dans leur totalité par l'homme ordinaire et ne sont pas non plus connues comme telles par lui. Dans le quotidien, elles se manifestent plutôt sous forme d'explications subjectives spécifiques, à partir desquelles on peut accéder au contenu et à la structure de l'ensemble. Notre travail constitue donc, au sens strict, une métathéorie.

Dans ce paragraphe, notre métathéorie s'efforce de répondre aux questions suivantes : comment s'acquièrent les savoirs quotidiens, quel est leur mode de fonctionnement et quelle est leur fonction ?

---

<sup>21</sup> Pour Moscovici (1996), « le concept de théories 'implicites' n'est qu'un stratagème qui permet de traiter l'information liée comme si elle était de l'information libre » (p. 43, note 2).

<sup>22</sup> En Allemand on rencontre aussi fréquemment l'expression : *Alltagspsychologie*.

<sup>23</sup> Dasen et Bossel-Lagos (1989) précisent : « on pourrait aussi parler des savoirs et d'éducation « traditionnels », mais ce terme a le désavantage de référer au passé, à la tradition, par opposition à l'actuel, au « moderne ». Il y a entre l'informel et le formel, entre le quotidien et le non-quotidien, une dimension avec toute sorte de situations intermédiaires possibles » (Dasen & Bossel-Lagos, 1989, p. 100).

### 1.1.2.1 Le problème de la genèse et de l'acquisition des théories implicites ou des savoirs quotidiens

#### 1.1.2.1.1 Genèse des théories implicites

La question psychologique de la genèse des savoirs se pose dans les mêmes termes qu'en philosophie : Nos connaissances sont-elles préformées, innées ou plutôt acquises ? Les réponses des psychologues se calquent pour ainsi dire sur le modèle philosophique comme on peut le constater dans cette citation de Mounoud (1994), qui se distingue en ce domaine, du moins dans l'espace culturel francophone. Il écrit :

« Pour certaines théories nos capacités logiques de raisonnement trouveraient leur origine dans les « *savoirs quotidiens* » sous la forme par exemple de schémas pragmatiques directement abstraits de normes ou de principes (économiques, juridiques, etc....) qui règlent certains échanges sociaux. (...) La construction de tout schéma nécessite l'utilisation de cadres ou structures logiques ou infralogiques et que par conséquent, ces schémas ne peuvent simultanément expliquer l'origine de ces structures. Pour d'autres théories il existerait deux types ou deux modes de connaissance indépendants, l'un constitué de schémas pratiques issus directement de l'expérience et de la structure du milieu et qui pourraient correspondre aux « *savoirs quotidiens* », l'autre constitué par les raisonnements logiques et qui pourraient correspondre aux « *savoirs scientifiques* ». Rappelant sa position antérieure (Mounoud, 1970<sup>24</sup>) à laquelle il se tient encore – et que nous partageons –, il écrit : « Il n'existe pas deux variétés de savoirs indépendants, mais plutôt deux modes de structuration complémentaires » (Mounoud, 1994, p. 228).

Il distingue ainsi deux types hiérarchisés d'organisations cognitives. Il y a d'abord *les organisations structurales* de nos comportements et de nos raisonnements qui assurent les coordinations générales de l'action, les différents systèmes de codage, les capacités de traitements logiques et infralogiques, la détection de covariations ou de corrélations spatio-temporelles des informations qui atteignent l'organisme, etc<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> Cf. Mounoud (1970) : *Structuration de l'instrument chez l'enfant*. Neuchâtel et Paris : Delachaux et Niestlé. Ouvrage cité par l'auteur lui-même.

<sup>25</sup> Dasen (1996) les appelle simplement *des processus cognitifs élémentaires*.

Viennent ensuite *les organisations fonctionnelles (ou dynamiques)* des contenus de nos comportements et de nos raisonnements qui sont assurés par des représentations, des schémas, des scripts, des mémoires, des cartes, des procédures, etc. Ces organisations fonctionnelles sont soumises aux contraintes exercées par les organisations structurales.

« En ce qui concerne l'organisation structurale, les milieux joueraient *un rôle non spécifique* d'accélérateur ou de frein par rapport à l'entrée en fonction de telle ou telle capacité structurale au cours de l'ontogenèse ou par rapport à l'activation actuelle de telle ou telle capacité structurale existante. En ce qui concerne l'organisation fonctionnelle (ou dynamique), les milieux joueraient par contre *un rôle spécifique* qui peut être soit *constitutif* de nouvelles organisations fonctionnelles dans la mesure où les représentations construites dépendent directement de la nature et de la qualité des échanges entretenus par le sujet avec ses milieux (en plus du rôle exercé par les organisations structurales), soit *sélectif* en déterminant parmi les représentations disponibles quelles sont les plus adaptées aux situations rencontrées » (Mounoud, 1994, p. 206).

Voilà pour ce qui est de la genèse des savoirs. Retenons toutefois que cette manière d'aborder la question des savoirs est axée sur l'individu. D'autres points de vue, notamment ceux que nous présentons ci-dessous, visant l'apprentissage, laissent apparaître davantage une dimension souvent oubliée : la dimension sociale des savoirs. Ils soulignent que les théories implicites sont des savoirs partagés, des savoirs acquis par apprentissage.

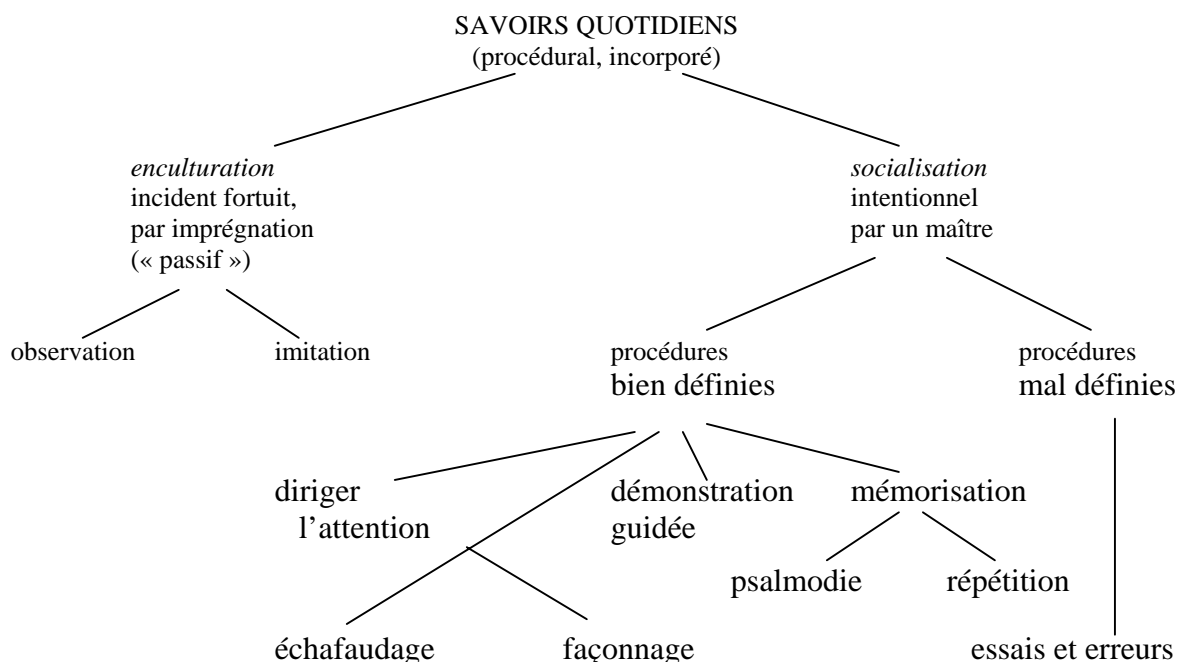
#### **1.1.2.1.2 Origine sociale (apprentissage) des théories implicites**

Partant d'un modèle proposé par Strauss (1984) et le complétant avec d'autres apports, notamment le modèle de Chamoux (1981) et Greenfield (1984)<sup>26</sup>, Dasen et Bossel-Lagos proposent comme processus d'acquisition et de transmission des savoirs les modalités que nous reproduisons ci-dessous dans la figure 1 (voir Dasen & Bossel-Lagos, 1989, pp. 108-109).

---

<sup>26</sup> Les trois auteurs sont cités par Dasen & Bossel, 1989.

Fig. 1 : Les modalités d'acquisition et de transmission des savoirs quotidiens d'après Dasen & Bossel-Lagos, 1989, p. 109



D'après Greenfield & Lave (1979), il existe trois types de processus d'apprentissage : (1) l'apprentissage par essais et erreurs ; (2) l'apprentissage par façonnage *shaping* ; (3) l'apprentissage par échafaudage.

Dans le premier type, c'est l'activité du sujet qui prime ; ce dernier, confronté à une situation nouvelle qui crée un conflit par rapport à ses structures existantes, essaie différentes réponses pour ne réussir qu'après des ajustements successifs.

Le façonnage, par contre, est un type d'apprentissage où les réponses de l'apprenant sont contrôlées autant que possible par un maître, qui organise les problèmes posés selon une séquence, les étapes étant si progressives qu'on évite, autant que possible, les erreurs. En général, on y renforce les réponses correctes par des récompenses.

Le troisième modèle, l'apprentissage par échafaudage, se fait également en présence d'un adulte (d'un expert), et évite aussi les erreurs. Mais le problème est d'emblée posé dans toute sa complexité ; l'expert soutient le novice en fournissant des informations et en intervenant pour les aspects trop difficiles. L'échafaudage permet au novice de faire progressivement

seul ce qu'au début il ne pouvait faire qu'avec l'aide d'un expert. Il s'agit donc d'un apprentissage qui fait toujours intervenir une interaction sociale. « Le modèle repose sur le concept de la « zone proximale de développement » de Vygotsky, pour qui (contrairement à Piaget) il y a toujours médiation socio-culturelle de l'ontogenèse : toute fonction apparaît deux fois, d'abord sur le plan social (au niveau « intermental »), puis sur le plan « intramental » de l'intériorisation » (Dasen & Bossel-Lagos, 1989, p. 108).

Greenfield (1984) considère que l'apprentissage par échafaudage caractérise particulièrement les situations où les enjeux économiques sont importants. Mais quand le coût importe peu et qu'il n'y a pas une tâche réelle à effectuer, par exemple, à l'école, il y aurait plus souvent apprentissage par essais et erreurs.

Cette affirmation mérite quelque bémol. Les seuls problèmes économiques ne suffisent pas à justifier le recours au modèle d'échafaudage dans d'autres domaines. Les *conséquences sociales de l'acte* y jouent aussi un rôle non moins important. Ainsi dans le domaine de la santé, par exemple, le candidat guérisseur n'a pas le droit de deviner au hasard le problème et les moyens d'y remédier. Les conséquences qui résulteraient de sa légèreté seraient considérables !

Dasen & Bossel-Lagos (1989) reprennent à leur compte l'hypothèse de Greenfield (1984) selon laquelle l'apprentissage par échafaudage aurait tendance à inhiber la généralisation (la possibilité d'utiliser les savoirs dans des contextes très différents et en particulier nouveaux), alors que l'apprentissage par essais et erreurs la faciliterait. Ainsi les connaissances quotidiennes acquises par échafaudage seraient souvent liées à des contextes très particuliers, alors que les connaissances scolaires apprises par essais et erreurs seraient plus faciles à transférer à des problèmes nouveaux. C'est possible, mais de nouveau, l'exemple des connaissances dans le domaine de la santé en Afrique infirme cette hypothèse.

Dans l'Afrique traditionnelle, les guérisseurs étaient des personnalités écoutées lors des assemblées politiques et ils étaient consultés pour des problèmes relationnels dans les familles ou entre voisins. Autrement dit, les connaissances qu'ils avaient acquises sur les hommes dans le contexte précis de la santé (domaine médical) étaient utilisées pour résoudre des



problèmes d'ordre familial, juridique, politique et diplomatique...<sup>27</sup>. Il y avait donc une généralisation des connaissances<sup>28</sup>.

Nous devons toutefois reconnaître que si l'apprentissage par échafaudage est celui qui caractérise le plus l'apprentissage de l'art de guérir, il n'est pas exclusif. Il y a une période, au moins au début de l'apprentissage, où le façonnage est sans doute le plus usité. Par ailleurs, tout le monde sait que chaque patient, chaque client est toujours unique dans sa manière de se confronter à son trouble. Le guérisseur puise les solutions dans son réservoir commun, mais en tenant toujours compte de la réaction imprévisible du client concret qui est devant lui. Aussi est-il obligé de recourir parfois à la technique d'essais et erreurs. Bien entendu en minimisant autant que possible les risques éventuels. De là à dire que ce sont ces situations uniquement qui expliqueraient la transférabilité de ses connaissances frôle le dogmatisme.

Plus récemment, Iannaccone & Perret-Clermont (1993) ont abordé le problème de la transmission des connaissances à partir d'un point de vue socio-constructiviste. Ils ont tenté de répondre aux questions suivantes : « La transmission de (sic) connaissances d'un individu à l'autre, d'une génération à l'autre ou d'une culture à l'autre, serait-elle un processus d'imitation ? Une découverte spontanée ? Une ré-élaboration ? Une transmission de « banques de données » ? Un dressage ? Ou un peu de tout cela ? Et quelles seraient alors les conditions permettant cette transmission et les modalités selon lesquelles elle s'effectuerait ? » (Iannaccone & Perret-Clermont, 1993, pp. 236-237).

Leurs conclusions se résument en trois points que nous partageons :

- a) « *Le « social » structure l'activité cognitive individuelle* : d'une part en permettant la confrontation de points de vue logiques différents et de niveaux d'expertise inégaux au cours des interactions ; d'autre part en mettant à disposition de l'individu un répertoire de réponses sociales (nous, nous dirions : un répertoire des *valeurs*) qui peuvent, de différentes manières, entrer en conflit avec les réponses cognitives de l'individu (Cf. dissonance cognitive).

---

<sup>27</sup> Voir plus loin, au chapitre 3, sur ce que nous disons du rôle du tradipraticien dans la société.

<sup>28</sup> Dans la conclusion de leur article, les auteurs sont plus nuancés. Ils reconnaissent que ces savoirs contiennent des éléments qui sont transférables (éléments conceptuels) et d'autres qui sont plus liés au contexte et ne sont ainsi pas généralisables (éléments procéduraux).

Nous ajouterons que le social met à disposition de l'individu une vision du monde, une langue et des catégories ou schèmes pour actualiser cette vision dans une perspective propre à l'individu.

- b) *L'individu à son tour structure le social en lui attribuant des significations* : l'activité cognitive individuelle et l'acquisition de nouveaux savoirs dépend de processus interprétatifs que l'individu met en œuvre lorsqu'il est confronté à des situations. La réponse qu'il fournit résulte de la négociation qui s'établit entre son interprétation et les attentes du partenaire.
- c) *Les dynamiques socio-individuelles* qui caractérisent les processus de développement et d'apprentissage *adviennent à l'intérieur des relations interpersonnelles particulières qui dépendent elles-mêmes de systèmes – culturellement, historiquement et socialement construits – de savoirs, de représentations, de médiations symboliques, de valeurs et de normes* » (Iannaccone & Perret-Clermont, 1993, p. 254. Nous soulignons).

Les différents points de vue que nous venons d'exposer soulèvent implicitement un autre problème : celui de l'universalité et du relativisme social et culturel des connaissances ou mieux des processus de connaissance.

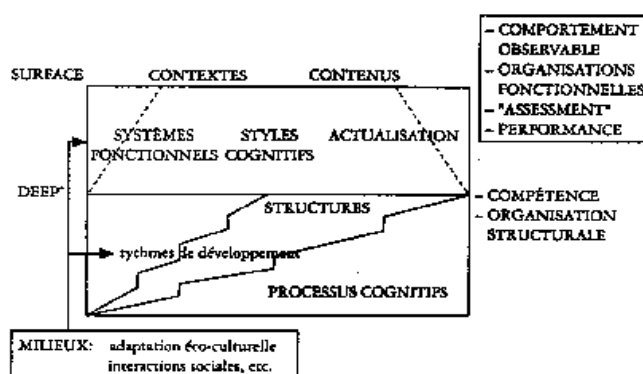
A ce propos Dasen (1993) invite à faire la distinction entre les processus cognitifs (compétences intellectuelles ou « organisations structurales » du texte de Mounoud) et leur manifestation ou utilisation dans des contenus et des contextes particuliers. Il s'agit, selon son expression, d'une « distinction (devenue classique avec Chomsky) entre 'deep' et 'surface' » (Dasen, 1993, p. 344). Les premiers sont universels, mais les deuxièmes peuvent adopter des modalités qui peuvent être relatives d'après les contextes.

Dasen s'appuie sur la conclusion suivante contenue dans leur ouvrage collectif, Seagall, Dasen, Berry & Portinga (1990): « We found evidence of *differences* across cultural groups, differences in habitual strategies for classifying and for solving problems, differences in cognitive style, and differences in rates of progression through developmental stages. Variations across groups in the way individuals interact throughout the life span. These differences, however, are in *performance* rather than in

*competence* (Nous soulignons). They are differences in the way basic cognitive processes are applied to particular contexts, rather than in the presence or absence of the processes. Despite these differences, then, there is an underlying *universality* of cognitive processes.

We found a set of ideas that might help explain cross-cultural differences in cognitive performance. The central theme is that the modes of knowing towards which development proceeds in any setting are these produced by the socialization practices that are emphasized there. The socialization emphases in turn reflect social and economic adaptations to ecological forces »<sup>29</sup> (Cf. Segall et al., 1990, p. 184, cité par Dasen, 1993, p. 343).

Fig. 2 : Représentation schématique du développement des processus cognitifs et de leur manifestation dans le comportement observable (Dasen, 1993, p. 341)



Les savoirs quotidiens, en tant que comportements observables des processus cognitifs, sont aussi universels, mais à un degré inférieur par rapport aux processus cognitifs. Dasen dira que les processus cognitifs ont une universalité « forte », universalité de profondeur, tandis que les savoirs en tant que tels ont une universalité « faible », universalité de surface (Dasen, 1993, p. 345).

Il faut nous demander à présent : comment procèdent les savoirs quotidiens ou les théories implicites ?

<sup>29</sup> Cette idée particulièrement chère à Berry nous semble être une variante cognitive de la théorie évolutionniste de l'adaptation : le monde culturel évolue en adaptation à son système écologique.

### **1.1.2.2 Mode de fonctionnement des savoirs quotidiens ou des théories implicites**

#### **1.1.2.2.1 Théories implicites en tant que « savoirs »**

Un groupe d'auteurs, en l'occurrence de tendance piagétienne, a organisé des recherches sur le fonctionnement des théories implicites en tant qu'elles constituent un mode de connaissances. La petite faiblesse de ces études est qu'elles ont approché les théories implicites de manière globale en tant que « savoirs » seulement, sans s'intéresser au fait qu'elles sont en même temps des savoirs « structurés ».

Selon Hatano (1982), lorsqu'on étudie les savoirs quotidiens, on doit faire la distinction entre le « savoir procédural » et le « savoir conceptuel ». Le premier est une procédure de routine utilisée pour résoudre, souvent de façon très rapide et efficace, des problèmes dans un contexte spécifique ; mais l'efficacité n'est assurée que tant que les contraintes extérieures ne changent pas. Le savoir procédural est souvent spécifique à une culture, et il n'est pas remis en question, il va de soi, il est institutionnalisé, considéré comme nécessairement le meilleur. Son transfert est cependant limité s'il n'est pas accompagné de savoir conceptuel.

« Ce dernier, écrivent Dasen & Bossel-Lagos (1989), se réfère à une représentation de la signification de la procédure utilisée, de la compréhension de pourquoi et comment une procédure fonctionne, et quelles en sont les variables possibles. La flexibilité, l'adaptabilité, l'innovation et donc le transfert ne sont possibles que par le savoir conceptuel. Celui-là s'acquiert plus facilement si les contraintes externes changent, si la situation demande des variations de procédures, si le savoir procédural est remis en question, soit par le sujet lui-même soit par son entourage, et si le sujet est encouragé à comprendre la procédure plutôt qu'à l'exécuter avec rapidité. La plupart des savoirs quotidiens sont du type procédural ; tant que les individus vivent dans une culture stable, le savoir procédural est suffisant pour assurer la production. La culture fournit le modèle du savoir procédural, mais rarement le pourquoi de l'emploi de cette procédure » (Dasen & Bossel-Lagos, 1989, p. 107).

Les savoirs informels sur la santé et la maladie auxquels nous nous intéressons dans ce travail sont complexes. Tant qu'on les limite aux connaissances de l'homme de la rue, on peut alors dire que ces savoirs

sont procéduraux. Mais dès que l'on se place du côté de l'expert, le *nganga*, ils deviennent plutôt conceptuels. De fait, ils constituent déjà un méta-savoir. La vigilance du *nganga* sur son environnement aussi bien que sur ce qu'il fait est de première importance. Car sa parole est une *parole lourde*<sup>30</sup>. Pourtant les deux restent dans le contexte de la tradition orale.

Dasen et Bossel-Lagos concluent leur article en ces termes : « Le savoir procédural peut être considéré comme étant composé de deux parties : une partie qui serait en soi transférable, plus une partie qui limite ou empêche ce transfert, à cause de son lien avec un contexte spécifique. Il s'agirait donc, en somme, de libérer la partie transférable de ses contraintes contextuelles<sup>31</sup>, de rendre le procédural conceptuel. Cela n'est possible que si le savoir procédural est remis en cause, est confronté à d'autres savoirs, et ceci par rapport à des situations variées. C'est dans cette dynamique qu'un lien fructueux peut s'établir entre le savoir quotidien et le savoir scolaire, entre l'informel et le formel, une dynamique qui nécessite une acceptation réciproque » (Dasen & Bossel, 1989, p. 110).

#### 1.1.2.2 Théories implicites en tant que « savoirs structurés »

Les informations apportées par les études de Genève que nous venons de parcourir sont complétées par les études ci-dessous qui s'efforcent de décrire ces théories en tant que « savoirs structurés ». Elles soulignent

---

<sup>30</sup> Au terme de sa formation, le nouveau *nganga* doit être celui qui « voit », c.-à-d. celui qui vit sous la mouvance de la sagesse que recommande cette parole forte : *«Tu peux parler sans t'entendre. Si tu veux t'entendre il te faudra revenir sur ta parole ; sans cela tu n'en connaîtras pas le fondement, jamais. Si quelqu'un se lève, qu'il s'asseye. S'il se lève à nouveau afin de se voir se levant, c'est cela voir "le voir". Et celui qui voit "le voir" peut se taire et s'entendre parler, celui-là est un diseur de paroles profondes»* (Dumestre, 1996, p. 41).

<sup>31</sup> On se souviendra ici de la critique de Moscovici (1996) relevée un peu plus en amont dans ce chapitre. Complétons-là avec quelques citations. « Il y a de nombreux thèmes, des images, des maximes, donc des contenus, qui jouissent d'une extraordinaire permanence et de l'universalité. Il y a par exemple le thème du héros, le thème d'une communauté primordiale, d'un monde juste qui existe quelque part... Nos représentations sociales sont façonnées par des thèmes de ce genre et en reçoivent leur cohérence » (Moscovici, 1996, p. 74). (Dasen (1993) l'appelle « universalité de surface », c.-à-d. moins forte). Moscovici continue : « Dans l'épistémologie scientifique, les théories et leur logique, les rapports de causalité et les concepts physiques ou biologiques sont traités comme une seule unité. Pourquoi nous borner à la logique et à la causalité quand nous avons affaire à une épistémologie profane, sans tenir compte des 'théories' ou 'représentations' sous-jacentes ? (...) Nous devrions suivre l'exemple de l'anthropologie et de la psychanalyse, qui élucident des mécanismes en examinant le contenu résultant de ces mécanismes et déduisent le contenu sur la base des mécanismes » (pp. 74-75).

avec force leur parallélité avec les raisonnements scientifiques et en montrent aussi les limites (Kruglanski, 1980).

Ainsi, selon Dann (1983), les théories subjectives sont, du point de vue psycho-cognitif, des schèmes ou des savoirs qui ont été enregistrés de manière stable dans la mémoire à long terme et qui seront réactualisés selon les situations spécifiques. Ils comprennent des énoncés sur les conditions préalables (selon la forme syllogistique : « si..., alors... » ; ex. *Si le climat à l'école est inhumain, alors cela a des effets négatifs sur le travail des élèves*), et des présentations des faits (Ex. *Beaucoup d'écoles offrent un climat inhumain*). Les énoncés des conditions et la présomption des faits forment ensemble, d'après Dann (1983), des énoncés universels, quasi des lois qui sont ensuite complétées par des énoncés d'événements ainsi que des énoncés de correspondances.

De leur côté, Groeben et Scheele (1982) définissent une explication subjective comme « l'assomption d'une donnée subjective sous une hypothèse ou une règle qui est partie prenante d'une théorie subjective » (p. 19). Par donnée subjective, les auteurs entendent un événement intérieur ou extérieur au sujet lui servant cependant de point de départ pour exposer ses réflexions.

En partant de cette définition, on peut exposer *l'explication subjective* de manière analogue à l'explication scientifique telle qu'elle est présentée par le modèle nomologico-déductif de Hempel et Oppenheim (en abrégé *Modèle H-O*). Baumann & Perrez (1990) en présentent la structure schématique ci-dessous (Tableau 3).

Tableau 3 : *Modèle H-O* (Cf. Baumann & Perrez, 1990, p. 80)

<b>LG1, LG2<sup>32</sup>, ...</b> (lois générales, hypothèses)	<b>Explanans</b>
<b>CA1, CA2, ...</b> (conditions antécédentes)	
<b>E</b>	<b>Explanandum</b>

<sup>32</sup> LG1, LG2 (loi générale) correspondent aux abréviations allemandes G1, G2 (Gesetz1,...) et CA1... (conditions antécédentes) à A1... (Antezedenz). Les deux groupes de propositions constituent ensemble *l'explanans* (ce qui explique).

D'après Groeben & Scheele (1982), lorsque le « savant naïf » est confronté à un événement subjectif qu'il voudrait bien expliquer (E = Explanans) selon un modèle analogue à celui de Hempel-Oppenheim, il commence par une tentative d'intégration de cet événement sous une hypothèse disponible provenant d'une théorie subjective.

A la différence du scientifique, le « savant naïf » ne considère pas l'analyse des antécédents comme une exigence nécessaire en vue d'une déduction logique. Il se contente d'expliquer comment l'événement était possible. Si cependant il n'est pas satisfait de sa première explication et si dans la recherche suivante les conditions antécédentes posent problème, il se trouve alors engagé dans une chaîne plus ou moins complexe des modèles H-O qui s'entremêlent. (Voir par exemple plus loin le dialogue de la *nganga* avec sa cliente : chap. 2, pp. 192-193).

Cette procédure est semblable au processus diagnostique de résolution des problèmes. Elle nécessite « un savoir sous une forme de syllogismes conditionnels complexes, séquentiels, reliés hiérarchiquement entre eux et qui sont comme des lois à partir desquelles on peut déduire des chaînes explicatives correspondantes » (Thommen, 1985, p. 92, cité par Knaus, 1993, p. 32).

Kruglanski (1980) a aussi souligné les limites du savant naïf. Selon lui, avec l'acquisition d'un nouveau savoir, le savant naïf arrête le processus de recherche de nouvelles hypothèses, s'accroche à la nouvelle trouvaille et la « congèle ». Cette « congélation » de la croyance ou conviction dépend de la capacité de l'individu et de sa motivation à envisager d'autres hypothèses dans un domaine donné.

### **1.1.3 La fonction épistémologique des savoirs quotidiens**

D'après Perrez (1983), les théories subjectives remplissent une double fonction dans la vie quotidienne. Elles constituent d'une part des programmes d'action (Aktionsprogramme) ou des systèmes opérationnels de représentation (operatives Abbildungssystem), et d'autre part, des systèmes d'explication de la réalité (cf. Mythes, Religions), soit pour justifier des événements qui ont déjà eu lieu, soit pour prédire ceux qui doivent encore advenir (Voir aussi Dann, 1983). Car c'est un besoin

existentiel pour l'homme de pouvoir s'expliquer les événements. Cela lui permet de réduire l'incertitude devant la réalité<sup>33</sup> et de stabiliser ou mieux d'optimiser l'idée de soi (Dann, 1983).

Leyens (1983) complète, en référence aux théories subjectives de personnalité, que ces théories nous permettent de nous mouvoir avec économie dans un monde où elles apportent stabilité, structure et significations. Il écrit : « Psychologues ou non, nous avons tous à notre disposition un arsenal de stratégies pour maintenir intacte l'existence de nos théories implicites de personnalité : nier l'existence des faits contradictoires, les oublier, les taxer de non valables<sup>34</sup> » (Leyens, 1983, p. 130).

Ceci souligne la part importante que jouent les émotions dans les théories subjectives comme le dit Dann (1983) avec beaucoup d'insistance. C'est pourquoi il propose qu'elles soient absolument prises en compte sous leurs différents angles dans l'étude des théories subjectives.

L'homme a besoin de vivre dans un environnement stable et signifiant. Ses théories implicites sur la personnalité, sur la santé et la maladie, sur son environnement, etc, tendent justement à rendre cet environnement stable et signifiant, dans lequel le passé et le présent sont compréhensibles et le futur prédictible. Cette stabilité et signifiante de l'environnement confèrent à la personne et à la communauté stabilité, assurance, confiance en soi et en son environnement et sentiment de profonde paix intérieure. Ce sont là des sentiments basiques, sources-ressources d'énergie vitale, gages d'avenir.

Malgré leur opérationnalité (la fonctionnalité sociale), bien des psychologues soutiennent plutôt la thèse de la parallélité de structure

---

<sup>33</sup> Leyens (1983) abonde dans le même sens dans son chapitre sur la catégorisation. Il écrit entre autres : « De l'avis de beaucoup d'auteurs (par exemple, Bruner, Goodnow et Austin, 1956 ; Rosch et Lloyd, 1978), la tâche de classification est essentielle pour l'espèce humaine et une de ses premières utilités serait de réduire la complexité de notre environnement » (Leyens, 1983, p. 11). Comme nous l'avons relevé au début du chapitre, on trouve déjà ces idées chez Heider (1958).

<sup>34</sup> On retrouve la même idée chez Palmonari & Doise (1996) : « Communes et communicables, les représentations sociales constituent une partie non négligeable de l'univers individuel de chacun, comme il a déjà été remarqué par Mauss quand il décrit le rôle important que jouent dans la conscience individuelle des représentations collectives sous forme d'idées, de concepts, de catégories ou de motifs pour accomplir des pratiques traditionnelles ou sous forme de sentiments collectifs et d'expressions socialement fixées des émotions » (Palmonari & Doise, 1996, p. 14).



entre les théories subjectives et les théories scientifiques, thèse à laquelle nous adhérons personnellement.

#### **1.1.4 Relation théories scientifiques/théories implicites et appréciation des théories implicites**

Nous avons déjà relevé que certains psychologues s'opposent énergiquement à la théorie de la parallélité de structure entre les théories implicites et les théories scientifiques. Nous rassemblons dans cet alinéa les principaux arguments exposés pour montrer l'importance de ces thèses contraires et appuyer ipso facto la théorie de la parallélité.

Pour Moscovici (1996), la question de la relation entre les théories scientifiques et les théories implicites est une fausse question, et sa formulation est incongrue. Voici comment on la présente généralement en psychologie sociale : « Un homme ordinaire, prétendu naïf, donne-t-il une explication correcte d'un fait psychologique et social ? » (Moscovici, 1996, p. 57).

Formulée en ces termes, dit Moscovici, la question suppose que cet homme procède *exactement* comme le savant professionnel, muni des *mêmes outils et des mêmes traditions*, théories et informations, *sauf* qu'il est incapable de penser clairement et d'appliquer des règles logiques. « En posant le problème de cette façon, écrit-il, l'activité cognitive du profane est a priori interprétée comme une version rudimentaire de celle du savant, et donc considérée comme presque anormale ou même pathologique » (Moscovici, 1996, p. 57).

C'est cette pathologisation du comportement (sain !) de l'homme ordinaire qu'il reproche à Ellis et à sa thérapie cognitive ainsi qu'aux psychosociologues : « Ellis estime de son devoir de rectifier le raisonnement de ses patients afin de l'aligner sur les lois de la pensée scientifique, le modèle le plus élevé de la pensée humaine. Les psychosociologues ont adopté une attitude quelque peu similaire. Les uns et les autres agissent comme les membres de la Société Royale des Arts qui jugent fautive la peinture primitive parce qu'elle n'observe pas les lois de la perspective. Si nous prenons les représentations sociales pour point

de départ, cependant, ce processus de pensée semble parfaitement normal et même approprié » (Moscovici, 1996, p. 57).

Après avoir comparé les différences dans les conditions d'apparition et d'utilisation des théories scientifiques et des théories subjectives ainsi que celles de leurs exigences et de leurs fonctions, Thommen (1985) conclue dans le même sens que Moscovici. Il trouve qu'il est déplacé de vouloir les mettre en concurrence. Les deux genres de savoir remplissent des fonctions différentes dans des contextes différents. Les théories subjectives semblent mieux indiquées pour les exigences de la vie quotidienne. Leur manque de clarté et de précision garantit une rapide orientation pour le « savant naïf » eu égard aux limites de sa capacité d'élaborer l'information et lui assure l'avantage de la flexibilité et de l'économie. Le savoir scientifique acquiert sa précision au prix d'une réduction massive de la réalité et de l'efficacité temporelle.

De son côté, Leyens (1983) montre dans son livre sur les théories implicites ou naïves de la personnalité, grâce aux preuves apportées par bien des recherches en psychologie sociale expérimentale (Semin, Rosch & Chassein, 1981 ; Semin, Rosch & Krolage, 1981)<sup>35</sup>, que les recherches scientifiques n'apportent pas toujours quelque chose de plus que ce que la sagesse populaire sait depuis toujours.

A titre d'exemple, le test scientifique de la personnalité de Eysenck (E.P.I.), l'un des plus rigoureux scientifiquement parlant, a été comparé à un test construit à partir des observations ou déclaration de l'homme de la rue sur l'extraversion et l'introversion. La corrélation entre les deux tests est de .51, « ce qui pour des tests psychologiques est extrêmement significatif. En d'autres termes, il y a moins d'une chance sur mille que quelqu'un se déclarant extraverti (ou introverti) à l'un des tests ne soit pas diagnostiqué comme tel à l'autre » (Leyens, 1983, p. 161).

En plus de cette corrélation, ces auteurs ont montré que le système topographique des traits de personnalité élaboré par Eysenck à coup de milliers de dollars et de fatigue intellectuelle (pour construire son E.P.I.) correspondait parfaitement à la théorie implicite de personnalité de

---

<sup>35</sup> Semin, G, Rosch, E. & Chassein, J.A. (1981). "A comparison of the common-sense and „scientific“ conceptions of extraversion-introversion". *European Journal of Social Psychology*, 11, 77-86; Semin, G. Rosch, E. & Krolage, J. (1981). "First and second order models of personality". Manuscrit non publié, University of Sussex.

l'homme de la rue et qui est identique à celui qu'élabora Hippocrate près de vingt siècles plutôt et que Galien, Kant et Wundt s'efforcèrent plus tard de compléter et d'améliorer.

Voici représentés sous forme graphique le système « scientifique » d'Eysenck, la superposition des systèmes également scientifiques d'Hippocrate, Galien, Kant et Wundt et enfin le système topographique des traits de H. Eysenck rangés par l'homme de la rue.

Fig. 3 : Le système de H. Eysenck (Cf. Leyens, 1983, p. 146)

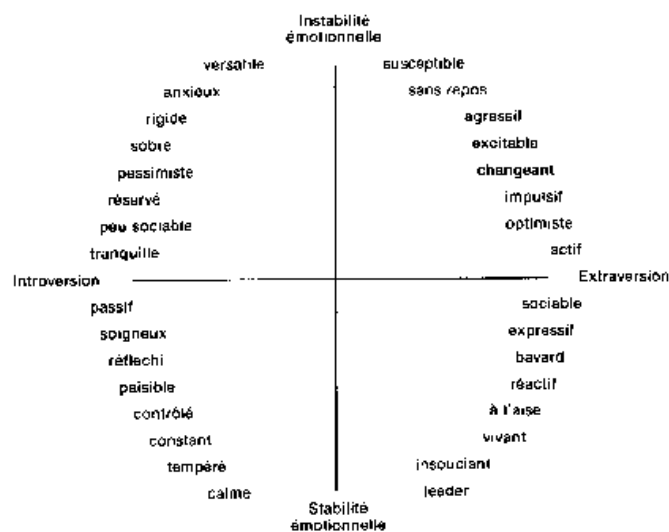


Fig. 3 : Le système de H. Eysenck

Fig. 4 : Superposition des systèmes de Hippocrate, Galien, Kant et Wundt (Cf. Leyens, 1983, p. 148)

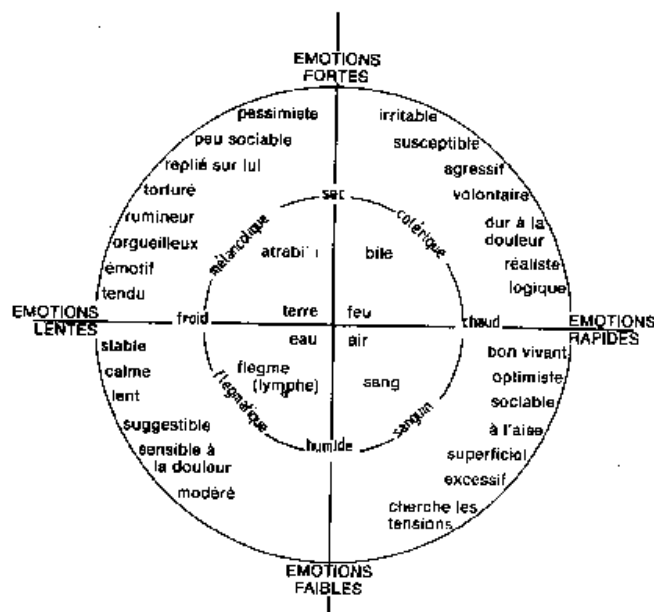


Fig. 4 : Superposition des systèmes de Hippocrate, Galien, Kant et Wundt. Cf. Leyens, 1983, p. 148.

Fig. 5 : Le système topographique des traits de Eysenck rangé par l'homme de la rue (Cf. Leyens, 1983, p. 162)

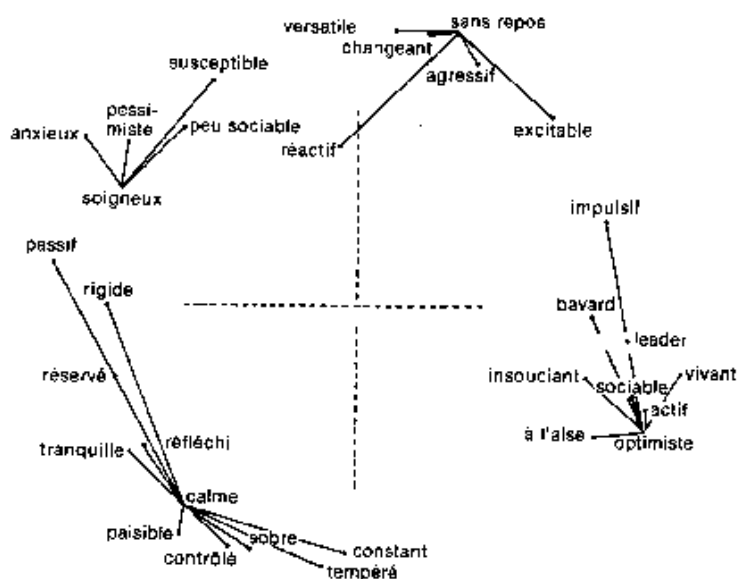


Fig. 5: Le système topographique des traits d'Eysenck rangés par l'homme de la rue.  
Cf. Leyens, 1983, p. 162.

Devant cette identité quasi totale des systèmes Eysenck-l'homme de la rue, Leyens (1983) fait deux remarques (humoristiques) : « Les résultats obtenus dans les différentes études de Semin signifient-ils qu'Eysenck n'a fait que retrouver ce que tout le monde savait déjà parfaitement ou, au contraire, que cet auteur a eu un tel impact dans le public que plus personne n'ignore son système ? La réponse à cette question me semble évidente : étant donné la similitude entre les typologies d'Hippocrate, Galien et Kant, et les structures proposées par Wundt et Eysenck, il y a gros à parier que la 'connaissance' profane avait précédé les découvertes d'Eysenck » (p. 163).

Dans une note, Leyens ajoute : « Il est à noter que la correspondance entre la 'connaissance profane' et le système d'Eysenck se situe uniquement au niveau *descriptif* dans les recherches de Semin. Rien ne dit que les sujets partageaient *l'explication* d'Eysenck. Rien ne nous dit non plus qu'ils ne seraient pas capables de trouver cette explication, *formulée en termes simples* » (p. 182. Nous soulignons). Aussi conclue-t-il aisément : Même si elles étaient erronées, « nos théories implicites de la personnalité sont tellement puissantes qu'elles dictent le pas aux théories scientifiques » (p. 181).

Pour Leyens, sous le prétexte de théories scientifiques, les psychologues ont plus que les autres humains recours aux théories implicites. D'ailleurs, il n'y a pas une grande différence entre les théories scientifiques et implicites ; toutes deux reposent largement sur des similitudes sémantiques.

Pour notre part, nous croyons que cette thèse de Leyens vaut non seulement pour les recherches sur la personnalité, mais dans tous les autres domaines de la psychologie clinique. Aussi importe-t-il de prendre au sérieux le fait que dans la vie courante, « nous sommes tous des psychologues » (Cf. titre du livre de Leyens, 1983), même si tout le monde ne répond pas de la même manière aux exigences de rigueur, de contrôle de nos théories. Le travail des psychologues professionnels consiste donc à *comprendre* « la sagesse populaire », mais non de la copier (Leyens, 1983). Pour cela, il faut d'abord la prendre au sérieux, ce que recommandent tous les auteurs que nous avons cités à l'alinéa 1.1.2 et bien d'autres encore qui s'efforcent de défendre le sérieux des théories implicites, malgré leurs faiblesses.

Il va de soi que beaucoup de nos théories, héritées d'une longue expérience, sont correctes. Puisque nous cherchons volontiers à confirmer nos hypothèses qu'à les infirmer, l'effet Pygmalion peut se produire d'autant plus facilement : la réalité devient ce que nous pensions qu'elle était. Ainsi une théorie fausse au départ peut être exacte à l'arrivée (Cf. Leyens, 1983).

Les théories implicites peuvent pécher contre les règles scientifiques d'inférence. Mais elles ont une fonction sociale et elles sont un savoir socialement partagé. Pour fonctionner socialement, nous ne pouvons pas nous en passer : elles nous sont vitales. Ainsi la question pertinente que nous devons nous poser à leur endroit est de savoir si elles sont *utiles* plutôt que de chercher à savoir si elles sont *vraies* (Leyens, 1983). Il y a cependant des théories implicites dont les conséquences sociales peuvent être considérables. La vigilance s'impose donc.

Lorsque Leyens (1983) écrit : « Les théories implicites constituent de grosses catégories simplificatoires, *elles manquent de demi-teintes ; ceux qui les emploient sont comme des autoritaristes, des dogmatiques... ; ils ne peuvent admettre les contradictions, les compromis* » (Leyens, 1983, p. 260,

nous soulignons), il est en train de faire la même erreur que Bunge (1991). Perrez (1991) y a répondu en invitant à faire la distinction parmi les savoirs non-scientifiques entre les *idéologies* d'un côté et les *savoirs quotidiens* de l'autre (voir aussi Plamonari & Doise, 1996). La critique de Bunge - comme celle de Leyens - s'adresse aux idéologies et non aux théories subjectives (Cf. tableau 1). Celles-ci sont ouvertes à l'expérience ainsi qu'à l'évaluation quotidienne. Bien entendu nous ne tenons compte de l'expérience accumulée par autrui que « dans la mesure où celle-ci nous semble pertinente, c'est-à-dire très souvent lorsqu'elle est concrète, spécifique, et en accord avec nos croyances préalables » (Leyens, 1983, p. 213). Pour que certaines théories implicites se modifient, il faudra attendre que tout un contexte historique change et que prenne place une autre mentalité.

## **1.2. Recherches sur les théories implicites relatives à la santé et à ses troubles (aux maladies)**

Après la discussion sur les théories subjectives en général, cette deuxième partie du chapitre a pour ambition de s'occuper des théories subjectives relatives à la santé et à ses troubles (aux maladies).

Comme dans la première partie, nous présenterons d'abord l'évolution de l'intérêt pour ce domaine d'études. Nous poursuivrons avec les contenus retenus dans les recherches sur les théories subjectives des troubles de la santé. Nous nous arrêterons un moment sur les théories d'attribution, puisqu'elles ont constitué historiquement la première porte d'accès à la compréhension des théories subjectives. Nous exposerons enfin les théories subjectives relatives aux causes et au traitement des troubles psychiques et la relation entre les théories implicites et le recours aux soins.

### **1.2.1 Le développement de la problématique**

L'homme s'est depuis toujours préoccupé de son corps et n'a pas attendu l'arrivée du « scientifique » pour tenter de comprendre et de résoudre ses problèmes de santé. Lorsque quelqu'un souffre d'une affection

quelconque, surtout lorsque celle-ci perturbe le rythme normal de sa vie, ce malade comme les bien-portants, tous s'efforcent de comprendre ce qui se passe, formulent des conjectures sur le trouble, tentent une explication, en donnent une interprétation et se font leur idée du problème en cours autant que sur la santé et la maladie en général.

Il ressort de cette considération que le savoir scientifique sur les problèmes de santé (en médecine et psychothérapie universitaires) ne constitue qu'un domaine du savoir général sur ce thème. Lorsque quelqu'un ne va pas bien, on ne fait pas toujours intervenir d'emblée le savoir scientifique. Le savoir quotidien du patient et/ou de son entourage immédiat intervient en premier. Les représentations sociales de ce groupe de personnes interviennent pour décider de la manière dont le patient doit se comporter et s'il doit recourir au service des professionnels ou pas.

Ce système de prise en charge du malade se rencontre dans toutes les cultures et dans toutes les sociétés, quel que soit leur degré d'organisation du système de couverture sociale. C'est pourtant assez récemment seulement que ce thème a commencé à retenir l'attention des chercheurs. Cette attention a connu différentes traditions comme on peut le lire chez Bengel & Belz-Merk (1997). Nous nous référons principalement à cet article dans l'aperçu historique que nous présentons dans les pages suivantes.

#### **1.2.1.1 Tradition ethnologique (*Medical anthropology*, dans l'aire culturelle anglo-saxonne, *Ethnomedizin*, dans l'aire culturelle allemande)**

Ce que Jahoda (1993) nous a fait remarquer au début de ce chapitre sur les théories subjectives en général est tout aussi vrai pour le domaine médical. L'intérêt pour ces savoirs est parti des études sur les sociétés « périphériques » (i.e. non-euroaméricaines). C'est beaucoup plus récemment qu'ils sont devenus objet d'études en relation avec les « peuples du centre » (i.e. les Euro-Américains).

Dans le contexte ethnologique, les systèmes médicaux extra-européens (médecine des cultures primitives) ainsi que leurs savoirs (experts et simples) ont été simplement ignorés dès le départ ou considérés comme

facteurs dérangeants pour la médecine coloniale européenne. Les études étaient alors centrées sur la seule culture matérielle et enfermées dans le seul domaine des représentations religieuses et des *pratiques magiques*<sup>36</sup>. Quoi qu'il en soit, c'est paradoxalement grâce à ces études, qu'on a pu lire, pour la première fois, des descriptions des représentations étiologiques sur la maladie et des techniques médicales utilisées par les cultures non européennes.

Rivers (1924), l'un d'entre ces premiers ethnologues, tira de ses recherches des précieux enseignements qu'il publia ensuite. Mais étant donné l'état d'esprit d'alors, personne n'y prêta la moindre attention. Ce n'est qu'aujourd'hui que la pensée euro-américaine s'aperçoit enfin de leur pertinence. La découverte de Rivers (1924) se résume en deux points :

- (1) *les maladies ont un lien intime avec les cultures dans lesquelles elles apparaissent et sont influencées par ces cultures ;*
- (2) *le comportement est fonction des représentations mentales et des croyances qui lui servent de support. Ces représentations et croyances sont elles-mêmes fonction de la vision du monde (worldview, Weltsicht) de la société qui les a imaginées*<sup>37</sup>.

Conduites pourtant pour trouver comment remplacer les « fausses » représentations mentales des systèmes autochtones de santé et des croyances populaires par les « vrais » savoirs de la médecine « moderne », ces études ethnomédicales coloniales ont introduit une brèche dans le bloc monolithique du savoir scientifique qui a débouché paradoxalement sur des études interculturelles. À partir de ces développements, les chercheurs sont arrivés à conclure que le point de vue des « experts » et le modèle médical d'interprétation de la maladie ne constituent **qu'une petite partie** du système de santé (voir Chrisman & Kleinman, 1983, cités par Bengel & Belz-Merk, 1997).

A leur suite, les études ethnomédicales et anthropomédicales ultérieures ont pu établir combien les modèles explicatifs - établissant un lien nécessaire entre les hommes, la santé et la maladie - peuvent être variés

---

<sup>36</sup> Cf. Les travaux classiques des ethnologues britanniques Rivers (1924) et Evans-Pritchard (1937).

<sup>37</sup> Les chapitres deux, trois et quatre de ce travail (relatifs à la psychologie anthropologique négro-africaine) peuvent être considérés à juste titre comme étant un répondant à cette pensée de Rivers dans le contexte négro-africain.



et appropriés (Handlungsrelevant). Les différences sur les représentations mentales de la santé et de la maladie peuvent être interculturelles ou intraculturelles.

Un autre courant de cette littérature ethnomédicale et anthropo-médicale s'est intéressé plutôt aux conceptions de l'anatomie et de la physiologie du corps humain. Elle en a conclu que les représentations du corps sain dans les sociétés non industrialisées sont principalement des *théories d'équilibre*. Elles conçoivent la santé (de manière dynamique) comme étant la résultante équilibrée du rapport entre les hommes, entre l'homme et la nature et entre l'homme et le monde surnaturel.

En ce sens, un trouble dans un domaine donné peut se manifester sous la forme de problèmes physiologiques ou émotionnels (Cf. la théorie des vases communicants de Bimwenyi (1981) et celle de la toile d'araignée de Tempels, 1959). Le fonctionnement sain du corps se comprend comme résultat d'un équilibre harmonieux entre deux ou plusieurs éléments ou forces à l'intérieur du corps. Cet équilibre dépend en partie des facteurs externes comme la nourriture, l'environnement et les forces surnaturelles. Mais il dépend aussi des facteurs internes comme la défaillance des organes ou le déficit mental.

De toutes ces théories de l'équilibre la plus répandue est celle de l'équilibre des fluides corporels. Selon cette variante, l'homme ne peut jouir d'une bonne santé que s'il y a équilibre dans son corps entre le froid et la chaleur. Ces éléments (froid-chaleur) ne renvoient pas nécessairement à la température mesurable avec un thermomètre, mais à la force symbolique qui se rencontre dans la plupart des substances comme nourriture, plantes, médicaments. Les états mentaux, les maladies, les forces naturelles et non naturelles ont leur place dans cette théorie. La santé est au rendez-vous lorsque le corps conserve sa température interne en équilibre.

Selon Helman (1978, cité par Bengel & Belz-Merk, 1997), une conception analogue existe en Grande Bretagne dans les représentations mentales populaires, selon lesquelles c'est la pénétration du froid (ou de l'humidité) extérieur à l'intérieur du corps qui cause les refroidissements et les rhumes. (Qui eût pensé que les sujets de sa Majesté pouvaient encore réfléchir en ces termes ! Mais sont-ils les seuls parmi les Européens à

disposer d'une telle pensée ? Voir Fainzang, 1989).

Un autre thème de recherche concerne les *Folk Illnesses*. Ce sont des syndromes spécifiques à une culture, pour lesquels il existe un modèle de symptômes et de traitement spécifiques pour les membres d'une culture donnée.

On a aussi mené dans cette tradition ethnologique des études sur les représentations mentales spécifiques à une culture en relation avec la diète, la nutrition, le système de santé, l'interaction soignant-soigné, grossesse-naissance ; la douleur, les médicaments et les rituels, le stress et les maladies psychiatriques.

#### **1.2.1.2 Tradition sociologique**

Les études sociologiques sur les représentations de la santé se basent sur les théories des représentations sociales et les théories de la sociologie comparative. Les théories sur les représentations elles-mêmes se fondent sur les théories sociales de Durkheim et sur l'introduction de ces théories en psychologie sociale et en psychanalyse par Moscovici (1961). D'après Durkheim, les représentations sociales sont des savoirs produits et partagés dans un contexte social. Néanmoins ils peuvent se différencier en représentations individuelles et représentations collectives.

Herzlich a été la première sociologue qui a appliqué ce thème sociologique aux études sur la maladie et la santé (depuis 1969)<sup>38</sup>. Par représentations sur la santé et la maladie, on entend (dans ces études françaises) le processus psychologique d'élaboration à travers lequel les expériences personnelles sur la santé et la maladie ainsi que les valeurs et les informations prévalentes dans la société sont intégrées dans une image significative. Ces représentations sont donc un produit social, en ce sens que les structures et les références sociales ainsi que le modèle culturel y sont reproduits.

Selon Herzlich (1973), la population attribuait la maladie à des facteurs externes (urbanité, bactéries, accidents), la santé plutôt à des facteurs internes (tempérament, héritage). Herzlich a isolé trois théories subjectives de la santé dans les représentations populaires :

---

<sup>38</sup> Sa théorie est devenue un thème classique en psychologie.

1. *Santé comme absence de maladie.* On peut même oublier son corps.
2. *Santé comme potentiel de se maintenir en bonne santé.* Ce potentiel est considéré comme une valeur. Il repose sur la capacité de résistance du corps et sa robustesse.
3. *Santé comme état d'équilibre, une expérience immédiate et personnelle de bien-être.*

Ces théories subjectives renvoient aux concepts sociologiques de *norme idéale*, *norme sociale* et *norme fonctionnelle*. Les expériences et les savoirs quotidiens des hommes comprennent plusieurs notions de santé, autrement dit, la santé est un concept plurivoque.

Partant des études d'Herzlich, D'Houtaud (1978) a relevé la différence de concepts de santé dans la population française (Lorraine) en fonction des professions. Pendant que les travailleurs manuels interprètent la santé plutôt de manière instrumentale (fonctionnelle) et négative (ce qui permet d'être en mesure d'assumer ses responsabilités sociales), les professions non manuelles la voient plutôt en termes personnalisés et expressifs (santé comme but personnel)<sup>39</sup>.

Bien que la recherche française se soit intéressée tôt aux représentations subjectives sur la santé, elle n'a pas pour contenu principal la santé. Il s'agit plutôt *d'examiner la valeur explicative du concept théorique* de représentations sociales en ce qui concerne les représentations mentales partagées socialement et, à côté de ce thème, *d'élaborer un modèle explicatif* sur la fonction et la genèse de ces concepts.

Ces études sociologiques sont importantes pour la recherche en psychologie à cause de leur contenu et de leur méthodologie, mais aussi à cause de leur proximité avec les études relatives au concept de soi. D'après Bengel & Belz-Merk (1997), depuis les travaux de Schütz (1971), les études sociologiques se sont développées selon diverses orientations : *ethnométhodologie* commencée déjà depuis 1967 par Garfinkel, *interactionisme symbolique* (Mead, 1973) et *biographies* (Berteaux, 1981 ; Brose & Hildenbrand, 1988 ; Fuchs, 1984). Toutes ces études ont en commun la recherche de *ce qui peut être considéré comme 'savoir' au sein*

---

<sup>39</sup> Bengel & Belz-Merk rapportent beaucoup d'autres études françaises. Ainsi De Rosa (1987) et Jodelet (1989, 1991) qui se sont préoccupés des représentations sociales des maladies psychiques et Morkova & Wilkie (1987) sur les représentations sociales du SIDA.

*d'une société* indépendamment de la validité ou non validité de la recherche.

L'étude d'orientation ethnométhodologique de Calnan (1987, auteur cité par Bengel & Belz-Merk, 1997) récuse les études (construites sur le modèle des sciences naturelles) qui ne visent que l'analyse du comportement et négligent ou refusent de prendre en considération la signification de ce comportement. En effet, lorsqu'on tient compte à la fois du point de vue *structurel* (les conditions matérielles et sociales) et du point de vue *culturel* (les représentations transmises culturellement), on s'aperçoit que *les théories des experts professionnels médicaux n'ont pas plus de valeur que les représentations subjectives des non experts médicaux.*

A partir des résultats obtenus dans cette recherche, Calnan propose un modèle d'explication de la genèse des théories subjectives de la santé. Il soutient que ces représentations naissent à travers la transmission culturelle concoctée par des groupements et des idéologies exerçant une influence sociale prépondérante. La structure sociale, les conditions socio-économiques et les expériences individuelles jouent le rôle de variables modératrices. Ce modèle rejoint le point de vue psychologique que nous avons exposé plus haut (Cf. 1.2.1.2) sur l'origine sociale des savoirs à travers l'apprentissage.

Les résultats des recherches sociologiques relatives aux théories subjectives soulignent donc l'importance des facteurs sociaux dans le développement, le maintien et la modification des théories subjectives. Non seulement les résultats empiriques, mais aussi les modèles théoriques d'explication en sociologie sur les théories subjectives indiquent une convergence vers la psychologie. Elles peuvent compléter la notion de représentation mentale en vigueur en psychologie cognitive et l'élargir en vue d'une dimension sociale.

### 1.2.1.3 Tradition psychologique

La psychologie s'était déjà intéressée aux savoirs quotidiens bien avant les autres sciences sociales (Cf. 1.1.1 et 1.1.2). Cependant, elle n'a commencé que tardivement - par rapport à l'ethnologie et à la sociologie - à s'intéresser aux représentations subjectives de la santé et de la maladie.

Vu sous cet angle, on peut considérer, comme Filipp & Aymanns (1997) l'ont fait, que les premières tentatives d'études vraiment psychologiques sont les recherches conduites auprès des malades chroniques et des handicapés (Cf. notamment Bauman, 1961 ; Bischoff & Zenz, 1989 ; Flick, 1991 ; Verres, 1986 : tous cités par Bengel & Belz-Merk, 1997). Viennent ensuite des études médico-psychologiques ainsi que celles qui ont été menées en psychologie du développement sur les représentations de la santé et de la maladie relatives à l'âge et au développement (Ils citent : Nagy, 1951 ; 1953 ; Rashikis, 1965 ; Natapoff, 1978).

Vers la fin des années 70, on trouve quelques études sur les représentations subjectives des enfants et des jeunes sur la santé et la maladie. Elles révélèrent que les concepts de santé et de maladie n'ont pas le même sens selon qu'il s'agit des enfants ou des jeunes ; que ces concepts sont dépendants de l'âge, du développement cognitif, des conditions de vie au niveau individuel et social, de l'estime de soi, du sexe, de l'activité sportive et même des représentations de la santé chez les parents.

Toutefois, il faut attendre les années 90 pour assister à un vrai essor des recherches psychologiques sur les théories subjectives de la santé et de la maladie. Ces nouvelles études - basées en partie sur des concepts théoriques plus élaborés - présentent des développements méthodologiques et des contenus qui constituent un progrès significatif par rapport aux études antérieures. La plupart d'entre elles recourent, au moins en partie, à des descriptions qualitatives et, dans la plupart des cas, à des interviews. Leurs résultats se recoupent ou divergent selon les méthodes de dépouillement utilisées. En voici les grandes lignes telles que les exposent Bengel & Belz-Merk (1997).

- La notion de santé est moins saisissable et plus abstraite que celle de maladie. Autrement dit, la verbalisation des représentations de la santé est plus difficile que celle des maladies.
- Les représentations subjectives de la santé sont des phénomènes complexes et multidimensionnels. Elles disposent d'un nombre limité de domaines thématiques exprimés. Ceux-ci sont liés les uns aux autres et présentent un vaste modèle biopsychosocial de santé.
- La santé n'est pas un thème courant. C'est plutôt à travers un relatif oubli de soi que se révèle sa présence.
- Les définitions positives de la santé prévalent sur les autres. Les dimensions qui y reviennent le plus souvent sont le bien-être subjectif, l'insistance sur l'unité corps-esprit et l'efficiences au travail. La santé comme absence de maladies n'est donc qu'une des définitions dans les représentations mentales et, en plus, elle n'est pas la plus importante.
- La fréquence d'évocation des différentes définitions de la santé varie avec les conditions de vie, l'état de santé et les variables socio-démographiques (par exemple sexe, niveau de formation, âge, situation générale de vie et de famille, activité professionnelle). Ceci vaut en particulier lorsqu'on définit la santé comme capacité au rendement et comme entité corps-esprit.
- Les représentations subjectives sur le comportement sain et recommandable vont au-delà des aspects que l'on évoque dans l'explication de la santé et qui sont plutôt orientés vers les comportements à risque. Le bien-être psychosocial également y jouit d'une grande faveur.
- Pour les représentations mentales de la santé, l'état de santé actuellement vécu est plus significatif que les expériences de maladies. Cette remarque est corroborée même par les personnes handicapées ou celles frappées par une maladie chronique. Dans ces derniers cas, le seul critère d'intégrité physique ne suffit pas pour faire l'appréciation.
- En analogie avec les représentations subjectives de la maladie, on peut dire que les représentations subjectives de la santé sont également perçues comme une structure cognitive comprenant comme sous éléments : les causes et les conditions de santé, la compréhension,

l'expérience vécue ainsi que les possibilités d'influence sur la santé, et enfin les représentations en vue du développement de la santé.

- D'autres représentations subjectives peuvent interagir avec les représentations subjectives de la santé. Ainsi par ex. les représentations relatives à son propre corps (surtout chez les handicapés ou les malades chroniques), les représentations issues de l'anatomie et de la physiologie d'un corps sain ainsi que les auto-représentations sociales relatives à l'efficienne productive.

Ces études contiennent aussi quelques déficits. La plupart d'entre elles sont semi-quantitatives. Elles recourent fréquemment à des interviews structurées. Leurs auteurs posent peu de questions. En plus, ces questions ne se rapportent qu'aux définitions de la santé. Ces études relèvent avant tout les cognitions individuelles comme représentations sémantiques. Les aspects émotionnels et motivationnels sont négligés jusqu'à présent. Des recherches comparatives pouvant permettre de relever les différences selon les variables sexe, âge, expérience de maladie et conditions de travail manquent encore largement.

Étant donné que les représentations subjectives de la santé sont bien plus que des éléments indépendants dont le contenu est déjà déterminé, il faut prendre en considération autre chose de plus que les simples clarifications conceptuelles sur la santé. On a besoin pour cela de stratégies plus complexes, qui prennent en compte et combinent comme il convient des méthodes qualitatives et quantitatives.

Il est évident que l'on doit absolument recourir à des grands échantillons - que l'on analysera grâce à l'utilisation des instruments de mesure standardisés - pour résoudre la question de la corrélation des théories subjectives sur la santé par rapport aux variables sexe, âge et formation. Mais une étude qualitative est tout aussi nécessaire pour pouvoir appréhender la complexité des représentations et expliquer la place du quotidien dans le développement et le changement de ces représentations ainsi que leur transformation en comportement de santé.

La plupart des recherches sur les représentations subjectives sont plutôt a-théoriques. Les représentations du cadre théorique pouvant expliquer la structure, le contenu et la fonction des représentations subjectives de la santé, leur développement et leur manière d'agir ne sont encore qu'à des

balbutiements. Dans ce sens, les études relatives aux contenus cognitifs des théories implicites s'avèrent d'une grande importance. Elles balisent la voie pour les recherches futures. C'est ce que nous permet d'entrevoir le prochain paragraphe de ce chapitre.

### **1.2.2 Les contenus cognitifs des théories implicites dans les recherches en psychologie**

Selon Filipp & Aymanns (1997), les thèmes généralement traités dans les études sur les théories subjectives concernent : les théories sur le self et sur les autres êtres humains; les théories sur le développement psychologique et sur le bien-être ; enfin les théories sur la santé et la maladie, c'est-à-dire les idées que s'en font les personnes directement ou indirectement concernées.

A ces thèmes déjà exploités, Filipp & Aymanns (1997) ont ajouté l'impact des différences d'attitudes face à la maladie (ex. le cancer). Il s'agit d'analyser la différence de contenu et de structure des théories subjectives sur la maladie entre les patients et les bien portants directement ou indirectement confrontés à cette maladie. Il faut en plus élucider dans quelle mesure les représentations mentales liées à la maladie sont présentes ou absentes, et dans quelle mesure il faut différencier dans les théories subjectives la part culturelle de celle plutôt individuelle ou idiosyncratique.

Considérant l'immensité du travail à faire, Filipp & Aymanns (1997) proposent qu'on focalise la recherche sur certains éléments plutôt que d'embrasser la totalité du domaine. On pourrait par exemple regrouper le contenu cognitif de ces éléments selon les domaines représentant les savoirs quotidiens psychologiques et les analyser en tant qu'éléments des théories implicites. Un type de regroupement possible serait :

1. Eu égard aux théories psycho-cognitives
  - a. Liens entre symptômes et « étiquette »
  - b. Hypothèses sur les causes des maladies
  - c. Attentes par rapport à leurs conséquences
  - d. Hypothèses sur leur extension dans le temps
  - e. Hypothèses sur la « curabilité » d'une maladie



2. Eu égard à la relation à la maladie
  - a. Hypothèses sur la gravité ou la menace de la maladie
  - b. Responsabilité personnelle dans la genèse de la maladie
  - c. Contrôlabilité de la maladie
  - d. Changement / chronicité de la maladie
3. Eu égard aux différentes conceptions théoriques des théories subjectives
  - a. Théories d'attribution
  - b. Théories de contrôle

En outre, Filipp & Aymanns (1997) constatent que plusieurs études s'orientent actuellement vers la prévision et l'explication du comportement de santé et l'analyse détaillée des systèmes de croyance sous-jacents à ce comportement. Ces études ont pour point focal *la perception des facteurs de risque et la croyance dans sa propre invulnérabilité*. Leurs conclusions peuvent être ramenées à trois points :

- (1) Le premier système de croyance est *sa propre invulnérabilité*. Malgré la connaissance personnelle d'une grande vulnérabilité dans la population générale, les individus se considèrent, illogiquement, comme étant personnellement plus invulnérables que leurs concitoyens. Autrement dit, la croyance en sa propre invulnérabilité ne devrait pas être retenue comme critère valable pour tester la rationalité de la théorisation subjective de l'homme ordinaire.
- (2) Les personnes déjà confrontées à une maladie ou à des événements contrariants de la vie considèrent avec plus de réalisme leur vulnérabilité par rapport à ces événements ou à cette maladie. Elles se considèrent cependant comme étant invulnérables (autant que ceux qui n'ont pas encore expérimenté leur vulnérabilité) eu égard aux *autres* maladies ou aux *autres* événements négatifs. Ces deux points laissent voir combien les systèmes de croyance sont difficiles à éradiquer. En l'occurrence, la croyance en sa propre invulnérabilité empêche ici le transfert des connaissances ou d'expériences.
- (3) Le pronostic du comportement de santé dans le contexte des théories subjectives s'annonce plutôt aléatoire. Par exemple, la perception d'être exposé aux risques de cancer ne pousse pas nécessairement à recourir aux mesures de détection précoce du cancer. Par contre, son

acceptation semble plus liée à la confiance générale dans la médecine et/ou à une bonne relation avec le médecin.

### **1.2.3 Les théories d'attribution et la pertinence des théories subjectives sur les troubles**

Dans l'introduction à ce chapitre, nous avons relevé que les théories d'attribution ont beaucoup contribué à la genèse de l'intérêt pour les théories subjectives en général et pour celles relatives à la santé et à la maladie en particulier. Elles s'efforcent de comprendre le surgissement des représentations mentales de l'homme ordinaire concernant les liens causaux et leur influence sur l'activité quotidienne. Leur objet concerne les attributions causales et les croyances de contrôle, dont on sait qu'elles représentent une partie importante des savoirs quotidiens sur la maladie.

De manière générale, les processus d'attribution sont déclenchés par les dissonances cognitives que le sujet expérimente en lui, par exemple lors d'une maladie grave qui contrarie son attente d'être en bonne santé et ses émotions de bien-être.

D'après Perrez (1989), on ne doit pas confondre les attributions causales avec les croyances de contrôle. Les premières se reportent à l'explication des événements passés et présents, tandis que les deuxièmes, de même que les attentes de contrôle, se réfèrent aux résultats des actions futures.

Telles qu'elles ont été formulées initialement par Kelly (1955) et Heider (1958) pour expliquer les comportements relatifs à la compétence, les théories d'attribution partent de cinq présupposés.

- 1) On suppose que l'individu a un mobile général pour lequel il veut attribuer des causes à des événements (*attributions causales*).
- 2) La recherche des causes est motivée par le contrôle des événements.
- 3) Pour que le contrôle soit possible, l'individu doit pouvoir faire la distinction entre les *lieux de contrôle*, c'est-à-dire il doit pouvoir distinguer les *causes externes* qu'il ne peut absolument pas contrôler (par exemple le sort, la dépendance d'autres personnes...) de celles *internes* qui dépendent de lui (par exemple ses capacités, ses efforts).
- 4) Il doit en plus distinguer les causes *stables, invariantes* (ex. la débilité) de celles qui sont *variables*, c'est-à-dire influençables (ex. son effort).

5) Enfin, on suppose qu'il y a un lien systématique entre les *attributions* et le *comportement*.

Les représentations subjectives des causes (*les attributions causales*) et les attitudes d'attentes généralisées en vue d'influencer une maladie ou un trouble (*les croyances de contrôle*) exercent une grande influence sur la manière dont la maladie ou le trouble sera perçue et sur la signification qu'elle aura pour la personne malade.

Weiner (1971 et 1972, cités par Knaus, 1993) propose le schéma suivant pour la classification des théories d'attribution de la signification de la maladie.

Tableau 4 : *Classification des significations de la maladie (Cf. Knaus, 1993, p. 50)*

Processus dans le temps :		Contrôle :	
		interne	externe
Stable	maladie comme	honte	destruction
Variable	maladie comme	défi	ennemi

Aux variables *interne vs. externe*, *stable vs. variable*, le développement ultérieur de la théorie a rajouté, *global vs. spécifique*.

Verres (1986) trouve que pour qu'une personne envisage positivement la possibilité d'action sur sa maladie et qu'elle ait une activité subjective raisonnable et responsable, il faut que cette maladie soit perçue au préalable comme *variable* et *interne*, c'est-à-dire il faut qu'elle l'attribue à un domaine où son influence sur elle est possible.

Si le contrôle sur une maladie est attribué à des causes externes, le comportement futur du malade dépendra de la manière dont cette cause est perçue : est-elle globale, c'est-à-dire générale ou spécifique à cette situation, aux événements présents ? S'il l'attribue, par exemple, à d'autres personnes susceptibles d'intervenir sur son évolution (médecins, psychothérapeutes), il s'en remettra à eux et en cas d'échec, il leur en fera porter la responsabilité. Si par contre, la cause externe est attribuée au

sort, il se laissera aller au fatalisme et développera le sentiment d'impuissance.

La psychologie médicale s'est beaucoup intéressée aux théories d'attribution et surtout aux styles d'attribution pour comprendre certains troubles et certaines maladies, particulièrement lorsqu'il s'agit d'émettre un pronostic sur le comportement d'un malade.

En cas de dépression, par exemple, les styles d'attribution se sont avérés non seulement comme de bons prédicteurs, mais également comme susceptibles de fournir une explication plausible du trouble. Ils ont ainsi souligné que les dépressifs ont tendance à attribuer les événements négatifs ou leurs échecs à des facteurs *internes, globaux et stables* ; leurs succès, par contre, sont attribués à des facteurs *externes, spécifiques et variables* (Ellgring, 1990).

Dans leur théorie de *l'impuissance apprise* (helplessness), Abramson, Seligman & Teasdale (1978) se basent sur le style d'attribution en tant qu'il est caractéristique de la personnalité. Ils trouvent que ce style d'attribution, qui conduit au sentiment de totale impuissance et d'incapacité de trouver de l'aide face aux événements (maladie somatique ou trouble psychique) et qui a été appris durant le processus de socialisation, est à la base de la genèse de la dépression et contribue de manière significative à son maintien.

On ne confère un rôle central aux attributions causales que dans la mesure où elles génèrent un « moment-by-moment-coping » et possèdent une fonction régulatrice du comportement dans l'actualisation des réactions de lutte pour surmonter le trouble ou la maladie. Ce n'est qu'en ce sens qu'on peut expliquer par exemple les multiples efforts de bien des malades chroniques de modifier leur style de vie ou leurs habitudes alimentaires. Ces malades auraient structuré la genèse de leur maladie en rapport avec leur théorie attributive causale et se trouveraient à présent déterminés à « combattre » ces causes ou au moins à limiter leur efficacité.

Il existe beaucoup d'auteurs qui n'accordent pas une aussi grande importance aux processus d'attribution dans la gestion de la maladie. Filipp & Aymanns (1997) en reproduisent une longue liste. On trouve parmi ces auteurs les classiques Nisbett & Wilson (1977), dont l'objection peut être résumée en une phrase : les cognitions causales sont dues

davantage à la manière dont les questions sont posées qu'à la réalité elle-même. Ils s'en prennent donc à la question classique de la procédure méthodologique.

Filipp & Aymanns (1997) répondent à cette objection en se référant à leur propre recherche où déjà dans la phase exploratoire, non directive, 50% des sujets ont recouru spontanément aux attributions causales. Mais lorsqu'ils ont formulé des questions directes, les attributions causales sont montées à 90% des réponses. En plus 80% des sujets prétendaient avoir découvert pour eux-mêmes les causes de leur maladie (cancer).

Bien que les attributions causales appartiennent aux éléments les plus étudiés dans les théories implicites, il reste encore à leur sujet beaucoup de questions ouvertes, notamment la question de leur adéquation dans la discussion sur la maladie, comme la contestation de Nisbett et Wilson (1977) vient de le montrer. De même, il reste encore à clarifier comment ces croyances se développent et comment on peut éventuellement les modifier plus facilement.

Filipp & Aymanns (1997) attirent l'attention sur le fait que les théories subjectives relatives aux maladies somatiques n'accomplissent pas seulement des activités d'anamnèse (*retrognostische Aktivitäten*) dans lesquelles domine la recherche des causes de l'origine de la maladie et dans lesquelles des conjectures étiologiques correspondantes sont formulées. Elles comprennent également des valeurs pronostiques (*prognostische Elemente*). Ces éléments théoriques comprennent d'une part des conjectures sur le déroulement et la curabilité de la maladie correspondante, mais aussi des constructions individuelles de sens.

Une prémisse importante est que les hommes ne posent pas seulement des questions sur les causes (originantes), « pourquoi ça ? » (*Warum-Fragen*), mais aussi des questions sur la finalité de l'acte (*Wozu-Fragen*). Verres (1986, cité par Knaus, 1993), propose de distinguer les perspectives téléologiques (*um zu*) des perspectives causales (*weil*). Les *mobiles téléologiques* (*Um-zu-Motiven*) sont orientés vers l'avenir et ont un effet motivant en vue d'atteindre le but futur. C'est pourquoi on leur attribue la responsabilité (*Relevanz*) de la *conduite du comportement*. Les *mobiles causals* (*Weil-Motiven*) sont plutôt tournés vers le passé et leur influence sur la conduite du comportement n'est pas aussi évidente. En

effet, les attributions indiquent toujours un caractère soit d'orientation, soit de justification de l'action.

Comme dans les théories scientifiques, les explications téléologiques jouent un rôle essentiel dans les théories subjectives. Cette activité cognitive fait l'objet d'étude, ces dernières années, en tant que manière particulière de gérer des événements traumatisants (« Search of meaning » : Cf. Filipp & Aymanns, 1997, p. 9). Malheureusement, cette question n'est thématifiée que comme processus d'attribution causale, sans différencier les types *rétrognostics* des types *pronostics*. En plus, on confond souvent le « sens » avec la perception des suites positives de la maladie. Ce que déplore Taylor (1983, cité par Filipp & Aymanns, 1997).

Selon Filipp & Aymanns (1997), la plupart des recherches laissent ouvertes la question de savoir si une grave maladie somatique déclenche vraiment/concrètement une crise du sens et engage les processus téléologiques de recherche du sens. Leur collègue, Meier (1992), qui a étudié explicitement la question de la recherche du sens en relation avec une maladie grave, aurait trouvé, contre toute attente, que la confrontation avec le cancer n'aurait soulevé la question de la recherche du sens que chez une infime proportion de malades. En plus, l'abandon précoce de la recherche du sens, parce qu'aucun sens ne pouvait être trouvé, n'aurait exercé aucune nuisance sur le bien-être psychique des patients.

#### **1.2.4 Les théories implicites des causes et du traitement des maladies psychiques**

Alors que la recherche sur les causes des maladies somatiques dans les théories subjectives étale déjà une littérature assez abondante, celle sur les causes des maladies psychiques n'est encore qu'à des balbutiements. Nous référons ci-dessous à quelques études plus significatives.

Pour Angermeyer (1991: *étude sur les causes des psychoses fonctionnelles*), qu'il s'agisse des réponses aux questions ouvertes ou à un check liste, les patients comme leurs parents bien portants ont attribué la cause de la maladie à des facteurs psychiques et psychosociaux plutôt

qu'aux facteurs biologiques et encore moins magico-ésotériques. Leurs réponses révèlent un recours à un modèle explicatif à causalité multiple.

Déjà Scheer & Moeller (1976 : *étude sur les étiologies profanes*) aussi avaient trouvé dans une étude conduite auprès des étudiants en psychothérapie que les causes psychiques et psychosociales sont de loin dominantes. De leur côté, Ahrens & Elsner (1982), à partir d'une étude auprès de différentes catégories de malades (malades psychiques, malades psychosomatiques et malades somatiques), ont pu établir que le concept de maladie ou trouble est différent selon les types de personnes. Les névrotiques ont développé un concept tourné vers l'intérieur, tandis que celui des patients psychosomatiques et somatiques est tourné vers l'extérieur.

Quant aux traitements, Scheer & Moeller (1976) ont constaté que le succès de l'intervention psychothérapeutique dépendait beaucoup sinon principalement des attentes du patient sur le traitement. Une trop grande divergence entre les représentations mentales du psychothérapeute et du patient se traduit souvent en un échec du traitement. Ahrens & Elsner (1982) abondent dans le même sens et montrent que les préférences des patients pour un traitement corrélaient avec les types d'étiologies envisagés par eux (voir aussi Kammer, Born & Klose, 1990).

Etant donné, d'une part, que les attributions causales servent entre autres à reconstruire l'origine de la maladie et à réguler les émotions qui y sont rattachées, et qu'elles définissent, d'autre part, comment les patients essaient de surmonter leur maladie et ses conséquences, il n'est que logique que l'on trouve une corrélation entre les théories subjectives sur les causes et celles sur les traitements. C'est ce que ces études ont confirmé, du moins en ce qui concerne les théories subjectives de ceux qui sont directement concernés par la maladie psychique<sup>40</sup>. Toutefois, il reste encore à clarifier comment les attributions exercent concrètement leur fonction régulatrice du comportement et comment elles influencent le choix du traitement ainsi que la manière de surmonter la maladie.

---

<sup>40</sup> Pour Ahrens & Elsner (1982), cette corrélation se rencontre même dans les théories des patients somatiques et psychosomatiques.

### 1.2.5 Les théories subjectives et le recours aux soins

Dans son article « *Überlegungen zu einer sozialkognitiven Theorie des Gesundheitsverhaltens* », Schwarzer (1989) présente différents modèles d'analyse du comportement de santé selon les théories subjectives telles qu'elles ont été synthétisées par des psychologues.

- (1) La *Theory of Reasoned Action* (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980);
- (2) Le *Health-Belief-Model* (Rosenstock, 1966, et Becker, 1974);
- (3) *The Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation - PRECEDE* - (Green, Kreuter, Deeds & Patridge, 1980);
- (4) La *Protection Motivation Theory - PMT* - (Rogers, 1983).

Tous ces modèles partagent à la base cette idée que dans leur comportement de santé, les hommes sont influencés principalement par leurs théories subjectives et leurs croyances sur la santé, la maladie et la prévention.

Pour la *Theory of Reasoned Action*, le comportement est le résultat de l'intention formée préalablement par les attitudes et les croyances. La décision d'agir est déterminée par deux éléments: (1°) l'opinion qu'on se fait du comportement (i.e. l'élément affectif et évaluatif de l'action) et (2°) la norme subjective (i.e. la perception de l'Autre généralisé, une sorte de pression sociale généralisée de l'espoir). Ces deux éléments dépendent de la signification subjective qu'on leur accorde, c'est-à-dire d'une triple attente : l'attente du résultat de l'action, l'attente des suites de ces résultats et celle des personnes de référence ou de groupes spécifiques de référence. Pour agir sur le changement d'attitudes, il faut d'abord changer les cognitions ; et pour développer une intention de comportement, il faut d'abord modifier les opinions.

Pour le *Health-Belief-Model*, le comportement de santé (le recours au conseil ou au traitement médical, la prévention, les soins) est toujours rationnel en ce sens qu'il s'appuie sur des facteurs cognitifs et sociaux qu'on peut réduire à quatre: (1) la *vulnérabilité subjective* (perceived susceptibility to illness) qui favorise des mesures préventives et la fidélité



à la prescription médicale<sup>41</sup>; (2) la *perception de la gravité des symptômes* (perceived severity); (3) les *attentes de l'efficacité du traitement*; (4) les *stimuli externes et internes poussant à l'action*.

Le modèle *PRECEDE* intègre des facteurs individuels - prédisposants (théories, attitudes mentales, croyances, valeurs, perception de soi) - et des facteurs environnementaux susceptibles d'empêcher le comportement adéquat, de le maintenir ou de le renforcer (soutien social, récompense, perte...).

La *Protection Motivation Theory* adopte des éléments du Health-belief-model et de la reasoned action. Elle est une élaboration cognitive des informations qui menacent la santé et qui empêchent l'adoption des comportements de santé appropriés. Elle stipule quatre facteurs: (1) la perception de la gravité d'une menace à la santé, (2) la perception de sa propre vulnérabilité en face de cette menace, (3) la perception de l'efficacité d'une mesure de prévention contre la menace, (4) le self-efficacy (la compétence subjective à se protéger contre le danger). Ces quatre facteurs contribuent à la formation de l'intention d'adopter un comportement de santé bien défini. Cette intention permet le meilleur pronostic du comportement effectif.

Schwarzer (1989) reproche à ces théories de s'être limitées à la formation de l'intention et de n'avoir rien dit sur le comportement sain lui-même. Il propose de distinguer deux phases dans l'intention d'agir: (1) *la motivation*, à laquelle appartient la formation de l'intention (de la décision) et (2) *la volition* qui se rapporte à l'exécution effective du comportement ainsi qu'à l'effort et à la ténacité dans sa réalisation. La prévention concerne principalement la phase de motivation, mais aussi celle de volition.

La théorie de Schwarzer, *die sozialkognitive Gesundheitsverhaltenstheorie*, repose sur cette opinion que le comportement de santé, comme n'importe quel comportement humain, est provoqué et dirigé cognitivement, bien que les influences sociales jouent aussi un rôle important. La particularité de ce modèle réside dans la prise en considération des conditions pour

---

<sup>41</sup> Compte tenu de la forte croyance en sa propre invulnérabilité, comme nous l'avons vu plus haut (Cf. Filipp & Aymanns, 1997), il y a lieu de douter que la vulnérabilité subjective puisse vraiment conduire aux mesures de prévention. A moins que la personne ait été sujet d'une maladie et auquel cas elle ne se croira vulnérable pour cette maladie précise et non pour les maladies en général.

l'exécution d'un comportement réel de santé, i.e. dans la transformation d'une intention d'agir en un comportement préventif.

Ces conditions sont de différents ordres. La force de volition (*Volitionsstärke*) définit la réalisation et le maintien du comportement de santé. Elle est globalement influencée (1) par la force de l'intention (*Intentionsstärke*), (2) par l'estime de soi (*Kompetenzerwartung, Selbstwirksamkeitserwartung*), (3) par la situation, (4) par l'exécution ou non de l'action elle-même, par l'évaluation du succès ou de l'échec de cette action et son attribution causale, (5) par des barrières intrapsychiques (p. ex. impatience, indolence), (6) par des tendances protectrices métacognitives (p. ex. l'auto-encouragement).

Pour Allmer (1989), la réalisation concrète de l'intention de changer un comportement de santé demande une grande force de volonté pour vaincre des stimulations contraires, mais concurrentes (les habitudes passées et les autres intérêts). Il faut en plus renforcer cette volonté durant la phase de réalisation du comportement. Le modèle de Allmer nous semble une variante de celui de Schwarzer, mais présentant l'avantage d'être plus concis et plus attentif à la circularité entre les éléments.

## Conclusion

L'intérêt pour les savoirs de l'homme de la rue fait du chemin. Commencées dans le contexte colonial, imbu de préjugés sur la supériorité des productions culturelles euro-américaines et corrélativement de l'infériorité des productions des autres peuples, les études sur les savoirs informels ne présentaient qu'un intérêt marginal. Elles n'étaient bonnes que pour l'ethnologie et l'anthropologie culturelle, et plus tard pour la psychologie.

Mais depuis que les études interculturelles ont commencé, on s'est aperçu que ce domaine pouvait concerner tous les peuples quels que soient leurs niveaux de développement technologique. C'est ainsi que pratiquement toutes les disciplines scientifiques s'y intéressent aujourd'hui.

Cependant on est encore dans un domaine nouveau, dont les contours ne sont pas encore clairement définis. On ne l'aborde le plus souvent que par comparaison avec le savoir scientifique, qui est considéré comme le paradigme du savoir humain. En ce sens, on aperçoit le savoir informel comme une étape rudimentaire vers ce vrai savoir.

Mais de plus en plus de voix s'élèvent pour dénoncer cette arrogance du savoir scientifique. Parmi elles beaucoup de psychologues (et de psychosociologues). Ils proposent qu'on étudie ce savoir en lui-même, car bien qu'il dispose d'une grande parallélité de structures avec le savoir scientifique, il ne se réduit pas à celui-ci. En plus, il peut constituer une source d'enrichissement et de renouvellement possible du savoir scientifique, d'autant plus que le savant universitaire lui-même y recourt quotidiennement et presque à chaque instant.

Faisant écho à ces voix, nous nous sommes proposé d'approcher les savoirs quotidiens négro-africains relatifs à la santé et à la maladie. Nous espérons qu'ils s'avéreront être une nouvelle chance pour le savoir scientifique psychologique, psychothérapeutique et médical.

## Chapitre 2 : Anthropologie *bantu* : Le « *ntuisme* »<sup>42</sup> et le combat pour la vie (la santé), contre la mort (la maladie)

### Introduction

« La culture fait figure d'un jeu de cartes, mais dont les valeurs ne sont pas fixées à tout jamais – même les règles du jeu se négocient en jouant et rien n'est joué d'avance (...); les joueurs reçoivent bien sûr leurs cartes (...) mais l'essentiel c'est qu'ils sachent bien s'en servir au fur et à mesure que le jeu progresse. La culture est plus un pion qui penche vers un avenir à éditer qu'un patrimoine passé qui pèse de tout son poids pour une gestion répétitive des acquis » (Singleton, 1998 (?), pp. 7-8).

Ce chapitre sur l'anthropologie *bantu* a l'ambition de mettre en lumière la profondeur et la pertinence des théories subjectives négro-africaines sur l'homme et l'univers dans lequel il évolue, sur la santé – paradigme de la vie - et la maladie – paradigme de la mort – ainsi que sur les moyens mis en œuvre pour vaincre la maladie et faire triompher la vie aux dépens de la mort.

A partir du précédent chapitre nous savons déjà que les théories implicites ou les savoirs informels sont considérés par beaucoup de scientifiques comme des savoirs mineurs et que c'est avec peine qu'ils sont en train de se frayer un chemin vers leur pleine reconnaissance. Rajoutons à cela que les savoirs d'origine africaine ont encore plus de

<sup>42</sup> Ce néologisme vient du terme africain proto-bantu «*Ntu*». Kabongo & Bilolo (1994) rapportent que cette notion «véhicule l'idée du dynamisme et de la communicabilité de l'être. De là son adoption au Congrès International des Africanistes à Dakar (en) 1967 comme une catégorie fondamentale de la Pensée africaine : «Ce qui nous intéresse, c'est notre attitude, vis-à-vis de la vie de la culture et de notre héritage. En choisissant NTU, nous l'avons vu comme la représentation d'une philosophie qui couvre toute l'Afrique. La plupart des idées qui reflètent l'art africain sont contenues dans la philosophie *Ntu*». Cette option se fonde sur le fait que le radical *Ntu* se rencontre dans la structure fondamentale des langues *bantu*, héritage principal de leur culture. Il montre la souche commune de leur provenance» (pp. 66-67).

Le terme *bantu* (le pluriel de *muntu*) reviendra plusieurs fois au cours de ce travail. Voici comment l'érudit historien congolais Th. Obenga (1985) l'explique et le définit : «En 1862, le missionnaire W.H.I. Bleek (1827-1875) forge le terme *bantu* pour désigner un vaste ensemble de langues, visiblement apparentées, précisément les langues *bantu*. Le singulier de ce mot est *muntu*. Il signifie simplement : "homme (*homo*), être humain, personne humaine". C'est que le vocable "homme" (*homo*) se dit à peu près de la même manière dans toutes les langues concernées, du Cameroun au Cap, de l'océan Atlantique à l'océan Indien» (p. 335). Le monde *bantu* regroupe plus de cent cinquante millions d'hommes et occupe approximativement le tiers du continent africain.

peine à se faire accepter comme des savoirs pertinents pour l'homme d'aujourd'hui. D'aucuns prétendent qu'il s'agit de connaissances dépassées et inaptes même pour les Africains eux-mêmes. Ceux qui s'y intéressent sont parfois qualifiés de « conservateurs de musée ». Voilà pourquoi nous ouvrirons ce chapitre avec un préliminaire qui tentera de lever tout malentendu sur le sens de la modernité en Afrique.

Après ce préliminaire, nous aborderons le thème proprement dit en présentant dans un premier volet le « *ntuisme* » ou la conception de l'homme dans l'univers *bantu*. C'est le cadre fondateur de tout notre discours. Nous verrons que l'homme négro-africain se comprend comme étant constitutivement, radicalement « **membre** », « béance » existentielle vers l'Autre et les autres sans lesquels il ne peut ni exister ni survivre. Nous parlerons ainsi de sa relation à Dieu (*membre* avec Dieu), de sa relation aux autres humains (*membre* intrahumaine) et de sa relation au monde (*membre* avec le cosmos) comme étant une triple dimension constitutive de son être.

Le deuxième volet du chapitre exposera comment cet homme (*muntu*) triplement membre comprend la santé (la vie) et la maladie. Suivant ici le schéma classique en clinique, nous avons divisé cette partie en deux sous-parties. La première sera un exposé général sur les notions de santé et de maladie en contexte culturel négro-africain. Il s'agira d'un exposé concernant les théories implicites sur le corps humain, sur la santé et sur la maladie dans ce contexte culturel. Suivra ensuite un discours sur les grandes classifications des maladies et les théories étiologiques intuitives négro-africaines.

Compte tenu de bien des préjugés au sujet de la santé psychique des Africains, préjugés issus de l'idéologie coloniale mais encore tenaces aujourd'hui, un paragraphe sera consacré aux troubles psychiques en Afrique du point de vue de la psychiatrie euro-américaine et de celle des *nganga* (tradipraticiens) négro-africains.

La deuxième sous-partie concerne le traitement. Elle exposera d'abord la manière dont les *nganga* sont perçus et surtout les qualités qui sont requises pour accéder à cette charge. Elle soulignera aussi ce qu'ils ne sont pas ou ne peuvent pas être - des *sorciers* - pendant qu'ils sont *nganga*. Elle présentera ensuite les procédés et les techniques utilisés par les *nganga* de la ligne traditionnelle et les *nganga* « *spiritualistes* »

pour promouvoir la santé, c'est-à-dire soutenir la vie. Il s'agira du diagnostic (surtout du diagnostic étiologique) et des techniques thérapeutiques proprement dites. Nous aborderons enfin, brièvement, l'organisation des séances thérapeutiques, les catégories des maladies les plus soignées ainsi que l'appréciation du coût des prestations. L'objectif de tout l'exposé étant de nous permettre de "voir le voir" (Demestre, 1996), c'est-à-dire d'appréhender la médecine africaine dans ce qu'elle a de fondamentale, sans nous laisser distraire par des détails cosmétiques.

## **2.1 Une remarque préliminaire : Sommes-nous des « conservateurs de musée » ?**

Avant d'entrer dans le vif de notre thème sur les théories implicites négro-africaines, il nous faut répondre à l'objection devenue aujourd'hui un lieu commun quand on parle du monde africain "traditionnel".

Bien des gens affirment qu'il tient office de "conservateur de musée" celui qui se réfère encore aujourd'hui à la vision négro-africaine du monde. Ils déclarent que le Négro-africain est déjà définitivement entré dans la "modernité" et que sa vision du monde d'autrefois n'est plus que folklore, sans impact – ni réel ni possible – sur l'orientation du monde actuel. Ce dernier évolue et tend vers l'universel. La mondialisation est bel et bien en marche. L'Africain ne peut pas s'y soustraire s'il veut encore survivre. Ce serait une anti-valeur, par exemple, que de proposer aujourd'hui aux jeunes *Kinois* (habitants de Kinshasa) des valeurs d'un monde qui a cessé d'exister pour eux<sup>43</sup>.

Il est vrai que cette vision du monde n'est plus vécue telle quelle. L'impact de la vision euro-américaine est notoirement perceptible même chez les Africains ruraux. Des Africains pouvant présenter aujourd'hui de manière cohérente et large la vision traditionnelle africaine du monde sont sans aucun doute peu nombreux<sup>44</sup>. Mais comme le note Peltzer (1989a) dans sa description du "transitional African", "*la*

<sup>43</sup> On peut lire l'analyse de ces positions dans Bimwenyi-Kweshi, 1981; Peltzer, 1989a; Panu-Mbendele, 1994.

<sup>44</sup> Cette difficulté n'est pas propre aux Africains contemporains. Elle est inhérente aux savoirs quotidiens en tant que tels. Mais elle est plus patente encore chez les peuples qui ont subi la colonisation.

personne se trouve dans le processus de passage de la culture traditionnelle (africaine) vers celle occidentale et peut retourner temporairement, surtout en temps de crises (vers la culture traditionnelle) (...). Elle n'est plus traditionnelle, mais n'est pas encore non plus occidentale. Son esprit est déjà occidental, mais reste encore au niveau psychosocial enraciné dans la culture traditionnelle" (pp. 130 et 132, d'après notre traduction). Autrement dit, cette catégorie de personnes comprend deux types de valeurs de référence qui coexistent : les valeurs traditionnelles et occidentales.

Plusieurs auteurs occidentaux, d'après Bourguignon (1989), ont souligné cette double référence chez l'Africain contemporain, notamment chez les sujets les plus occidentalisés. Jahoda (1970) l'a observée auprès des étudiants ghanéens, Johnson (1977) auprès des étudiantes *Songa* (Afrique du Sud) du niveau d'études secondaires à propos de la croyance en la sorcellerie. D'après ces auteurs, Bourguignon lui-même y compris, les sujets ne trouvent aucune contradiction dans cette coexistence.

Pour comprendre cette situation, il convient d'avoir à l'esprit cela que Balandier (1970) soulignait déjà au début des années 70 et qui est confirmé par des études ultérieures à partir d'autres lieux d'observation (voir Watzlawick, Beavin & Jackson, 1979 ; Bimwenyi-Kweshi, 1981 ; Ellgring, 1990)<sup>45</sup>. Voici en substance la thèse de Balandier (telle que rapportée par Bimwenyi-Kweshi, 1981) à laquelle nous ajoutons çà et là notre commentaire.

On doit distinguer trois niveaux de changement lorsqu'on parle du développement de la mentalité d'un peuple : *le niveau morphologique*, *le niveau institutionnel* et *le niveau des valeurs*. Lorsque des changements interviennent à ces différents niveaux, ils n'ont ni la même vitesse ni la même intensité. Moins le niveau touche l'identité, l'être du groupe social – ainsi le niveau morphologique, i.e. l'habitat, les manières de manger, de se vêtir, de voyager... -, plus facilement il se modifiera, plus fréquemment on observera des changements en relation avec les nouvelles circonstances. Les changements y relatifs peuvent être spectaculaires, autant à cause de la rapidité avec laquelle ils seront

---

<sup>45</sup> Nous recommandons de lire le développement plus détaillé chez Bimwenyi Kweshi, 1981, pp. 365 et suivantes.

intervenues que de la palette des domaines qu'ils auront envahis. Ainsi, par exemple, selon Siegrist (1990), les critères de "normalité" peuvent changer de fond en comble au cours d'une génération ou deux à l'intérieur d'une même et unique société.

Le deuxième niveau, celui des institutions (mariage, famille, éducation, médecine, juridiction, politique...), étant plus lié au sort du peuple et à la survie du groupe, aura déjà moins d'empressement à se transformer. On observera pendant plusieurs générations la coexistence des institutions anciennes et nouvelles.

Le troisième et dernier niveau, celui des valeurs ou du sens des choses, sera encore plus lent à intégrer des nouveautés, puisqu'il est plus intimement lié à l'identité culturelle du groupe, qui est elle-même le support de l'identité individuelle. Des changements y interviendront sans doute, mais seulement après que les apports étrangers auront eux-mêmes subi des transformations de manière telle qu'ils ne seront plus perçus par la culture autochtone comme éléments étrangers, mais plutôt comme partie intégrante d'elle-même. Ce sera comme si la tradition s'était régénérée elle-même, tel un reptile qui aura fait sa mue.

Ce fait sociologique (cette diversité de vitesse dans les changements et surtout l'extrême lenteur du troisième niveau) a un fondement psychologique et philosophique. Watzlawick, Beavin et Jackson (1979) l'ont exprimé mieux que quiconque dans ce passage où ils expliquent les différents niveaux de savoir et l'importance pour nous du troisième degré du savoir :

« Nous savons d'abord qu'il existe deux types de savoir : un savoir *des* choses et un savoir *sur* les choses. (...) Si l'on appelle savoir du premier degré la conscience sensible, le savoir sur un objet sera un savoir au second degré ; c'est un savoir sur le savoir du premier degré, donc un "métasavoir" » (p. 264).

« L'homme est continuellement en quête d'un savoir sur les objets de son expérience. Il cherche à en comprendre le sens et à réagir conformément à la compréhension qu'il a acquise. Finalement, de la somme des sens qu'il a pu déduire de ses contacts avec de nombreux objets de son milieu pris un à un, naît une vue unifiée du monde dans lequel il se trouve "jeté" (...), et cette vue relève du troisième degré du savoir. Il y a de solides raisons de penser qu'il n'y a vraiment pas lieu de



se demander en quoi consiste cette conception du monde au troisième degré du savoir. (...) Ce qui importe, par contre, c'est que l'homme agit en fonction d'un ensemble de prémisses sur les phénomènes qu'il perçoit, et qu'au sens très large, son interaction avec la réalité (c'est-à-dire pas seulement avec d'autres humains) sera déterminée par ces prémisses » (Watzlawick, Beavin et Jackson, 1979, pp. 265-266). (...)

« Une différence frappante apparaît si l'on compare l'aptitude de l'homme à accepter ou supporter des changements dans ses prémisses du second degré et dans celles du troisième degré. L'homme possède une aptitude presque incroyable à s'adapter aux changements du second degré ; quiconque a eu l'occasion d'observer la résistance de l'homme dans les conditions les plus atroces en conviendra. *Mais il semble que cette résistance ne soit possible qu'autant que ne sont pas bafouées ses prémisses du troisième degré concernant son existence et le sens du monde dans lequel il vit.* (Nous soulignons).

C'est cela que devait penser Nietzsche quand il a dit que celui qui a une réponse au *pourquoi* de son existence pourra en supporter presque toutes les *modalités*.

Mais l'homme (...) semble bien mal équipé pour faire face aux incohérences qui menacent ses prémisses du troisième degré. *Psychologiquement, l'homme ne peut survivre dans un univers dont de telles prémisses ne peuvent rendre compte, dans un univers qui pour lui n'a pas de sens. (...) "Sens" n'a pas ici une connotation sémantique, mais existentielle. L'absence de sens, c'est l'horreur du Néant existentiel* » (pp. 268-270. Nous soulignons).

Voilà pourquoi autant l'individu que le groupe culturel ne se montrent pas pressés à modifier leur niveau du sens et qu'ils y restent fermement accrochés. En général, ils ne le changent que lorsqu'ils ont trouvé un substitut pressenti meilleur ou au moins d'égale valeur (Voir Panu-Mbende, 1997). Cette attitude répond à une logique implacable comme le relève Leyens (1983) : « Si nos théories implicites servent à nous mouvoir avec économie dans un monde où elles apportent stabilité, structure et significations, il serait aberrant de les modifier constamment » (Leyens, 1983, p. 130).

Revenant à la double appartenance culturelle de l'Africain citadin contemporain, nous ajouterons que cette situation concerne tous les

Africains contemporains sans exception (Obenga, 1985). Tous sont déjà confrontés aux valeurs euro-américaines. Par conséquent, tous sont à considérer comme des “transitionnels”. Cependant on ne peut pas prétendre que cette transition soit une *euro-américanisation* pure et simple. Elle est plutôt une gestation d'une nouvelle culture et d'une nouvelle vision du monde qui seront fondamentalement modelées par la vision et la culture traditionnelles, mais aussi influencées par le monde euro-américain, et peut-être aussi dans une certaine mesure par la vision asiatique du monde (Cf. Panu-Mbendele, 1994)<sup>46</sup>.

Par conséquent, négliger la compréhension de cette vision du monde de leurs pères équivaldrait à se priver d'une clé de compréhension du comportement actuel de la population africaine moderne. Une telle méprise peut avoir des conséquences pratiques graves.

On sait, en effet, que les troubles psychiques sont un désordre dans la vision du monde de l'individu. La littérature psychiatrique “africaine” rapporte que l'échec a presque toujours été au rendez-vous chaque fois que le psychiatre a négligé d'intégrer dans sa thérapeutique la vision africaine du monde du patient et qu'il s'est contenté seulement d'appliquer les thérapeutiques modernes “éprouvées” (anxiolytiques et autres antidépresseurs). Par contre, la situation s'est presque toujours nettement améliorée lorsque le psychiatre ou le psychologue s'est donné la peine de se servir du monde traditionnel comme grille de lecture du comportement “bizarre” du patient (Lehmann, 1972; Lebigot & Mongeau, 1982; Peltzer, 1995).

Cette littérature rapporte même l'apparition de troubles nouveaux (p. ex. brain-fag syndromes) et propres aux Africains lettrés et qui mettent en échec autant les tradipraticiens et leaders religieux africains que les psychologues et autres psychiatres de formation euro-américaine (De Rosny, 1992). Les modèles intégratifs, par contre, obtiendraient des

---

<sup>46</sup> Cette lecture de la réalité contemporaine est excessivement réductrice, partielle et caricaturale. Elle ne voit que l'euro-américanisation des cultures africaines. Mais elle néglige de prendre aussi en compte l'africanisation de la culture euro-américaine. Celle-ci n'est certes pas encore aussi massive, mais elle est là et ne fait que s'étendre ou se populariser. Que l'on songe par exemple à l'influence des masques africains sur Picasso et le cubisme, à une certaine musique euro-américaine (Jazz, Gospel, Rap), aux instruments de musique comme tambours, xylophone (marimba), marquasses... ; en puériculture, le portage des enfants, la recommandation de la présence de la mère en cas d'une hospitalisation d'un petit enfant... C'est suite au constat de cette influence de plus en plus visible que les politiciens populistes - qui s'octroient le rôle de gardiens et défenseurs légitimes des cultures euro-américaines - appuient leurs campagnes électorales sur le danger que représentent les étrangers, en l'occurrence les Africains.

résultats plus satisfaisants auprès de cette population. C'est du moins ce que rapporte Peltzer (1995) eu égard à son expérience avec le modèle qu'il a développé (voir plus loin chapitre 3).

D'après Lebigot & Mongeau (1982), au chamboulement général des valeurs peut «correspondre chez l'individu une position d'écartèlement difficilement soluble». Décrivant leurs observations thérapeutiques auprès d'une population sénégalaise, ils déclarent: «L'appel incantatoire aux "secrets de l'Afrique" venait du plus occidentalisé de nos malades et s'accompagnait, chez lui, *d'un refus terrifié d'un retour, même provisoire aux sources de la tradition*»<sup>47</sup> (Lebigot & Mongeau, 1982, p. 50. Nous soulignons).

Cette attitude dramatiquement contradictoire du patient ne fait que souligner le fait bien connu en herméneutique sous la double désignation de *distance historique* et *distance culturelle* (Bimwenyi Kweshi, 1981). En effet, on sait que des catégories, des concepts, des images opératoires à une époque (par exemple, celle de nos ancêtres), peuvent cesser de l'être à une autre époque (la nôtre aujourd'hui); opératoires pour un milieu (le village, la zone rurale), ils peuvent ne pas l'être pour un autre milieu (urbain) à la même époque. Cependant, cela ne justifie nullement le recours à «une espèce d'héraclitéisme culturel généralisé» que l'on prêche à l'endroit de l'Afrique. Notre point de vue est que cette conception de l'homme et du monde constitue *la matrice structurante* des nouvelles expériences que font les Africains contemporains<sup>48</sup> (Cf. Bimwenyi Kweshi, 1981).

Parlant des mœurs en Afrique, Thomas (1972, cité par Bimwenyi-Kweshi, 1981) écrivait avec justesse : «Une conduite nouvelle s'inspire souvent de l'intention qui animait la conduite ancienne». Voilà pourquoi il importe de connaître cette "conduite ancienne", si on veut comprendre

---

<sup>47</sup> Lire aussi la critique de D. Sibony (1997) contre l'ethnopsychiatrie (*Libération* du 30 janvier 1997, p. 5). Pour l'auteur, L'ethnopsychiatrie oublie parfois que la difficulté de chacun, immigré ou pas, est d'aimer assez son origine pour pouvoir la quitter. «Enfermer les gens dans leur cadre identitaire relève d'une certaine agression même si dans ce cadre on les trouve "riches" et "authentiques"».

Lire également Ezembé (1997) qui pense qu'il faut «penser l'Africain comme un être ordinaire qui évolue et s'adapte aux ressources thérapeutiques de son époque. Cette optique, poursuit-il, est opposée au *substantialisme* qui tente de définir l'Africain ou le migrant comme *fondamentalement ceci ou cela*» (Ezembé, 1997, p. 48).

Nous partageons ces mises en garde, dans les limites de notre option : l'Africain moderne comme tout autre humain est son propre passé culturel **plus** son ouverture à l'autre.

<sup>48</sup> Lire plus de détails chez Bimwenyi Kweshi, 1981, p. 365.

la nouvelle conduite. A moins que l'on veuille commettre la grave méprise, fustigée par la sagesse africaine, qui consiste à empoigner la machette par son côté tranchant (*kukwacila mwela pa matama*).

C'est dans le même ordre d'idées, que s'inscrit ce conseil – combien judicieux – des systémiciens euro-américains : «Un phénomène demeure incompréhensible tant que le champ d'observation n'est pas suffisamment large pour qu'y soit inclus le contexte dans lequel ledit phénomène se produit. Ne pas saisir la complexité des relations entre un fait et le cadre dans lequel il s'insère, entre un organisme et son milieu, fait que l'observateur bute sur quelque chose de "mystérieux" et se trouve conduit à attribuer à l'objet de son étude des propriétés que peut-être il ne possède pas» (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1979, p. 15).

De ce qui précède, il suit que s'il est peut-être dans les prérogatives du sociologue de se contenter de décrire l'Africain transitionnel dans son *hic et nunc*, sans devoir se soucier de son passé culturel, le psychologue clinicien et le psychiatre, tout comme d'ailleurs le médecin généraliste, n'ont pas ce droit. Ils sont tenus à rechercher tous les éléments susceptibles de leur permettre une lecture juste du comportement perturbé du patient en vue d'établir un diagnostic précis et de prescrire le traitement approprié ou de proposer un comportement préventif adéquat. Il faut que cela soit dit haut et fort pour lever une fois pour toutes tout malentendu à ce sujet.

Ces prémisses étant posées, nous pouvons à présent nous permettre une synthèse de ce *contexte africain* dans lequel les attentes du *muntu* malade puisent leur origine et leur explication. Pour cela, nous nous référerons principalement – mais pas exclusivement – au peuple *Luba* du Kasayi (habitant le Sud-est du Congo). Dans un premier temps, nous exposerons la conception que le *muntu* (= homme, *homo*, *Mensch* négro-africain) a de lui-même et de son univers.

Les cartes ci-dessous montrent l'Afrique, la République démocratique du Congo et le Kasayi, région habitée par le peuple Luba.

### Le Congo à l'intérieur de l'Afrique



### La région du Kasayi à l'intérieur du Congo (contours approximatifs)



### Le grand Kasayi (Kasayi occidental & Kasayi oriental)



## **A. Le ntuisme ou la conception de l'homme dans l'univers**

### **2.2 La “théotropie” ou la membralité avec Dieu<sup>49</sup>**

*« Il se trompe, celui qui dit que la parole n'est rien, car sans elle, rien n'arrive à l'homme, rien de bien et rien de mal ; rien n'arrive à l'homme sans la parole, ni mariage ni enfant. Celui qui prétend que la parole n'est rien n'est en fait rien lui-même » ("Paroles d'Afrique", voir Dumestre, 1996, p. 23).*

D'après l'anthropologue guinéen, Termiziou Diallo (1997), la vision africaine de l'homme est particulièrement positive. «L'anthropologie africaine voit dans l'homme un mystère d'unité et de continuité, unité de corps et d'esprit, du monde visible et invisible, du profane et du sacré, de l'homme et de Dieu» (Ngindu, 1989, p. 62). Non seulement, il est unité par rapport à ce qui lui est extérieur, mais encore, il est lui-même unité, “un nœud de relations”. Voilà pourquoi nous allons le considérer progressivement sous une triple dimension relationnelle constitutive de sa personnalité.

Nous appuyant sur Bimwenyi (1981), nous le présenterons d'abord en tant que “*tourné-vers-Dieu*”, un “*théotrope*”. En deuxième lieu, nous le considérerons en tant que *membre*, maillon d'une longue chaîne qui le relie au passé de son lignage et à ses contemporains et qui le projette dans l'avenir<sup>50</sup>. En troisième lieu, nous le présenterons en tant que «*synthèse de l'univers et carrefour des forces de vie, garant de l'équilibre de la création*» (Hampaté Ba, 1981). Ces trois dimensions ne doivent pas être considérées séparément, comme des entités différentes, mais plutôt comme trois observatoires à partir desquels nous nous efforçons de décrire l'homme négro-africain. Ces trois perspectives ou expériences basiques correspondent à cela que Berland (1982) décrit en ces termes : « Every ecocultural system has a curriculum of basic experiences and

<sup>49</sup> Nous tenons à souligner que l'idée de Dieu que nous développons dans ce paragraphe est proprement africaine. Elle n'a été empruntée ni du Coran ni de la Bible.

<sup>50</sup> On retrouvera cette relation exprimée dans un autre contexte culturel par M. Segall (1979). Pour lui, l'évolution biologique a produit *l'homo sapiens*, la créature auto-consciente et utilisant des symboles. Elle se trouve reliée au-delà du temps et de l'espace à tous les autres membres de son espèce. Cette connexion s'étend à ceux qui ont précédé ou qui suivront dans le temps et même aux contemporains avec lesquels le contact direct est impossible.

attendant skills provided through variety of lifelong socialization strategies » (Berland, 1982, p. 50). Peltzer (1989a, 1995) présente un autre modèle également tridimensionnel. Nous reviendrons sur ce modèle au chapitre 3 relatif aux « considérations psychologiques ».

La clé principale pour saisir le comportement du Négro-africain réside en ceci qu'il se conçoit comme *un être-reçu-et-tourné-vers* (Bimwenyi, 1981). C'est une expérience fondamentale qui fait de lui un "être tout relatif", comme une moitié, un symbole (*sum-bolon*) en quête de son autre moitié, comme un être en marche, une phrase inachevée...<sup>51</sup>.

En effet, en venant au monde, le *mntu* constate, non sans quelque désillusion, qu'il n'est qu'un tard-venu sous le soleil. Constatation banale à première vue, puisqu'on est toujours tard-venu en ce monde par rapport à son ascendance, à sa société, à sa langue, à sa culture, etc. Et on l'est aussi par rapport à l'univers cosmique.

Cette constatation apparemment banale a conduit le Négro-africain à une expérience religieuse particulière. Il s'est d'abord aperçu que même ses premiers Ancêtres, les fondateurs des lignages, sont des tard-venus par rapport à la nature "trouvée déjà-là" et qui depuis ne cesse d'opposer à l'homme d'insurmontables difficultés, comme l'atteste ce proverbe *Luba*: "*Panu m-pasangana pakole, masela ne bilunde m-bisangana bimene*" (littéralement: "L'ici-bas fut trouvé déjà difficile, *Masele* et *Bilunde* (deux sortes d'herbes de savane, croix des paysans) furent trouvés (ayant) déjà poussé")<sup>52</sup>.

A partir de cette expérience, il a dû apprendre à être modeste en ce monde. Il s'est découvert "embarqué dans cette pirogue du monde qu'il n'a pas taillée et dont le contrôle absolu lui échappe (modestie que devrait aussi apprendre les tenants d'une certaine idée de science). A son insu, sans son avis, il s'est trouvé propulsé dans le monde ! Il n'a donc pas de quoi pavoiser. Mais comment expliquer cette situation ? Comment "déchiffrer" l'énigme troublante ?

<sup>51</sup> On dirait ici que le Négro-africain est lui-même cela que Widmer (1986) dit des recherches en sciences sociales en général : sciences jamais achevées et qui sont en perpétuelle quête du sens.

<sup>52</sup> Nous tirons ce proverbe et sa traduction de Bimwenyi (1981) que nous paraphrasons tout au long de ce paragraphe sur la théotopie.

C'est ici qu'intervient la particularité de la démarche religieuse négro-africaine. Il ne lui vient pas du tout à l'esprit d'expliquer cette situation par "le hasard et la nécessité"<sup>53</sup>. Au contraire, cette situation l'amène à considérer l'existence d'un "Antérieur-à-toute-chose" et à se comprendre par rapport à cet Antérieur. A l'instar de la structure interne du proverbe négro-africain<sup>54</sup>, cette situation constitue "*l'Envoi*" qui appelle son "*Complétant*", sans lequel le proverbe manque de sens. Et en l'occurrence, le "Complétant" de l'homme, c'est Dieu, (*Nzambi, Maweja'a nNangila*) qui se *dé-voile* à l'homme ou que celui-ci *dé-couvre* comme l'Antérieur à et origine de toute chose, le "Trouvé-maître-du-là et maître-des-choses", l'Artiste génial, auto-créateur, qui a su produire ce chef-d'œuvre que sont l'univers et l'homme.

Ce chef-d'œuvre, qu'il a appelé à l'existence par son verbe, il le soutient dans l'existence tel un "solide pilier" que rien ne peut ébranler, "la colonne de fer" que rien ne peut ronger. Il l'entoure de sa sollicitude, de sa bienveillance paternelle, d'autant plus qu'il est omniprésent (comme le vent ou le souffle ou la brise) et omniscient, celui dont le regard perce tout, même les "ténèbres" les plus noires, même nos pensées les plus intimes. Aussi comble-t-il de biens "l'homme au cœur blanc" (le bon) et il déteste et punit "l'homme au mauvais cœur" (le méchant). Père et Chef Tout-puissant protecteur de tout ce qui existe, il féconde et vivifie tout l'univers par son souffle.

Il arrive cependant, de temps à autre, que ce Père ait recours à la stratégie sévère pour *corriger* et *redresser* "le délinquant" irresponsable qui ne prête aucune attention à la discrète intervention paternelle et qui expose ainsi sa vie et celle du groupe au danger fatal. Oui, il est «miséricordieusement sévère» (Les Confessions, Liv. II, chap. 2), selon l'heureuse expression d'un autre grand Africain, bien qu'appartenant à une autre culture, Augustin d'Hippone. Voilà pourquoi le Négro-africain attribue étiologiquement

<sup>53</sup> Voir aussi chez Jaffelin (1993).

<sup>54</sup> Le proverbe négro-africain a une structure normalement et comme préférentiellement dialogique: "le locuteur envoie en direction de son auditoire (ou interlocuteur) une proposition proférée à moitié, tandis que *l'autre moitié* sort en chœur de toutes les bouches jubilantes". Ceci dans le cas d'un proverbe à verset unique. Sinon "l'orateur émet un verset (dit "**l'Envoi**") et l'auditoire profère le verset suivant (dit "**le Complétant**")" (Bimwenyi, 1981, p. 455). P. ex. le proverbe susmentionné :

**Envoi:** *Panu mpasangana pakole* (L'ici-bas fut trouvé déjà difficile),

**Complétant:** *Masele ne bilunda mbisangana bimana* (*Masele* et *Bilunda* furent trouvés (ayant) déjà poussé).



certaines maladies et même la mort à Dieu, sans trouver en cela une quelconque contradiction<sup>55</sup>.

Antérieur à tout, présent partout et au courant de tout, ennemi résolu du Mal, Dieu devient pour les "pèlerins de la terre" l'allié le plus sûr dans les questions cruciales de l'existence, l'instance ultime de recours. Il est "le héros qu'ils (les mortels) peuvent appeler au secours, le magnifique qui donne sans compter (à la manière des grands rois et chefs des peuples), l'ennemi résolu du Mal, sans cesser de demeurer compréhensif et miséricordieux pour les délinquants, dont il veut le rétablissement et la santé" (Bimwenyi, 1981, p. 570). Bien qu'il soit différent du mortel au niveau ontologique et éthique (par sa puissance d'intervention mise au service de la vie et du bien contre le mal) - ou plutôt à cause de cela -, le Négro-africain se sent existentiellement tourné vers lui. Aussi se plaît-il à l'évoquer et l'invoquer.

Mais ce Dieu apparaît aussi à l'expérience religieuse négro-africaine comme le *Déconcertant*. Il observe un silence troublant devant certaines questions fondamentales de l'existence, celles qui, aujourd'hui comme hier, troublent les entrailles de l'humanité en route vers sa destinée. Pourquoi la souffrance et la mort en général ? Quand on connaît la fréquence de la mortalité infantile en milieu traditionnel et la brièveté de l'espérance de vie (52 ans aujourd'hui d'après l'O.M.S., 1996)<sup>56</sup>, on comprend tout de suite l'acuité de ces questions. Pourquoi la stérilité et la répartition "partiales" des fortunes ? "Les uns (les préférés de Dieu) sont plus favorisés, d'autres (les "laissés pour compte") triment".

Devant ces questions tragiques, Dieu semble garder le silence. Ce silence est d'autant plus inquiétant, d'autant plus déconcertant que Dieu est perçu comme tout-puissant, partout présent, au courant de tout et bienveillant. Voilà pourquoi l'homme est parfois obligé de recourir à d'autres piliers pour palier à ces "injustices". Nous y reviendrons en parlant des tradipraticiens. Cependant qu'on ne s'y trompe pas,

---

<sup>55</sup> Rappelons que cette conception n'est pas exclusive aux *Bantu*. Les Juifs aussi ont développé l'idée d'étiologie divine de la maladie. Cf. Ebigbo (1989). Exemple Judith 8,27.

<sup>56</sup> Quatre pays cependant (Algérie, Botswana, Cap-Vert et Ile Maurice), qui sont les seuls pays d'Afrique ayant atteint les trois cibles de la santé pour tous fixés à Alma Ata en 1978, ont une moyenne d'espérance de vie à la naissance de 67,7 ans. La moyenne européenne est de 73,4 ans d'après le même rapport.

traditionnellement, les reproches contre Dieu n'ont jamais fait l'unanimité (Bimwenyi, 1981).

Il y a un autre aspect important dans la relation homme-Dieu que nous ne devons pas oublier et qui est susceptible d'éclairer notre discours sur le comportement du malade : l'importance de *la parole, du verbe*<sup>57</sup>. D'après Bimwenyi (1981), *le verbe, la parole* joue un rôle fondamental chez les peuples négro-africains. Il en est ainsi chez les *Luba-Kasayi*, notre peuple d'origine, chez les *Bambara* du Mali et leurs frères *Dogon*.

Le verbe trouve son origine en Dieu auto-créateur (*Mikombo wa Kalewo*) qui, avant de devenir créateur, se pensait lui-même, et pour ne pas être seul, se parlait à lui-même "dans son intériorité". Il produisit ainsi la première parole audible pour lui seul. «Les "sons primordiaux de cette parole" sont en relation avec les éléments constitutifs du monde (eau, air, terre, feu). Mêlée à "l'élément liquide du ciel qui, dans toutes les directions, se répandit à travers l'espace", la parole primordiale s'étala partout. Ainsi (...) "le monde s'emplit-il de la parole de Dieu"» (Bimwenyi, 1981, p. 521). Elle se trouve ainsi contenue de quelque manière dans chaque créature. Et on peut même dire que «le verbe et l'univers s'identifient dans un certain sens», d'après les *Bambara*.

Dieu créa les êtres par «l'émission du Verbe», «en incantant». «Dieu n'a rien créé de plus grand et de plus opératoire que la parole. La parole est si forte que, sans elle, il n'y aurait pas de transmission possible des connaissances acquises par les ancêtres» (Hampaté Ba, 1981, p. 190). Elle est une réalité énergétique, efficiente. Elle vient de plus loin que l'homme, bien qu'elle s'organise en lui et opère par lui dans le monde. Le verbe est, d'après Thomas (1972), «force, action autant que sens, action qui donne un sens, un sens qui médiatise l'action; il possède une vertu magique; il réalise la participation; il crée le nommé grâce à sa propre efficace» (cité par Bimwenyi, 1981, p. 523)<sup>58</sup>.

Puisque le verbe de Dieu imprègne toutes choses, on peut bien dire que chacune est "*capax verbi*" au moins radicalement. Ce qui implique,

<sup>57</sup> Pour plus amples informations, voir Thomas & Luneau (1977), chap. 2 et 3 et Thomas & Luneau (1986).

<sup>58</sup> Mujynya (1978) écrit aussi: «Tout acte de volonté, surtout s'il est explicitement exprimé par la parole, acquiert une sorte de force 'créatrice' ou 'une impulsion efficiente qui met en mouvement toutes les forces'» (p. 52).

comme on le soulignera plus loin, que l'homme puisse dialoguer avec n'importe quel être, même avec ceux qui sont habituellement dépourvus de parole, avec les animaux par exemple.

Mais cette parole dont tout être créé par l'Auto-créditeur est capable ne devient "audible" dans le monde que pour l'homme, lui «dont le corps, complexe d'organes multiples et spécialisés, sert de "laboratoire catalyseur" de la maturation du verbe inhérent à l'étoffe du monde» (Bimwenyi, 1981, p. 521).

En effet, d'après un mythe fondamental *bambara* (Hampaté Ba, 1981), «*Maa-ngala* (Dieu-Maître), s'autocréa, puis il créa vingt êtres<sup>59</sup>: il s'aperçut qu'aucune, parmi ses vingt premières créatures, n'était apte à devenir son interlocuteur, *kuma-nyon*. Alors il préleva "un brin" sur chacun des êtres existants, qui constituaient l'ensemble de l'univers. Il mélangea le tout. Il s'en servit pour créer un vingt et unième être hybride, l'homme, auquel il donna le nom de *maa*, c'est-à-dire le premier mot composant son propre nom divin. *Maa*, l'être "tout en un" ne pouvait être contenu par n'importe quelle enveloppe. Aussi *Maa-ngala* conçut-il un corps spécial, capable de contenir à la fois un brin de tous les êtres existants».

*Maa*, l'homme, est ainsi le lieu de rencontre de toutes les forces de l'univers. Investi du nom de Dieu, il est donc participant de lui, «mais également constitué des éléments les plus lourds, (il) a donc pour vocation essentielle d'être "l'interlocuteur" de *Maa-ngala*. Mais s'il peut devenir un être essentiellement religieux et adorateur, et par là retrouver le chemin de sa vocation première, il est également capable d'aimer ou de haïr avec une très grande passion, parce que tout est en lui» (Hampaté Ba, 1982, p. 187).

Ces êtres premiers «avaient des oreilles pour écouter et recevoir la connaissance et la force émanant de *Maa-ngala*, mais ils n'avaient point la bouche ni l'amour pour transmettre cette connaissance à une postérité aimée. La grandeur de *maa* vint donc de ce qu'il fut le confluent de toutes les forces cosmiques (Cf. thème de l'osmose ontologique). En outre, par la

---

<sup>59</sup> Comme par hasard, ce nombre correspond exactement aux vingt acides aminés qui constituent l'ADN, la molécule de la vie, qui, si on se fie à la biologie moderne, est fondamentalement la même dans tout ce qui vit, tout en diversifiant les espèces et les individus.

vertu du nom divin dont il fut investi, il fut doué de l'esprit, qui lui permit d'acquérir une parcelle de la force suprême» (Hampate Ba, 1982, p. 188). Cette parcelle, c'est *la parole*.

Selon un mythe *luba* (voir Fourche & Morlighem, 1973, p. 11), même après la révolte des premiers Ancêtres contre le Créateur, les hommes continuent à disposer de la parole. Mais sa force n'appartient plus à tous au même degré comme ce fut le cas à l'origine. Ce sont maintenant les grands "initiés en science secrète" qui détiennent, au plus haut point, ces grands pouvoirs de l'émission du Verbe, du Geste, du Souffle et de la Dénomination (Bimwenyi, 1981).

Ces grands initiés appartiennent à deux grandes catégories antagonistes. Les uns agissent en vue du bien, c.-à-d. en vue de la croissance de la communauté, ce sont les chefs/rois, les devins et les *nganga* ou tradipraticiens, autrement dit, les membres de "la sorcellerie diurne". Les autres visent la dévitalisation de la communauté, ce sont les méchants, ceux qui pratiquent "la sorcellerie nocturne", ceux qu'on désigne généralement par *mpaki a manga* (féticheurs) et *baloji* (sorciers). Nous en parlerons plus loin. Notons qu'ils se ressemblent tous au niveau *gnosique*, en tant que détenteurs des secrets profonds. (C'est pourquoi on les craint). Mais ils diffèrent fondamentalement au niveau *éthique*.

Ce paragraphe sur l'homme perçu comme détenteur de la parole - qui est d'origine divine - nous aura encore mieux fait comprendre, espérons-nous, que l'homme, *sum-bolon* de Dieu et son interlocuteur privilégié, est fondamentalement un "*être-reçu-et-tourné-vers-Dieu*", l'Antérieur à tout, l'Auteur et le Maître incontestable de tout ce qui existe et surtout de la vie, le Soutien inébranlable, le plus sûr et le plus secourable au moment de détresse, même si parfois on a l'impression qu'il est sourd aux cris des pauvres mortels. Et lorsqu'il doit recourir à la stratégie du chaud et du froid, c'est toujours pour sauver la vie, à la manière d'une "poire à lavement", que les enfants n'aiment guère - et pour cause! - mais qui leur fait retrouver la santé (Bimwenyi, 1981).

Mais le Négro-africain ne se conçoit pas seulement comme tourné vers Dieu. Il est aussi membre d'une communauté en quête de plénitude. C'est cette dimension que nous voulons exposer dans le prochain paragraphe.

## **2.3 La relation à l'homme : la membralité intrahumaine**

### **2.3.1 La membralité (solidarité) horizontale**

Le *muntu* s'éprouve comme essentiellement *membre* et non morceau d'homme de telle ou telle famille, de tel ou tel lignage. Il se sait relever avec d'autres membres d'une même ascendance, dont l'Ascendant ultime (*Nkambwa-Mwena-bantu*, l'ancêtre-maître-des-hommes) est Dieu. Ce qui implique une fraternité-solidarité universelle. Il a «conscience d'être synchroniquement un *coéquipier*, un *membre* sur lequel tous les autres peuvent compter, et diachroniquement, un *être-relais*, un bourgeon terminal qui récapitule en lui le courant vital venant de Dieu par les ancêtres, et qui se sait responsable, pour sa part, de la transmission de cette vie et du nom des pères. Tous ses liens, il se doit de les conserver, promouvoir et renforcer. Dans l'exercice de cette relation il trouve son épanouissement autant que *sa vraie liberté qui est celle d'un membre responsable et co-responsable d'une tâche commune* : celle de faire aboutir la vie, d'aboutir *ensemble* à la vie victorieuse de la mort» (Bimwenyi, 1981, p. 599; Cf. Bujo, 1984, 1993).

On a souvent reproché à cette "*membralité*", i. e. cette forte accentuation de la dimension sociale et communautaire de l'individu, d'étouffer l'émergence de la personnalité individuelle au profit du communautarisme. Certains vont même jusqu'à accuser cette attitude africaine de violation des Droits de l'Homme. Bujo (entre autres) a déjà répondu à plusieurs reprises à cette accusation en montrant le rôle particulier qui est attendu de l'individu par sa communauté (Cf. 1984, 1992, 1993).

Il souligne, entre autres, que l'individu est solidement ancré dans la communauté, mais en tant qu'être unique et inéchangeable, et dont certaines tâches au sein de cette communauté n'incombent qu'à lui seul, en tant qu'il est tel individu et pas tel autre. Il doit y conserver son identité et laisser clairement émerger la responsabilité qui lui revient<sup>60</sup>. En effet, «Sur base de la réciprocité des relations entre la communauté et

---

<sup>60</sup> Certains sacrifices aux ancêtres ou à Dieu ne peuvent être accomplis que par une personne précise occupant une place bien déterminée dans la famille (voir McLean & Solomon, 1971, p. 31, note 8).

l'individu, celle-ci n'a pas le droit de reléguer l'individu à un rôle secondaire, mais elle doit plutôt le promouvoir et le soutenir, car sans l'individualité de chacun la communauté pourrait se disloquer totalement» (Bujo, 1993, p. 138)<sup>61</sup>.

D'autre part, l'individu se sait immergé dans la communauté de manière telle qu'il ne peut se développer comme personne qu'en elle et par elle. Il s'intègre donc dans sa famille, dans son clan, dans sa nation, bref dans son peuple comme un maillon dans une chaîne nécessaire. Par conséquent, il n'aura décliné son identité entière que lorsqu'il aura fait référence à sa communauté : «Je suis tel, de la famille ou du clan de..., originaire de...». Isolé de sa communauté, l'individu est sans visage.

Il existe donc une forte interdépendance entre la communauté (familiale, clanique, etc.) et l'individu, et les individus entre eux. Cette interdépendance repose sur le fait que tout membre a le devoir de contribuer au renforcement mutuel de la force vitale<sup>62</sup>.

Dans le même ordre d'idées, mais à partir d'un autre promontoire - l'art africain -, le philosophe, théologien, historien, artiste et poète camerounais - d'heureuse mémoire -, Englebert Mveng synthétise de la manière suivante la conception négro-africaine de la personne :

«L'art africain exprime l'homme à la fois comme *monade*, *dyade*, *triade* et *communauté*. En tant que *monade*, l'homme est simple individu, il n'est que **projet** de personne. Il n'a aucune consistance concrète en lui. En tant que *dyade*, l'homme apparaît sous sa double dimension : HOMME-FEMME, double dimension qui constitue réellement la personne humaine. (...) L'homme qu'a consacré le rite initiatique accède à la liberté et à l'amour: alors il passe de la *dyade* à la *triade*: il devient PERE-MERE-

---

<sup>61</sup> La conscience de l'irremplaçabilité de l'individu en tant qu'unique est tellement forte qu'elle est soulignée même dans des domaines où l'on s'y attendrait le moins. C'est le cas de la danse. L'art africain de la danse connaît quantité de formes où chacun des danseurs doit à tour de rôle se détacher du groupe, se placer au milieu du cercle des danseurs et exhiber ses prouesses personnelles, des variantes possibles de la danse commune. Autrement dit, le groupe l'invite à prendre conscience de son unicité, à découvrir que non seulement il peut, mais qu'il doit, grâce à son inventivité et à sa personnalité, faire évoluer ce qui est considéré comme définitivement acquis, en l'occurrence un pas traditionnel.

<sup>62</sup> Nous devons cependant souligner aussitôt que cette membralité-solidarité a donné lieu à des avatars dépravés sur lesquels s'appuient la plupart des systèmes politiques néo-patrimoniaux des États africains actuels. De même, par exemple, qu'un athée ou un bouddhiste commettrait une grave erreur de jugement s'il devait apprécier la valeur intrinsèque du christianisme à partir des théories de certaines sectes chrétiennes, de même juger le système culturel traditionnel africain à partir de ses avatars politiques actuels aberrants dénoterait d'une grave erreur d'appréciation.

ENFANT. (...) La monade, la dyade et la triade révèlent la structure fondamentale de la personne humaine qui, parce qu'elle est essentiellement un faisceau de relations interpersonnelles, est à la fois *foule* et *communauté*. (...) *Ce n'est pas dire que le groupe supprime l'individu. Ils se complètent mutuellement*».

En conclusion, «La personne humaine n'est jamais une monade; l'individu n'est pas une personne au sens africain du mot; *il est un projet de personne*. Ce qui définit l'homme comme personne, c'est d'abord le fait qu'il est un faisceau de relations interpersonnelles et cosmiques. La notion même de personne est dynamique : *on est d'autant plus une personne qu'on est intégré au monde et à la société*» (Mveng, 1979, pp. 100-101. Nous soulignons).

Bien avant Mveng, John Mbiti (1970) avait déjà écrit à ce sujet que l'intégration de l'individu dans la communauté est telle qu'on peut dire: *Whatever happens to the individual happens to the whole group and whatever happens to the whole group happens to the individual. The individual can only say: "I am because we are and since we are, therefore I am"*. (Voir aussi Mukoma, 1994).

Voilà une conception de la personne entièrement aux antipodes de celle qui est en vigueur dans la psychologie euro-américaine (universitaire): Ce que les uns (en psychologie classique) considèrent comme maturité personnelle est perçu chez les autres (dans la psychologie africaine au quotidien) plutôt comme immaturité<sup>63</sup>.

Notons cependant qu'aucune de ces conceptions n'a plus de valeur que l'autre. Chacune est conditionnée par les valeurs de la société qui l'a produite. Chacune contribue à façonner l'individu selon les canons culturels du milieu. C'est ainsi que de plus en plus d'études interculturelles trouvent judicieux de devoir différencier les cultures en suivant l'axe *individualisme-collectivisme* ou *communautarisme*. D'après ces études, les sociétés individualistes (paradigme, les U.S.A.) mettent en

---

<sup>63</sup> Katz & Wexler (1989) écrivent aussi à ce propos que, pour la philosophie occidentale (*Philosophia perennis*), le niveau le plus élevé et le plus vrai du mode d'être est atteint au terme du développement, et que chaque niveau successif est supposé inclure et transcender le niveau précédent. D'où en psychologie, l'auto-actualisation doit précéder l'auto-transcendance, la réalité spirituelle est précédée par la croissance psychologique du self. Toute expérience est détachée de tout sens du contexte social et encore davantage de l'identification sociale.

évidence les caractéristiques suivantes : l'autonomie personnelle, la compétition, la réussite (*achievement*) et l'indépendance. Les sociétés collectivistes (les sociétés africaines et asiatiques), par contre, mettent l'accent sur la solidarité, la coopération et l'harmonie (Cf. Hofstede, 1980 ; Triandis et al, 1986). Ce sont ces différences qui ressortent dans la description anthropologique que nous venons de faire.

Une telle conception anthropologique a évidemment des conséquences immédiates sur le plan éthique. La responsabilité morale est une prise en charge de son destin indissolublement lié au destin du cosmos et de la communauté humaine. Autrement dit, le bien que l'on fait contribue à la croissance de la force vitale de toute la communauté et de tout le cosmos, alors que le mal exerce un anéantissement ou au moins une diminution de la vie dans toutes ses dimensions, notamment les dimensions communautaires et cosmiques.

On peut déjà souligner ici que l'interprétation de la maladie ou du malheur repose sur cette conception interdépendante des membres. Étant donné que personne ne peut vivre sans relation aux autres, on cherchera toujours et d'abord *dans la communauté* la cause de l'accident ou du malheur. On évoquera alors le plus souvent, sinon toujours, la sorcellerie, ce versant noir de la parenté (Geschiere, 1995)<sup>64</sup>. Ainsi la maladie est-elle, à partir d'un certain niveau, signe d'un dysfonctionnement dans les relations entre les hommes (non seulement entre les membres vivants, mais également entre les vivants et les défunts).

Cette importance fondamentale de la "*membralité*" a été également soulignée au niveau linguistique. Dans un article fort intéressant, Doneux (1965) ouvre une piste qui, nous semble-t-il, n'a malheureusement pas été exploitée par la suite. Il montre que l'on peut passer d'une structure du langage à une compréhension des structures psychiques et sociales. Par exemple, les oppositions de parenté nous renvoient au logique ou au socioculturel. Un terme de parenté sert moins à désigner un individu

---

<sup>64</sup> Pour cet auteur, la sorcellerie «exprime la prise de conscience terrifiante du fait que le danger vient de l'intimité de la famille même, c'est-à-dire du lieu où devraient régner une solidarité sans faille et une confiance absolue» (p. 275). Mais comme il y a toujours jalousie en famille, il y a par conséquent violence cachée, et donc germe de sorcellerie. Et pourtant, il faudra vivre avec, car, «après tout, les parents sont par tradition les seuls alliés fiables» (Geschiere, 1995, p. 275 ; lire aussi Ntumba, 1985).



qu'un type de relations s'appliquant par conséquent à des individus différents. Doneux concrétise ainsi sa pensée :

«On n'a, en français, qu'un seul père, mais on a nécessairement deux grands-pères, et un nombre plus grand de parents qu'on nomme cousins. Dans les systèmes africains, habituellement, on a plusieurs pères et mères (...).

Si une langue désigne par un même terme des personnes différentes, poursuit-il, c'est sans doute que le système des rapports sociaux n'en demande pas plus, car la langue fait des économies. On comprend dès lors qu'on vérifie habituellement l'assertion suivante: "L'inclusion de deux parents dans la même catégorie terminologique implique qu'il y a quelques similitudes dans le comportement habituel à leur égard, ou dans les relations sociales qu'on a avec eux. Tandis qu'inversement, le fait de placer deux parents dans des catégories différentes implique des différences significatives dans le comportement habituel et dans les relations sociales"» (Doneux, 1965, pp. 281-282).

Prolongeant sa pensée, nous rappellerons que dans les langues congolaises, notamment le *ciluba* (langue des *Baluba*), on intègre dans la catégorie "père (*taatu*)" celui qui m'a engendré, ses frères, ses cousins et petits-cousins, et même ses sœurs et cousines, que l'on désigne, littéralement, *pères-femme* (*ba-taatu-mukaji*). Même les maris de ces tantes paternelles et ceux des tantes maternelles sont également appelés "pères".

Pareillement, la catégorie "mère (*maamu/baaba*)" comprend celle qui m'a mis au monde, ses sœurs et cousines et les épouses des oncles paternels et maternels. De leur côté, les termes *frères* et *sœurs* s'étendent à tous les enfants de ces innombrables "pères" et "mères" et des oncles maternels (seuls ces derniers constituent la catégorie des "oncles"). Par conséquent, les catégories des "cousins/cousines" et "demi-frères/demi-sœurs" sont inexistantes. Les membres de la classe des enfants sont simplement *frères* et *sœurs* entre eux et *fils* et *filles* par rapport à la classe des parents. Ce qui implique des similitudes dans le comportement habituel des uns envers les autres et dans les relations sociales que les membres de la classe doivent entretenir entre eux.

De même, il n'existe aucun terme, aucune expression pour traduire ce que les langues européennes expriment par **mon** frère, **ma** sœur. L'unique terme existant est *mwanetu* (masculin et féminin) qu'on doit correctement traduire par **notre** frère ou **notre** sœur, ou **notre** enfant lorsque ce sont les parents qui l'utilisent pour référer à leur enfant<sup>65</sup>. Donc, on ne peut être que **solidairement** frère et sœur.

Dans le même ordre d'idées, il n'existe pas de verbe *avoir* en langue *luba*. Celui-ci se traduit par *être avec* (*kwikala ne*). Autrement dit, l'expression courante dans les langues indo-européennes : « j'ai un frère, j'ai une sœur » est un non-sens dans les langues bantu. On *n'a pas* (on ne possède pas) de frère ou de sœur, on *est ensemble enfants de...*

La langue constituant le premier découpage du réel, elle *in-forme* ainsi de manière profonde la vision du monde du sujet qui naît et grandit dans un contexte linguistique donné. Et bien que ce découpage – effet d'enculturation – soit arbitraire, il apparaît au sujet comme étant le plus naturel qui soit.

La solidarité avec les autres membres du groupe étant inscrite dans les structures mêmes des langues *bantu*<sup>66</sup> (congolaises), on comprend aisément qu'elle influence aussi profondément la vie du *muntu* et que l'éducation de l'enfant s'efforce de la rendre plus consciente encore, du moins dans la société traditionnelle.

On peut dès lors comprendre aussi que le terme fondamental de la solidarité parentale *mwanetu* (notre frère/sœur) trouve une très large diffusion dans les milieux africains. Même le voisin peut être considéré *mwanetu* conformément au dicton : *Mwena mutumba mmwanenu wa*

<sup>65</sup> Le terme *Mwanetu* a deux sens distincts: *Mwana* = enfant; *wetu* = à nous, notre. On peut donc le traduire par *l'enfant à nous, notre enfant*. Mais on peut aussi partager le statut d'enfant avec d'autres. On est alors frère et sœur, **Geschwister** *Mwana (n)etu* (= enfant avec nous, enfant comme nous, c.-à-d. "mon" frère, "ma" sœur). On remarquera que cette construction grammaticale avec sa double acception se retrouve dans les trois formes plurielles de l'adjectif possessif, mais pas dans les formes du singulier. On a ainsi *mwanenu* (votre enfant, enfant avec vous, votre frère/sœur); *mwanabo* (leur enfant, enfant avec eux, leur frère/sœur). Mais au singulier, *mwananyi*, *mwanebe*, *mwanende* signifient respectivement et **uniquement** "mon enfant", "ton enfant", "son enfant".

<sup>66</sup> Le linguiste congolais Théophile Obenga a montré que c'est une particularité des langues bantu de rendre le concept « avoir » par « être avec ». Il commente : « Être rétablit un rapport intrinsèque d'identité... » (Obenga, 1982, pp. 178-186. Pour la citation, p. 179).

*nyoko*<sup>67</sup> (le voisin est **ton** frère/**ta** sœur issu(e) de **ta** mère), c.-à-d. il (elle) est à situer au même niveau que ton frère (ta sœur) issu(e) du même ventre que toi.

On trouve dans cette analyse linguistique l'influence de la thèse de Rosch (1977) qui réagissait à l'hypothèse du linguiste américain Lee Whorf (1956) selon laquelle nos structures cognitives sont affectées par les structures linguistiques. Ce qu'on peut reformuler en ce sens plus acceptable : «Le langage a une influence sur les processus cognitifs pour autant que ceux-ci fassent précisément appel au langage» (Leyens, 1983, p. 14).

Rosch (1977) a pourtant critiqué cette conception. Pour elle, ce ne sont pas les structures linguistiques qui affectent notre pensée, mais la *réalité*. Le monde n'est pas chaotique et les catégories que nous établissons ne sont pas arbitraires. Certaines corrélations dans le monde ambiant nous frappent par leur régularité et ce sont elles, en ordre principal, qui influencent nos catégories. On se trouve devant une variante linguistique de la querelle philosophique classique idéalisme/empirisme.

Leyens, trouvant la vérité plutôt à mi-chemin entre les deux hypothèses, écrit: «S'il est indéniable que la réalité influence nos structures linguistiques et nos structures cognitives, il est tout aussi évident que celles-là conditionnent en partie celles-ci. En partie seulement, car sinon il faudrait admettre que n'importe quel bilingue pense de manière totalement différente selon la langue qu'il parle : en partie cependant car (sic), pour ne prendre qu'un seul exemple, j'ai la conviction de penser moins bien en anglais qu'en français parce que je connais la première langue moins bien que la seconde» (Leyens, 1983, pp. 16-17).

Pour notre part, nous soutenons que la langue est un découpage à l'intérieur de la complexe et multiple réalité. Et que ce découpage joue le rôle de réducteur ou simplificateur de la réalité exactement comme le fait la catégorisation. Et par ailleurs, nous soutenons avec Doneux que dans une aire linguistique donnée, on peut partir des structures linguistiques pour atteindre la réalité sociale et psychique. C'est-à-dire de la présence ou l'absence de certains termes linguistiques, de parenté par exemple, on

---

<sup>67</sup> Autre variante; "*Mwasa nende, mmwanenu wa nyoko*": Celui qui habite ensemble avec toi (dans le même village, le même quartier) est ton propre frère/ta propre sœur.

peut induire la présence ou l'absence d'une réalité sociale donnée et le comportement de l'individu par rapport à cette réalité sociale, en l'occurrence la solidarité-coresponsabilité parentale<sup>68</sup>.

La communauté à laquelle le *muntu* appartient n'est pas limitée au monde visible des contemporains. Elle englobe le monde invisible des trépassés, des vivants d'outre-tombe, les morts récents et ceux ayant déjà accédé au rôle d'ancêtres<sup>69</sup>. Les liens qui unissent les membres d'une même famille ne cessent pas à la mort<sup>70</sup>. Celle-ci ne mutile pas le *muntu* de sa

<sup>68</sup> On remarquera que les langues euro-américaines disposent, par contre, de moins de catégories que les langues africaines pour désigner les lignées parentales.

<sup>69</sup> Il existe beaucoup de confusions chez plusieurs auteurs sur la notion d'ancêtres. Ce n'est pas n'importe quel défunt qui acquiert le statut (social) d'ancêtre. Il y a des conditions prérequis. Chez les *baluba*, par exemple, il faut avoir atteint l'âge adulte durant son séjour terrestre, avoir fondé une famille, avoir été un homme juste et «au cœur pur», c.-à-d. celui qui a souhaité et poursuivi la vie et la survie de la communauté en étant solidaire avec les autres. Il faut appartenir au moins à la troisième génération en amont (Cf. Mbuyi Wetu, 1972).

Autrement dit, ceux qui sont morts en étant enfants, ou adultes célibataires, ou stériles, et surtout ceux qui ont été maléficiers, rancuniers, «au cœur chargé», brefs méchants sorciers, sont exclus de facto de ce statut. Les enfants, les célibataires et les stériles sont considérés comme des branches mortes. Bien qu'ils n'aient pas nui délibérément et explicitement à la croissance du clan, ils sont considérés comme n'ayant non plus rien entrepris de positif pour lui. Par conséquent, ils lui sont néfastes. Si donc ces branches se multipliaient, elles entraîneraient la mort du clan. Voilà pourquoi le statut d'ancêtre leur est dénié. Un des subterfuges imaginés par la société traditionnelle consiste à confier un enfant (neveu, nièce) à un couple stérile afin de lui donner la chance d'être effectivement parent, de contribuer par là à la croissance de la famille et d'échapper ainsi au triste sort réservé aux branches mortes. (Mais il paraît que chez certains peuples congolais, le statut d'ancêtre soit accordé même à des enfants. Cf. Bujo, 1996).

Les méchants, les sorciers, par contre, travaillent objectivement et délibérément à la destruction du clan. Voilà pourquoi ils sont automatiquement exclus du statut d'ancêtres. On doit même dire qu'ils s'en excluent eux-mêmes *latae sententiae*.

<sup>70</sup> Pour les Négro-africains, la mort n'est pas un anéantissement, une séparation totale. Elle est tout simplement un passage d'une forme de vie à l'autre. «Les morts ne sont jamais morts» (Birago Diop). Voilà pourquoi il n'est pas rare de rencontrer des gens qui restent sereins devant leur mort imminente, qui en parlent comme s'il s'agissait d'un voyage: «J'emprunte le sentier par où passèrent mes ancêtres» (*Ndi ndonda kajila kakaya banyinka*).

*Voilà ce que* Thomas & Luneau (1969) ont écrit à propos de cette sérénité: «Pour l'homme d'Afrique, il n'y a pas de désespoir absolu. Nous sommes ici en présence de l'un des traits les plus typiques de l'âme nègre traditionnelle: la sérénité... Le Noir est l'homme pour lequel l'espoir est toujours permis» (Thomas & Luneau, 1969, p. 153).

Mais il ne s'agit dans ces cas que des gens au cœur pur, sans haine ni maléfice et qui meurent au terme d'une longue et honnête vie, après avoir bien accompli leur devoir, celui de *permettre à la vie de poursuivre son chemin*. Un tel homme arrive sans encombre au terme du voyage et trouve sa place parmi ses ancêtres.

Le sorcier, l'homme au cœur mauvais, par contre, sera jugé à cause des charges qu'il emportera avec lui (Bimwenyi, 1968) et sera condamné à errer partout (Mahaniah, 1980). Il se permettra de temps à autre d'aller épouvanter et embêter les vivants subsolaires. La mort «avant terme» est vécue de manière parfois dramatique. Il s'agit ici, d'une *catastrophe* de la vie. L'individu et la communauté ont tous le devoir sacré de se prémunir contre cette catastrophe. C'est là le fondement du port des amulettes et autres objets protecteurs et du recours aux «fétiches» (on n'y reviendra).

dimension communautaire. Les membres subsolaires et ceux d'au-delà ont des devoirs les uns envers les autres. Les vivants mortels doivent observer les traditions et les coutumes reçues des ancêtres et assurer l'harmonie de la vie intra-clanique, vénérer les ancêtres, qui se survivent à travers eux (Mujynya, 1972)<sup>71</sup>, les invoquer et leur présenter des offrandes et des sacrifices (signe de dévotion filiale) pour affermir la communion avec eux et jouir de leur protection.

Par contre, les trépassés sont chargés de procurer le bonheur à leurs frères de ce monde, de les protéger contre les menées des rancuniers et des maléficiers, et de veiller (invisiblement, mais) efficacement au bon ordre du clan. Ils en sont capables parce que leur passage par la mort les a dotés d'une intelligence supérieure à celle des mortels - cependant encore inférieure à celle de Dieu - qui leur permet de connaître l'origine de certains maux (dont une certaine mort, Cf. note ci-dessus) qui accablent les mortels, et les remèdes pour les soigner (Bimwenyi, 1968). En outre, disposant d'un corps qui n'est plus soumis aux lois de ce monde, ils jouissent d'une grande mobilité.

Mais lorsque les terrestres négligent leurs devoirs, ces surveillants invisibles peuvent les rappeler à l'ordre, et parfois de manière énergique, notamment en les frappant d'une maladie quelconque et même de la mort s'ils s'entêtent à ne pas comprendre<sup>72</sup>. Ils utilisent alors cette même stratégie que nous avons rencontrée chez Dieu (Cf. paragraphe précédent).

Les subsolaires peuvent aussi prendre l'initiative d'aller consulter leurs parents d'outre-tombe sur les maux qui leur adviennent. La voie la plus usitée à cette fin est la *divination* (voir plus loin dans ce chapitre). La clé de compréhension de ce comportement réside dans la notion de **Vie**

---

C'est à partir de ce devoir sacré de protéger la vie à tout prix que l'on peut comprendre pourquoi les parents d'un patient se feront un devoir de proposer à ce dernier de combiner les soins de la médecine moderne et ceux traditionnels (on n'y reviendra également).

<sup>71</sup> D'après cet auteur, le défunt n'est plus capable d'exercer son influence sur les êtres matériels pour son propre renforcement vital. Ce sont les subsolaires qui doivent intervenir pour lui.

<sup>72</sup> Notons que ces maladies venant des ancêtres comme celles venant de Dieu peuvent être des maladies simples, graves ou même psychiques. Elles constituent un avertissement (une carte jaune) et sont supposées disparaître dès que la réparation aura été faite et qu'éventuellement - mais pas nécessairement - les médicaments appropriés auront été administrés. Soit dit en passant, si la guérison intervient, elle n'est évidemment pas due à la réparation en tant que telle (la matérialité de l'acte) - ce qui en ferait un acte magique. Elle est plutôt attribuable à la signification psychosociale de l'acte, une signification qui est partagée par toute la communauté en présence et qui la pousse à modifier positivement les relations entre les membres, autrement dit, à puiser sa force (à chercher la guérison) dans ses propres ressources cachées.

(Santé). Celle-ci vient de Dieu par le canal des Ancêtres et nous est momentanément confiée - l'espace de notre existence - pour que nous la transmettions à notre tour à la progéniture. Or, cette Vie a besoin d'être entretenue puisqu'elle est susceptible d'augmentation ou de diminution. Aussi le devoir suprême du *mntu* est-il de *protéger* et de *renforcer* cette vie en renforçant la solidarité à l'intérieur de la famille, du clan, etc. Toute autre attitude ne peut être acceptée (Mujynya, 1972; Bujo, 1984, 1987, 1993), car elle équivaldrait à se couper de la source même de vie et donc à se condamner à l'étiollement, à la destruction comme une branche détachée de l'arbre (Bimwenyi, 1968).

Dans une société où, compte tenu des conditions écologiques et économiques, le sort de chacun est intimement lié à celui des autres membres, il est compréhensible qu'elle impose à chacun de ses membres la ligne à suivre sur le plan social. Ainsi parmi les actes considérés comme bons et recommandés, on peut citer: «l'obéissance aux parents et à l'autorité, la soumission à la loi et à la coutume, le respect de l'ordre moral et social ainsi que celui des institutions établies, l'entretien de la famille, l'éducation des enfants, 'la pratique de l'hospitalité à l'égard des membres du clan et aussi des étrangers' et en général tout ce qui concourt à faire régner l'ordre ou un climat favorable à l'épanouissement de la vie et de l'homme tout entier» (Mujynya, 1972, p. 123). «Le plus ignominieux des crimes passe pour être l'homicide volontaire perpétré par jalousie au moyen des armes, de l'empoisonnement et surtout au moyen de *la sorcellerie*» (Mujynya, 1972, pp. 124-125). Le fait même de *vouloir* du mal à quelqu'un passe pour une faute et est fortement réprouvé<sup>73</sup>.

Cette solidarité est tellement forte et profonde qu'elle dépasse l'ordre purement sociologique et atteint celui d'identification ontologique. Ainsi en cas de maladie, un membre de famille sain et fort peut se substituer – sans problème – à celui qui est malade pour observer les interdits à sa place, notamment les interdits alimentaires. Dès lors qu'il aura accepté ce rôle, il sera traité en même temps que le parent malade, comme s'ils étaient une seule et même personne. Ce type de figure est fréquent lorsqu'il s'agit d'un petit enfant malade. La mère s'identifie à sa

---

<sup>73</sup> Ces valeurs sont attestées par beaucoup d'auteurs anciens, notamment par Mgr Le Roy, dans "*La religion des Primitifs*" et le Père Tempels, dans *La Philosophie Bantoue*. Elles sont confirmées par de récentes recherches ethnologiques, Cf. Thomas et Luneau, 1977, 1980.

progéniture et se fait soigner avec elle. Il arrive aussi qu'une épouse le fasse pour son mari. Pourtant, ils sont génétiquement étrangers l'un à l'autre, selon la logique biomédicale ! Ici une autre logique est en jeu : la logique de participation à l'être. Nous en parlerons davantage en discutant de la fraternité onto-cosmique.

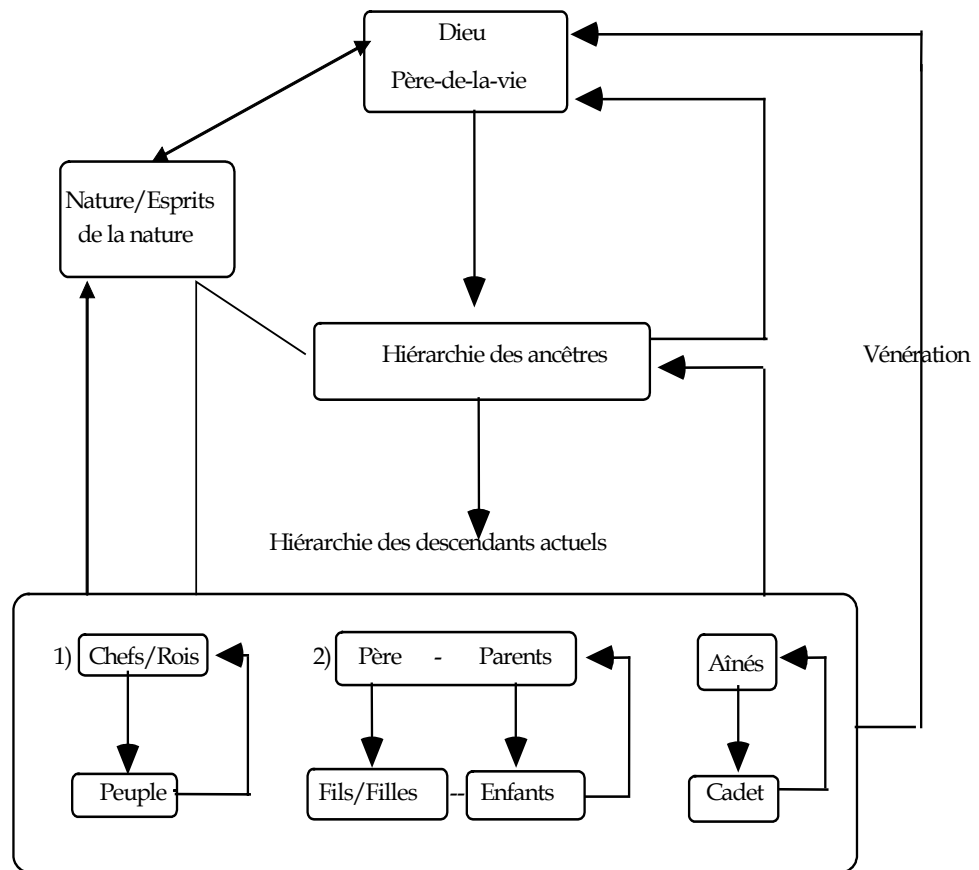
### **2.3.2 La membralité (solidarité) verticale**

Jusqu'à présent, nous n'avons considéré la communauté que dans sa dimension horizontale, celle de la coresponsabilité des membres. Mais il existe aussi une autre dimension, également importante : la dimension verticale. C'est celle de l'autorité, de la responsabilité de l'aîné au sein de la communauté. On sait que la société négro-africaine est fortement hiérarchisée. Cette hiérarchisation repose sur la conception du flux vital. Celui-ci suit un mouvement théorique unidirectionnel : il coule de Dieu vers les premiers ancêtres, de ceux-ci vers leurs descendances jusqu'au dernier rejeton. Il apporte au bénéficiaire : vie, force, vitalité, santé, bien-être, bonheur. Mais pour qu'il déploie toute son efficacité, il exige de lui un mouvement rétroactif de reconnaissance, respect et vénération envers les donateurs (Cf. Schéma Figure 6)<sup>74</sup>.

---

<sup>74</sup> Comparer avec la dimension verticale dans le modèle développé par Peltzer (1989a, 1995).

Fig. 6 : Représentation schématique du mouvement du flux vital



N.B. : Les flèches ascendantes indiquent le respect et la vénération selon le degré, sauf la relation entre les vivants actuels et les esprits de la nature qui est caractérisée plutôt par la crainte.

De même que la pluie tombe toujours du ciel vers la terre pour la féconder, et que de la terre montent des nappes de brumes dormantes qui s'étirent dans le vent, et que pousse la ravissante et luxuriante végétation tropicale pour sourire au ciel lumineux, de même le flux vital se répand toujours des aînés vers les cadets, des parents vers les enfants, du chef vers le peuple, des ancêtres vers leurs descendants terrestres, jamais en mouvement inverse. Exactement comme il en fut à l'origine lorsque le flux vital se répandit du magnanime "Surgisseur", "Père et Maître-de-la-vie" vers tous les êtres et particulièrement vers les ancêtres primordiaux, les fondateurs des clans, tribus et peuples.

Chaque maillon de la chaîne est débiteur du maillon précédent pour le flux vital reçu et lui doit en retour respect et vénération. En plus, étant donné que l'aîné possède, en principe, une force vitale plus intense que le



cadet, il s'ensuit que sa parole, son verbe est aussi plus puissant, plus efficace. Par conséquent, c'est lui qui présidera à l'invocation des ancêtres, au sacrifice rituel et à la bénédiction. Empiéter sur ce rang ou encore pire l'usurper revient à perturber l'ordre social et même cosmique. Aussi doit-il toujours être réservé à qui de droit.

Mais ce rang, ce droit d'aînesse confère en même temps le devoir de protection du cadet par l'aîné, de l'enfant par le parent, du peuple par le chef, de la descendance par les ancêtres, des créatures par Dieu. Cette double implication, qui relève du respect de la structure sociale très hiérarchique, souligne à sa manière cette dimension de la personnalité négro-africaine : "un être fondamentalement *membre*".

Cette "*membralité*" horizontale et verticale éclaire et fonde la totalité de la pratique médicale négro-africaine, notamment le diagnostic étiologique pratiqué par les tradipraticiens (et auquel s'attendent les malades), la finalité de la thérapie, les critères d'appréciation de la guérison et la prévention d'un certain type de maladies (voir plus loin au chapitre 3). Mais le *muntu* ne se vit pas seulement comme relation à Dieu et à la communauté humaine. Il se vit aussi comme relation à tous les autres êtres que Dieu a créés. C'est le thème du paragraphe qui suit.

## 2.4 "L'osmose ontologique" ou la membralité avec le cosmos

«Lorsque nous nous promenons dans un champ, par exemple, l'ADN est omniprésent ; à l'intérieur de notre propre corps, mais aussi dans les flaques, dans la boue, l'excrément des vaches, l'herbe sur laquelle nous marchons, l'air que nous respirons, les oiseaux, les arbres, et tout ce qui vit. Ce réseau de vie à base d'ADN, cette *biosphère*, entoure la terre entière» (Narby, 1995, p. 111).

L'historien congolais Obenga (1985) écrit à la fin de son livre : «La notion d'homme (*muntu*) est incomplète si l'on ne cherche pas à trouver l'homme dans ses rapports avec les dieux, les choses, le monde» (Obenga, 1985, p. 338). Pour notre part, l'ayant déjà cerné dans ses rapports avec Dieu et

avec les autres humains, il ne nous reste plus qu'à l'appréhender dans sa relation au monde.

L'univers qui a précédé le *muntu*, et qui lui apparaît comme déjà consistant et constitué, comme le dit Bimwenyi (1981), est éprouvé aussi comme étant le champ de l'activité incessante d'un Dieu qui le couvre de son souffle et le rend fécond selon son ordre. Il est tout entier empli de la *parole de Dieu* qui s'y est répandu à travers l'élément liquide (eau). Or cet élément est constitutif de toute chose. Aussi chaque chose peut être considérée comme d'essence verbique. Chaque parcelle de matière, chaque brin d'herbe, chaque moucheron renferme un message, chacun est porteur d'une "parole" - "la parole du monde"<sup>75</sup> - comme le disent si bien les *Dogon* du Mali. Ce message est destiné à l'homme qui peut l'interpréter. L'homme est ainsi à double titre "frère" de toute chose : il a une similitude ontologique avec l'univers et a la même origine que lui.

Cette "fraternité" d'origine se retrouve déjà exprimée au niveau linguistique, ce premier niveau du découpage du réel. Les humains, **ba-ntu**, (les êtres dotés d'intelligence, de conscience), les choses, **bi-ntu**, (êtres sans intelligence au sens strict, tout étant qui n'est pas homme) et même les adverbies locatifs **ku-ntu** (directionnel : *vers* l'être/étant, endroit), **mu-ntu** (intérieurité: *dans* l'être/étant, manière d'être), **pa-ntu** (localisation dans l'espace eu égard à l'extériorité : *sur* l'être/étant; localisation dans le temps), ont le même radical linguistique **NTU**<sup>76</sup> qui signifie l'être ou mieux l'étant, l'être principé (*principatus*).

"*Ntu* est à la fois idéophone, intuition du réel, et la base structurelle d'une série plus ou moins large de déterminations" (Kabongo & Bilolo, 1994, p.

<sup>75</sup> C'est cette *parole*, à notre avis, que d'autres auteurs, à la suite du Père Tempels, ont appelée *force vitale*. Ainsi Mujynya (1972) écrit : «Toute réalité matérielle est double. Il y a au-dedans de chaque chose, la chose elle-même» et «son enveloppe, son écorce». Par les sens ordinaires, le simple mortel ne perçoit que l'enveloppe et non la chose elle-même. Celle-ci «est douée d'une **force** susceptible d'accroissement et de diminution» (p. 14).

Plus loin, il écrit : «Tout ce qui est, est force aussi bien dans sa nature que dans ses différentes manifestations. C'est le premier principe qu'il faut préalablement admettre si l'on veut comprendre l'univers et le monde bantu tels que les conçoivent les *Bantu* eux-mêmes» (p. 22).

Et plus loin encore, il écrit: dans cet univers, «l'homme se reconnaît lui-même comme une *force* agissante insérée parmi une multitude d'êtres-force susceptibles tout aussi bien de l'épanouir que de l'affaiblir (...), comme réalité influencée et influençable par son entourage, mais aussi comme une *force* puissante, la seule parmi les êtres corporels, qui soit capable de transformer à volonté son milieu vital, de l'exploiter méthodiquement et de le rendre plus propice à son propre épanouissement» (Mujynya, p. 87. Aucun passage n'est souligné dans le texte original).

<sup>76</sup> Voir la note relative à la notion de *Ntuisme* au début du chapitre.

67; lire également p. 96). Il est «force au sein de laquelle l'être et l'étant coïncident» (Jahn, 1961, cité par Collomb, 1965, p. 217). Il exprime la notion de confluence des êtres et des choses, le point zéro (Collomb, 1965).

On peut donc dire que tous les êtres sont *radicalement* semblables et participent *radicalement* à la même manière d'être dans le temps et l'espace<sup>77</sup>. Leur diversification procède plutôt de la spécification de ou dans l'être. A partir de cette matrice commune, il devient clair que les Négro-africains croient tous les êtres capables d'inter-location ou de dialogue, malgré les seuils qui les séparent en tant que "séries d'êtres".

L'étoffe rythmique du monde fait de lui (du monde) un univers "en toile d'araignée" (Tempels, 1959 ; Bimwenyi, 1981) qui vibre à tout ce qui advient dans l'un ou l'autre de ses points ; ou encore fait de lui «un univers en-vases-communicants. Une goutte d'eau qui tombe, une fourmi qui se déplace influent sur l'équilibre de l'ensemble» (Bimwenyi, 1981, p. 600. Lire aussi Peltzer, 1989a, p. 131).

Cette conception traditionnelle négro-africaine holographique se trouve en parfaite syntonie avec certaines conceptions scientifiques récentes qui sont en passe de révolutionner la pensée euro-américaine aujourd'hui, notamment la *Théorie générale des systèmes*<sup>78</sup> et la *Théorie des*

<sup>77</sup> Tô, Lévy-Bruhl (1857-1939) avait déjà souligné l'importance de cette dimension participative de tous les êtres (et le rôle de l'affectivité) dans la saisie du monde. Mais malheureusement l'accentuation exagérément européocentriste, évolutionniste et méprisante de ses écrits (hormis ses notes posthumes) a rendu un mauvais service à la recherche (Cf. Cazeneuve, J. (1994). « Lévy-Bruhl ». In *Encyclopaedia universalis*, Vol. 13, pp. 668-669).

<sup>78</sup> La théorie générale des systèmes prouve aujourd'hui la justesse de vue de cette conception négro-africaine millénaire, dont on prétend pourtant qu'elle est dépassée. En effet, voilà ce qu'on peut lire dans le cadre de la thérapie systémique qui est l'une des multiples applications de la théorie générale des systèmes : «L'individu jouit d'une *autonomie relative*, qui le lie non seulement à d'autres individus mais aussi à un environnement multidimensionnel, c'est-à-dire, cosmique, physique, socio-biologique, économique et culturel. Le tout constitue son écosystème individuel, un ensemble de sous systèmes ou de contextes. L'individu se meut constamment d'un "compartiment" de son contexte à l'autre, et chaque fois il y a une détermination réciproque entre lui et son contexte. Le résultat sont des configurations variables qui représentent l'individu dans le contexte du moment. Chaque figure est identique à ce que nous sommes habitués d'appeler une "personne"» (Duss-von Werdt, 1991, pp. 284-285).  
De leur côté, Watzlawick, Beavin & Jackson (1979) écrivent : «Si nous comprenons que tout organisme, pour survivre, doit non seulement se procurer les substances nécessaires à son métabolisme, mais aussi une bonne information sur le monde environnant, nous voyons alors que communication et existence sont des concepts inséparables. Subjectivement le milieu est vécu comme un ensemble d'instructions concernant l'existence de l'organisme; en ce sens, les effets du milieu sont analogues au programme d'un ordinateur... Il y a cependant une différence non négligeable: le programme de l'ordinateur est présenté dans un langage que la machine "comprend" parfaitement, alors que l'impact du milieu sur l'organisme renferme un ensemble d'instructions dont le sens n'est pas immédiatement clair; c'est à l'organisme qu'il

*catastrophes* de Thom (1980) et encore davantage les théories de la cosmophysique sur l'histoire de l'univers.

Les derniers développements en biologie moléculaire abondent dans le même sens. D'après Narby (1995), depuis la découverte de l'ADN, quelques biologistes sont en train de découvrir eux aussi ce type de discours ou plutôt sont en train d'être rattrapés par lui. Ils ne peuvent malheureusement pas encore s'émerveiller devant la similitude de leur discours avec les discours multiséculaires des autres peuples du fait qu'ils s'entêtent à les traiter de "primitifs" et pré-scientifiques<sup>79</sup>.

Narby affirme : «La croyance "animiste", selon laquelle tous les êtres vivants sont animés par le même principe, avait été corroborée par la découverte de l'ADN. En effet, (...) la molécule de la vie (est) la même pour toutes les espèces, l'information génétique nécessaire à l'élaboration d'une rose, d'une bactérie ou d'un être humain (est) codée dans un langage universel à quatre lettres, A, G, C et T, qui sont quatre composés chimiques formant la double hélice de l'ADN» (p. 68). «Les pétales d'une rose, le cerveau de Francis Crick, mes yeux et les parois d'un virus (sont) tous les quatre constitués de "briques" de protéines composées

---

revient de le décoder du mieux qu'il peut. Si nous ajoutons à cela, fait évident, que les réactions de l'organisme affecte en retour le milieu, on voit que même aux niveaux les plus primitifs de la vie, se produisent des interactions complexes et continues qui ne sont pas laissées au hasard, et qui sont donc réglées par un programme, ou pour employer un terme existentiel, par un sens» (p. 262). Nous soulignons.

Dans le domaine de la santé, Hiernaux (1987) rapporte qu'actuellement trois pôles idéologiques - spiritualiste, corporéiste et moniste -, toutes issues «du couple valorisation de l'esprit-dépréciation du corps qui a longtemps imprégné l'idéologie du monde chrétien occidental» (p. 28), s'affrontent. Au sujet du pôle moniste, il écrit : «Tandis que le monisme, quand il débouche sur la conscience de la participation de la personne au tout, voire de la non-séparabilité tranchée du soi et du non-soi, tend à mettre en valeur l'harmonie des rapports entre toutes les manifestations de ce tout, vivantes et inanimées, dans un esprit de non-compétition, de respect et d'empathie; dans l'action, il induit à éviter la crispation sur un but en mettant l'accent sur la correction des moyens» (p. 33). (Nous avons transcrit en italiques les parties qui soulignent cette conception de l'être humain comme "un univers en-vases-communicants" avec les autres êtres).

Dans son cours sur les thérapies systémiques familiales dispensé en 1991-1992 au département de psychologie de l'Université de Fribourg, le professeur Duss-von Werdt a pu établir en parcourant l'histoire de la pensée (philosophie) euro-américaine que les idées systémiques ne sont pas aussi neuves dans la pensée « occidentale » que cela peut paraître. Elles ont été soutenues à toute époque de l'histoire « occidentale », depuis les philosophes grecs jusqu'à nos jours, par des philosophes, des médecins, des physiciens nucléaires et autres anthropologues (Voir chez Panu-Mbende, 1997b). Mais il faut préciser aussitôt que ces idées n'avaient jamais pu devenir prépondérantes avant l'avènement du courant de la pensée qui porte aujourd'hui ce nom.

<sup>79</sup> Ainsi Crick (le découvreur de l'ADN et prix Nobel de la science) : «On sait maintenant, grâce aux progrès de la biologie moléculaire, que les mécanismes de base de la vie sont non seulement identiques pour toutes les espèces, mais aussi extrêmement complexes. (...) Dans toutes les espèces vivantes, les protéines sont constituées exactement des mêmes vingt acides aminés» (Narby, 1995, p. 80).

exactement des mêmes vingt acides aminés» (p. 82). Et encore : «L'ADN est un *maître de transformation* : il a façonné l'air que nous respirons, le paysage que nous voyons et l'étourdissante diversité d'êtres vivants dont nous faisons partie. En quatre milliards d'années, il s'est démultiplié en un nombre incalculable d'espèces différentes, tout en restant rigoureusement le même» (p. 95)<sup>80</sup>.

Cette conception de la fraternité universelle que la biologie moléculaire est enfin en train de découvrir n'a pas été aperçue par les seules cultures négro-africaines, mais pratiquement par toutes les "cultures traditionnelles".

On sait aujourd'hui que le troisième terme de la devise de la révolution française, «Fraternité», a été emprunté à la philosophie de base des peuples amérindiens, via la constitution des Etats-Unis d'Amérique. Seulement ce qui était déjà si révolutionnaire, à savoir, le fait de considérer tous les peuples comme frères, était déjà un appauvrissement parce que réduction par rapport à la notion originelle.

Car, pour les peuples amérindiens, c'est non seulement les humains qui me sont apparentés, mais tous les êtres. Ils vont même jusqu'à considérer que tout ce qui vit est partie de mon propre corps.

Comme exemple de cette parenté universelle, voici ce que Narby (1995) écrit au sujet du peuple amérindien *Ashaninca* du Pérou : «Les *Ashaninca* croient qu'il existe des esprits invisibles appelés "*maninkari*", littéralement "ceux qui sont cachés", qui peuvent néanmoins être vus en ingérant régulièrement du tabac et de *l'ayahuasca*. On les appelle aussi *ashaninka*, "nos compatriotes", puisqu'on les considère comme **des ancêtres**, avec qui l'on entretient **des liens de parenté**. Comme ces *maninkari* se manifestent aussi dans le monde animal et végétal, les *Ashaninca* **se considèrent de la même famille que le héron, la loutre, le colibri**, et ainsi de suite, qui sont *perani ashaninka*, tous nos

<sup>80</sup> En relation avec cette idée, Narby émet l'hypothèse que la connaissance des chamans serait explicable en partie en fonction de l'interconnexion entre tous les êtres vivants : Le chaman capterait «des photons en provenance du réseau mondial formé par l'ensemble des êtres vivants à base d'ADN. Cette entité, qui peut être considérée comme "une unité plus ou moins pleinement interconnectée" serait donc la source des images» de leurs visions (p. 129).

Cette hypothèse fournie par la biologie moléculaire rejoint celle que Van Quekelberghe avance au niveau de la psychologie transpersonnelle quand il dit que le Chaman entre dans le monde où les notions de sujet, temps et espace n'ont plus de sens, mais où tout est instantanément tout.

compatriotes – comme le révèlent nos ressemblances au niveau de la forme» (p. 32. Nous soulignons).

Nous avons vu, en parlant du *Verbe*, que l'homme, *Maa*, la vingt et unième créature, est le confluent de tous les êtres (et donc le *ntu* par excellence), *un univers en miniature* (Hampaté Ba, 1981), le "lieu d'une véritable périchorèse des êtres" (Bimwenyi, 1981). Partie du nom même de Dieu - créateur et organisateur de l'univers -, le seul être créé capable d'une parole articulée, il est par vocation *la bouche cosmique* : "par lui, avec lui et en lui", le silence cosmique est rompu. Il est constitutivement *nganga*, puisqu'il est capable de proférer des paroles qui font surgir des choses en ordre, porteuses de noms.

Ou comme le dit Mveng (1979) : «Il est à la fois la récapitulation du cosmos et de l'Humanité. Il est soudé à l'un et à l'autre, il est le prolongement de l'un et de l'autre. Toute initiative de l'homme est à la fois, moment d'accomplissement où le cosmos accède à la liberté et à la conscience, et mise en branle de tout le système du monde suspendu au pivot de notre être» (Mveng, 1979, p. 101).

Confluent des forces contradictoires en perpétuel mouvement, il lui faut une bonne initiation pour pouvoir les ordonner, les maintenir en équilibre, bref maintenir l'univers entier en équilibre. C'est là le but implicite de toute l'éducation (l'initiation) traditionnelle : réunir l'univers en réunissant l'homme (Hampaté Ba, 1981; cf. aussi Ebigbo, 1994).

C'est cela également que poursuit en définitive toute thérapeutique traditionnelle. Qu'elle soit orientée vers une maladie somatique ou psychique précise ou vers une maladie vague (p. ex. la guigne), elle entend rétablir l'équilibre individuel, social ou cosmique perturbé.

Cette relation cosmique permet également de comprendre la présomption selon laquelle certains grands initiés "se transforment" en animal, oiseau, arbre; ou que les défunts reviennent sous l'une de ces formes. Ces métamorphoses restent donc dans le domaine du rationnel pour l'initié et signifient que l'homme est partie intégrante de l'univers (Horton, 1967; Thomas & Luneau, 1986; Friedli, 1992).

Collomb (1965) rend parfaitement cette idée en juxtaposant avec bonheur deux poètes français, un Blanc (A. Breton) et un Noir (A. Césaire) : «Tout

porte à croire, déclarait Breton, qu'il existe un point de l'esprit d'où la vie et la mort, le réel et l'imaginaire, le passé et le futur, le communicable et l'incommunicable, le haut et le bas cessent d'être perçus contradictoirement.» (Second Manifeste du surréalisme). A partir de là, le même mot peut tout signifier, tout peut se diluer en tout. «L'homme qui est force se transforme à volonté en d'autres forces. "La faiblesse de beaucoup d'hommes est qu'ils ne savent devenir ni une pierre, ni un arbre" (A. Césaire). (...) Tout et soi-même peut être métamorphosé à volonté par le pouvoir du verbe... C'est une certitude inébranlable» (Collomb, 1965, pp. 219-220).

C'est de cette osmose ontologique que surgissent la plupart des interdits familiaux, lignagers, culturels ou thérapeutiques, des "tabous", des "totems", etc.

L'univers n'est cependant pas une demeure des seuls mortels et des forces inanimées. Il est aussi demeure des génies ou esprits qui y ont eux aussi leurs prérogatives. Ceux-ci se partagent avec les mortels le gouvernement des sources, forêts et montagnes. Leur "verbe" étant plus fort, ils en imposent au *muntu* qui voit s'amenuiser considérablement sa liberté de manœuvre et son espace de déploiement. Toute violation des droits de ces génies de la part des hommes est très sévèrement punie (maladie grave, trouble psychique, mort subite).

Nathan (1994) rapporte que dans le mythe fondateur Mandenka, il apparaît que la fécondité est associée à la richesse et à l'acquisition du pouvoir. «Mais, comme la fertilité de la terre, cette fécondité n'est pas donnée aux humains, *elle leur est prêtée*. (Nous soulignons). Tant qu'ils maintiennent l'alliance avec les êtres de la brousse, les hommes peuvent jouir de la fécondité. Mais si un jour ils croient en être réellement propriétaires, - les seuls propriétaires - toutes ces richesses leur sont aussitôt retirées» (Nathan, 1994, p. 206).

Tout ceci laisse entendre que ce n'est pas n'importe quel mortel qui est capable de lire "les chiffres du monde", d'en "décoder le programme" ou "le sens" (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1979).

L'univers étant un ensemble composé d'éléments qui sont chacun une force réelle, son exploitation constitue une entreprise délicate et prend l'allure d'une véritable lutte entre l'homme et les éléments qu'il veut

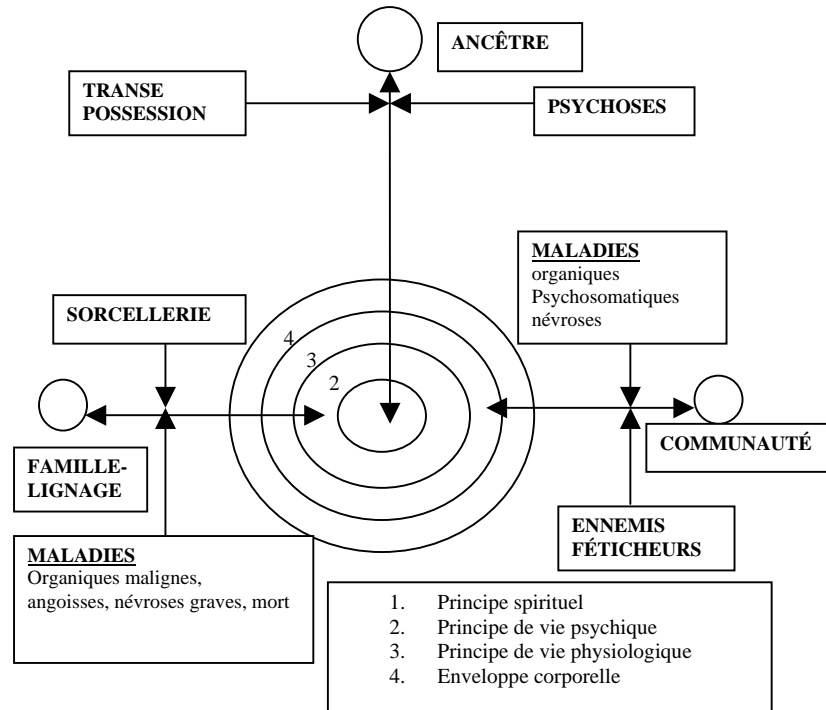
s'approprier. Seul l'initié en est capable. Car il «doit posséder une certaine connaissance des êtres sur lesquels il veut opérer pour leur arracher la force qu'il juge utile pour lui. Cependant, il ne s'agit pas (seulement) d'une connaissance de leur constitution et de leurs propriétés physiques et chimiques, mais (plutôt) de *l'influence* qu'ils exercent sur les autres êtres-force, principalement sur les vivants. Autrement dit, leur être contribuera-t-il réellement au renforcement de sa vie ou y sera-t-il préjudiciable ? (...) Même si l'identité ontologique d'être et de force reste une hypothèse, écrit Theuws, ce qui est certain et depuis longtemps admis, c'est que la réalité se présente à l'homme primitif (?) sous la forme d'un jeu de forces plus ou moins mystérieuses, fortement hiérarchisées et interdépendantes. Toute forme d'exploitation de la nature repose sur cette conception» (Mujynya, 1972, p. 96).

La médecine traditionnelle en constitue une preuve à travers ses rites. Voilà pourquoi ils ont pleinement raison tous ces auteurs qui s'insurgent contre une certaine idée de la collaboration entre la médecine traditionnelle et celle moderne qui se limiterait à l'utilisation scientifique des plantes médicinales. La médecine traditionnelle est bien plus que la connaissance et l'usage des plantes médicinales. Elle implique aussi bien cette connaissance que l'ensemble des théories implicites sur les relations entre l'homme et son environnement physique et culturel (Voir Singleton, 1991b; Peltzer, 1992...).

Ces trois dimensions *membrale* de l'homme que nous venons de souligner (dimension théotropique, dimension de la fraternité intrahumaine et dimension cosmique) présentent en fait un modèle de la personnalité que la psychologie clinique ne peut pas se permettre d'ignorer, surtout pas la psychopathologie et la psychothérapie dans leur pratique en Afrique et auprès des Africains où qu'ils soient.

Il existe un autre modèle dans la littérature psychiatrique africaine et qui est plus connu. C'est le modèle du professeur Sow du Sénégal. Il est synthétisé dans le schéma ci-dessous.



Fig. 7 : *Modèle de la personnalité, de la psychopathologie et des thérapies traditionnelles en Afrique noire selon Sow (1977, 1978)*

Ce modèle présente deux pôles : l'individu, d'un côté, et l'ancêtre duquel l'individu tire sa vie, de l'autre. L'individu appartient à une famille et, à travers elle, à un lignage qui fait lui-même partie d'un ensemble plus grand, la communauté, le pays. Cet individu est soumis à des maladies qui peuvent provenir de la sorcellerie, (on est alors dans le cercle familial ou lignager) ou des féticheurs et d'autres ennemis (on est à un niveau plus vaste : la communauté). L'individu a la possibilité de chercher secours auprès de l'ancêtre en entrant en contact avec lui. Les moyens disponibles sont la transe et la possession, mais également les psychoses. (Nous parlerons de ces moyens plus loin dans ce chapitre).

Ce modèle a le grand mérite de souligner l'importance de la *membralement* dans la genèse des troubles. Cependant il n'a retenu qu'une seule dimension de la personnalité, à savoir la dimension de la *membralement intrahumaine*. Il laisse sous silence la dimension théotropique de l'homme (relation individu-Dieu/origine de la vie) ainsi que sa dimension cosmique. De même, il ne dit rien des maladies que Dieu, les ancêtres et les esprits peuvent provoquer. Si donc ce modèle a été révolutionnaire dans les années 70, il doit être considéré à présent comme désuet.

La partie suivante de ce chapitre est comme une illustration de la conception *membrale* tridimensionnelle que nous venons d'exposer. Elle entend montrer comment la santé, la maladie et les soins pour la santé s'intègrent dans cette conception unitaire et *membrale* de l'homme et de l'univers et surtout montrer que tout le travail de guérison n'est possible qu'à la lumière de cette conception.

Retenons toutefois que tous ces modèles, y compris le nôtre, ne sont pas la réalité, mais des simplifications de la réalité à des fins *didactiques*. Notre vision cartésienne de la réalité<sup>81</sup> a bien besoin de différencier les niveaux, de disséquer la réalité pour que la pensée soit plus claire et « intelligible ». Mais la réalité telle qu'elle est perçue par les *nganga* et les tenants de la tradition africaine est plutôt une et indivisible. Elle n'est pas tantôt verticale et tantôt horizontale, ou d'abord théotropique, ensuite intrahumaine et cosmique. Elle est tout cela et plus que cela encore *en même temps*. Elle est la confluence de toutes nos *membralités*.

---

<sup>81</sup> Africain transitionnel façonné par de nombreuses années d'études dans les langues européennes et après avoir passé presque la moitié de notre vie en Europe, il n'est pas étonnant que la vision cartésienne du monde nous soit par moment plus familière que la pensée négro-africaine authentique. Voilà pourquoi nous parlons de « notre vision cartésienne » de la réalité. Mais que l'on se rassure, la vision négro-africaine du monde continue à nous influencer continuellement et de manière fondamentale, au niveau du sens, des significations majeures.

## **B. Le combat pour la vie (santé), contre la mort (maladie)**

«Tu peux parler sans t'entendre. Si tu veux t'entendre il te faudra revenir sur ta parole ; sans cela tu n'en connaîtras pas le fondement, jamais. Si quelqu'un se lève, qu'il s'asseye. S'il se lève à nouveau afin de se voir se levant, c'est cela voir "le voir". Et celui qui voit "le voir" peut se taire et s'entendre parler, celui-là est un diseur de paroles profondes». (Paroles d'Afrique. Texte recueilli par G. Dumestre, 1996, p. 41).

«While cosmopolitan medicine is used widely in Kenya (and elsewhere in Africa), the majority of lay people hold concepts of health and illness which are largely indigenous. Cosmopolitan health care providers have little understanding of these concepts. This hinders effective communication between health care providers and their clients» (D. Nyamwaya, 1992).

### ***2.5 Les théories subjectives africaines sur le corps humain, la santé et la maladie***

« Au fondement de toutes les pratiques sociales comme médiateur privilégié, pivot de la présence humaine, le corps est au croisement de toutes les instances d'une culture, le point d'imputation par excellence du champ symbolique. Le corps est œuvre de civilisation. Les sensations, les sentiments, les expressions, les modes de présentation du corps dans la vie sociale traduisent un univers de sens, mais nuancé, coloré par le style propre de l'acteur, par les résonances de son histoire personnelle. Objet d'un façonnement socio-culturel qui n'épargne pas même l'intimité la plus secrète de l'homme le corps est le lieu par excellence, l'analyseur le plus saillant, des différences entre les cultures » (Le Breton, 1989, p. 430).

#### ***2.5.1 Le corps humain dans l'espace culturel bantu (luba)***

La santé et la maladie, thèmes principaux dans ce chapitre, se manifestent par le canal du corps. Mais comme le dit Le Breton (1989) dans la citation reprise en exergue, le corps bien qu'il soit une catégorie de l'expérience immédiate n'est pas un universal comme la médecine universelle de par son attitude le laisse supposer.

« Le corps est le produit de la socialité. Impossible de trouver un 'corps en soi' dissimulé sous la nébuleuse des savoirs du corps, épars dans les sociétés humaines. Seules existent des conditions corporelles vécues par des hommes singuliers au sein d'une trame sociale et culturelle bien délimitée. Si les hommes vivent dans des espaces et des temps différents, les corps qu'ils habitent ne sont pas moins diversifiés que les

espaces mentaux qui structurent leur expérience du monde. » (Le Breton, 1989, p. 429).

Il est donc indispensable de connaître les théories implicites négro-africaines relatives au corps. Tel est le propos de ce premier point du chapitre.

Déjà pour le négro-africain ordinaire, mais encore davantage pour le *nganga*, l'homme est une entité complexe, dont les différents éléments sont en interaction constante les uns avec les autres. L'un de ces éléments est le **corps**.

Pour les *Baluba*, par exemple, le corps comprend lui-même deux composants : (1) le corps visible, l'enveloppe extérieure (*cizubuzubu*, l'exuvie) et (2) le corps invisible, le corps intérieur, le vrai corps, le réceptacle de l'être profond (*muuvu*), à la fois matériel et spirituel. (Ceci interdit de l'identifier à l'âme).

Le premier est celui qu'on enterre lorsqu'on meurt. L'homme s'en débarrasse à la manière des chrysalides, des serpents et des autres reptiles lorsqu'ils muent. Cela ne signifie pas que ce corps soit négligeable. Loin de là, parce que la personne ainsi que l'autre corps ont besoin de lui pour se manifester et agir visiblement dans le quotidien. Il entretient une relation assez intime avec le deuxième corps et avec l'être de celui qui l'endosse. Il subsiste normalement grâce à la vitalité que lui procure le vrai corps. Il dispose d'une certaine autonomie par rapport à celui-ci, en ce sens qu'il peut pendant x-temps continuer à fonctionner alors que le vrai corps n'existe plus. Mais il vit alors en étant dans un état d'extrême fragilité. Il est alors comme un sidatique ontologique. Un petit rien suffit pour le faire tomber malade et l'emporter. S'il peut continuer à vivre en l'absence du vrai corps et de la personne qu'il est censé représenter, c'est parce que, malgré tout, l'énergie vitale de la personne l'irrigue encore.

On observe cette vie autonome pendant les rêves profonds, dans les états de somnambulisme, lors de la transe et du voyage chamanique, et surtout lorsque quelqu'un a été victime de la méchanceté des sorciers et autres féticheurs. On dit qu'il continue à se croire encore vivant (parce qu'il offre un semblant de vie normale), alors qu'il est déjà mort „en réalité“. Les sorciers aussi se dédoublent lorsqu'ils doivent aller

participer à leurs assemblées sabbatiques (*kuya mu cianda*). (Comparez Bimwenyi, 1968).

Le deuxième corps a une relation beaucoup plus intime avec son propriétaire, puisque les deux ne peuvent jamais se quitter. C'est lui qui contient les substances constitutives de la vraie identité, de la vraie personnalité de l'individu, de son *muuvu*.

Il peut aussi tomber malade. C'est souvent très grave, parce que les maladies qui l'atteignent directement sont toujours l'œuvre des spécialistes. En effet, ce n'est pas n'importe quelle personne qui peut accéder au corps intérieur d'un autre.

Enfin, c'est ce corps que les sorciers „mangent“ pour s'approprier les forces vitales de leur victime. C'est pourquoi on dit qu'une personne peut continuer à avoir un semblant de vie normale, alors qu'en réalité elle aura été mangée (en sorcellerie) depuis longtemps. Cette personne n'est plus qu'un jouet dans les mains des sorciers, qui lui laissent provisoirement ces apparences de vie en attendant qu'ils aient trouvé un bouc émissaire qui puisse assumer socialement la responsabilité de sa mort visible.

On voit souvent les Africains se secouer mutuellement et parfois un peu violemment lorsqu'ils se saluent avec joie. Ils joignent généralement à cet exercice physique la question suivante : « Es-tu fort ? » ou encore plus précisément « Es-tu dedans ? » Cette manière de saluer l'autre exprime notre souhait profond que notre interlocuteur soit en possession de toutes ses vitalités que contient le corps invisible. Elle exprime en même temps notre crainte que l'autre ne soit plus qu'une exuvie.

Le lien intime qui existe entre les deux corps fait que ce qui arrive dans l'un a des répercussions dans l'autre. Mais celles-ci n'ont pas toujours la même intensité. Il arrive ainsi souvent que seul le corps extérieur tombe malade. Ce sont des situations des maladies simples et des maladies de Dieu (voir plus loin dans ce chapitre). Le corps invisible s'en trouve généralement affecté, un peu affaibli, mais rien de grave. A moins qu'elles se transforment en maladies graves.

Voilà pourquoi le corps visible doit être objet de beaucoup de soin et d'attention de la part de chacun et d'observation attentive de la part du guérisseur : il est le miroir du corps intérieur et le canal par où passer pour atteindre celui-ci. Les différents rites et manipulations du corps visible auxquels le *nganga* recourt durant les séances de guérison n'ont que cela comme objectif : atteindre l'autre corps.

La croyance selon laquelle la médecine universitaire ne peut pas soigner certaines maladies trouve l'une de ses explications profondes dans cette conception du corps. Comme la médecine scientifique ne connaît, ne s'occupe et ne veut s'occuper que du corps visible, elle se trouve dans l'impossibilité de se faire accepter épistémologiquement par un peuple qui a une autre étiologie de ses maladies et une autre conception du corps. La médecine officielle croit qu'il n'existe qu'un seul corps et que celui-ci est naturel et objectif et qu'il peut et doit être appréhendé comme tel par tout le monde. Ce qui est une erreur.

« Croire que le corps serait naturel est une illusion de la médecine organiciste, déclare Andrieu (1999)<sup>82</sup>. Le corps est construit culturellement si bien que sa chair est subjective et culturelle. L'intervention sur le corps atteint les dimensions imaginaires et symboliques de la culture telles qu'elles auront été incorporées. (...) L'homme naturel est la tentation d'anéantir la dimension culturelle de tout corps en la ramenant à une étiologie objective » (Andrieu, 1999, p. 4).

La littérature ethnographique africaine a parfois rapporté le cas des mères africaines qui étaient déçues de voir le médecin ne soigner que les bébés qu'elles amenaient aux soins médicaux et non pas elles et les bébés. Ce comportement « étrange » a toujours étonné le corps médical euro-américain, du fait que selon leur médecine ces mères n'étaient pas malades, en tout cas n'avaient pas les mêmes maladies que les enfants en traitement.

---

<sup>82</sup> Cf. aussi Le Breton (1989) : « Les écueils épistémologiques soulevés par le 'corps' face aux tentatives d'élucidation des sciences sociales sont multiples, elles présupposent souvent un objet qui n'existe que dans l'imaginaire du chercheur. Héritage d'un dualisme qui dissocie l'homme et son corps. L'ambiguïté autour de la notion de corps est une conséquence de l'ambiguïté qui entoure l'incarnation de l'homme : le fait d'être et d'avoir un corps » (Le Breton, 1989, p. 424, nous soulignons).

Mais si on prend en considérations les théories implicites négro-africaines du corps, la réaction de ces mères devient tout à fait logique. Car le corps intérieur d'un bébé n'est pas encore entièrement constitué et en plus il est très vulnérable. Il est encore conditionné par le corps intérieur de la mère. Voilà pourquoi on doit les soigner tous les deux, si on veut obtenir un résultat durable.

Par ailleurs, le corps extérieur n'est pas seulement une porte vers le corps intérieur et l'être profond de l'individu, il est aussi le canal de communication de mon être avec le monde environnant. Le Breton (1989) l'a bien compris. L'explication qu'il fournit du corps rejoint le point de vue que nous soutenons dans cette thèse : la *membralité constitutive* de l'homme. L'être humain ne peut être pensé et défini que comme le parent universel, celui qui est lié et relié à tout ce qui existe. Voici ce qu'il écrit :

Dans les sociétés traditionnelles, « les représentations du corps sont en fait des représentations de l'homme, de la personne. L'image du corps est une image de soi, nourrie des mêmes matières premières qui composent la nature, le cosmos, dans une sorte d'indistinction. Ces conceptions imposent le sentiment d'une parenté, d'une communauté de tout ce qui vit... Le corps comme élément isolable de l'homme auquel il prête son visage n'est pensable que dans des structures sociétales de type individualiste où les hommes sont séparés les uns des autres, relativement autonomes dans leurs initiatives, leurs valeurs. Le corps fonctionne à la façon d'une borne frontière pour délimiter en face des autres, la présence du sujet. Il est facteur d'individuation. Dans les sociétés de type communautaire où le sens de l'existence de l'homme marque une allégeance au groupe, au cosmos, à la nature, le corps n'existe pas comme élément d'individuation, puisque l'individu lui-même ne se distingue pas du groupe, tout au plus est-il une singularité dans l'harmonie différentielle du groupe. A l'inverse, l'isolement du corps au sein des sociétés occidentales (lointain écho des premières dissections et du développement de la philosophie mécaniste) témoigne d'une trame sociale où l'homme est coupé du cosmos, coupé des autres et coupé de lui-même. La distinction du corps et de la présence humaine est l'héritage historique du retrait dans la conception de la personne de la composante communautaire et cosmique et l'effet de la

coupure opérée au sein même de l'homme<sup>83</sup> » (Le Breton, 1989, pp. 423-424).

Il faut donc au corps visible être bien en forme pour pouvoir accomplir efficacement cette tâche. D'où le sens des multiples soins qui lui sont prodigués depuis le berceau.

### 2.5.2 La santé

D'après le Dr. Lambo, qui a révolutionné la psychiatrie en Afrique subsaharienne, «les concepts de santé à l'intérieur de la culture africaine sont beaucoup plus sociaux que biologiques. Dans l'esprit de l'Africain, il y a une conception plus unitaire des relations psychosomatiques, une réciprocité apparente de l'esprit et de la matière. La santé n'est pas un concept isolé, mais une part intégrante du tissu magico-religieux; elle est plus qu'une absence de maladie» (Cf. Mahaniah, 1982; lire aussi Katz & Wexler, 1989).

De fait, la santé se définit chez les *Bantu*, ainsi que chez les autres peuples négro-africains, comme l'harmonie entre le bien-être physique, mental, social, familial, clanique, moral, religieux et même culturel (Ondua, 1974). Autrement dit, elle est "vie, paix, prospérité, fécondité, vigueur physique et spirituelle" (Mbonyinkebe, 1987, p. 20)<sup>84</sup>.

---

<sup>83</sup> Rappelant les pratiques médicales traditionnelles des campagnes françaises et des pratiques proches, plutôt superstitieuses, l'auteur montre que la conception qui relie l'homme à la nature, au cosmos, est encore présente dans les sociétés industrialisées. Il écrit : « On constate à travers ces différentes pratiques, la perdurance d'un lien symbolique étroit entre les hommes et la nature, une sorte d'individuation du corps avec les composantes du cosmos dont nous avons vu qu'elle était révélatrice d'une dimension sociale où priment les liens communautaires, d'une structure où l'homme ne s'est pas encore dégagé totalement de son tissu relationnel. Du moins, au niveau du sol originaire de ces traditions. Ce qui ne veut pas dire que ces dernières n'exercent pas leur attraction à l'égard de groupes sociaux indépendants, au contraire » (Le Breton, 1989, p. 428).

Rappelons aussi que toute la médecine (les techniques de soin) de la Ste Hildegarde de Bingen repose sur une conception unitaire du monde et du corps humain.

<sup>84</sup> Pour l'auteur, cette conception est très vive dans les *Églises indépendantes africaines*. "A partir des observations du terrain, écrit-il, il semble que les *Églises afro-chrétiennes* représentent une chance pour la santé, particulièrement quant aux troubles psychiques et psychosomatiques. Il faut, en outre, faire remarquer que guérison ne signifie pas seulement retour à l'intégrité physique. Il peut s'agir aussi d'un accès à une nouvelle condition humaine, à un nouveau regard sur soi, sur autrui et sur le monde" (Mbonyinkebe, 1987, p. 22). Ce propos met en lumière la méprise des Églises (catholiques et protestantes), dans leur "mission évangélisatrice-civilisatrice" des populations africaines : elles ont négligé cette dimension spirituelle de la santé, laissant ainsi la voie ouverte à tout charlatanisme. Les différentes solutions - combien louables - qu'elles ont apportées aux problèmes de la santé en Afrique n'ont pu être malheureusement que partielles selon la perspective négro-africaine. Ceci peut expliquer,



Le problème de la santé est au cœur même des préoccupations du *muntu* et le terme “ad quem” de ses activités. Il détermine la qualité même de ses relations avec les autres. La société traditionnelle négro-africaine repose sur beaucoup d’interdits et pratiques dont l’objectif principal est la promotion du parfait bien-être de l’homme et du groupe. C’est ainsi que « ces pratiques ont créé ou peuvent créer chez leurs adhérents une sorte de psychose qui est telle que la non observance des règles et des lois acceptées entraînent souvent des états morbides graves pouvant conduire à la mort des intéressés » (Ondua, 1974, p. 842).

Cette conception, que la médecine africaine partage avec de nombreux grands systèmes de médecine traditionnelle dans le monde (O.M.S., 1983), fut adoptée plus tard par l’O.M.S. étant donné qu’elle rend compte de « l’attitude plus détendue de nombreux guérisseurs, leur intérêt personnel plus marqué, l’attention prêtée au mode de vie, au régime alimentaire, au repos, à l’exercice, aux relations humaines, à la sexualité, voire à des facteurs moraux et spirituels » (O.M.S., 1983, p. 12), attitudes qui répondent de fait au désir du malade d’être compris (Kleinman et al., 1978).

Selon Hiernaux (1987), cette conception de la santé est en voie d’adoption dans les villes de l’Europe occidentale, où la santé ne signifie plus seulement “l’absence des maladies”, mais plutôt “se sentir bien”, “être en forme”, et où prospèrent des professions vouées à des méthodes qui visent au mieux-être. Dans le cadre de la prévention, p. ex., l’accent n’est plus mis aujourd’hui dans la culture euro-américaine, négativement, sur la diminution des risques de maladies, mais plutôt positivement sur la promotion de la santé.

Bien que, d’après Perrez (1991), cette idée ne soit pas si neuve que cela, on doit cependant reconnaître qu’elle a été pour le moins négligée, sinon oubliée par la médecine scientifique des derniers siècles

---

entre autres, le succès des Églises indépendantes et des Églises du renouveau auprès de cette population. Singleton (1991b) en déduit, que “Si l’Église de Rome n’était pas en mesure d’offrir tout le salut qu’une certaine Afrique demandait, encore moins était-il possible que l’ordre médical occidental satisfasse intégralement la demande africaine en matière de santé” (Singleton, 1991b, p. 128). Cf. aussi Thomas & Luneau, 1977.

(Zempléni, 1982). Par contre, il convient de constater qu'elle a toujours été prise en considération par la médecine des *nganga* africains.

### 2.5.3 La maladie

«C'est bien le paradoxe de la maladie qu'elle est à la fois la plus individuelle et la plus sociale des choses» (Augé, 1991, p. 36).

Grâce à l'anthropologie médicale fonctionnelle (Ackerknecht, Turner, Evans-Pritchard...) et cognitive (Young) anglo-saxonne, on sait aujourd'hui que le fait "maladie" est une réalité complexe. Il désigne à la fois : (1°) *disease* (la maladie telle qu'elle est identifiée par le modèle biomédical), (2°) *illness* (la maladie telle qu'elle est perçue par le sujet, la place qu'elle occupe dans le vécu individuel comme perturbation; autrement dit, sa dimension psychologique pour l'individu), et (3°) *sickness*, c.-à-d. maladie en tant que «processus de socialisation de *disease* et de *illness*», sa perception au niveau social (Young, cité par Fainzang, 1989, p. 11; Kleinman et al., 1978).

C'est la maladie en tant que *sickness* qui détermine les choix thérapeutiques des sujets. Voilà pourquoi nous nous intéressons davantage à cette dimension socioculturelle de la maladie plutôt qu'à celle strictement individuelle dont s'occupe habituellement la psychologie de la santé (Giovannini et al., 1986; Nöldner, 1989; Schwarzer, 1989).

Dans cette perspective anthropologique, les pratiques relatives à la maladie sont indissociables d'un système symbolique articulé. En outre, les pratiques locales et les discours qui les sous-tendent participent des théories générales qui ordonnent les symboles servant à penser le social dans son ensemble. La maladie, comme la naissance et la mort, est "une forme élémentaire de l'événement" dont l'interprétation imposée par le modèle culturel est immédiatement sociale (Augé, 1991).

La prise en considération de cette perspective nous permet de définir la maladie en contexte négro-africain comme *le déséquilibre dans l'harmonie* entre les différents éléments du système cosmologique<sup>85</sup>.

---

<sup>85</sup> Nous insistons de nouveau sur le fait que cette conception n'est pas propre à l'Afrique subsaharienne. Elle est répandue chez presque tous les peuples auxquels se sont intéressés les ethnographes. Elle est présente même chez les Euro-Américains, chez qui, pourtant, l'interprétation "savante" substantialiste

Comme l'a souligné Zahan (1979) dans les "Principes de médecine Bambara", l'harmonie concerne également les éléments métaphysiques constitutifs de l'organisme humain. Autrement dit, la maladie révèle le déséquilibre au niveau des éléments constitutifs de l'individu. Ainsi une malchance répétitive est tout aussi maladie qu'un quelconque dysfonctionnement organique et doit être soignée (Horton, 1967; Thomas & Luneau, 1986; De Rosny, 1981, 1992; Zempléni, 1982).

La maladie constitue une séparation violente du *corps visible*, sorte d'exuvie (*cizubuzubu*), d'avec le *corps invisible*, siège de la force vitale agressée. Corrélativement, la guérison, c'est leur unité retrouvée (De Rosny, 1996)<sup>86</sup>.

Étant donné que tous les éléments "signes de santé" sont en interaction constante avec la communauté et avec la nature (Cf. supra), il s'ensuit qu'une dysharmonie dans l'individu entraîne une dysharmonie dans la communauté et dans le cosmos, et vice versa. Sauf Dieu (peut-être, et encore !) reste hors d'atteinte, en vertu de sa transcendance<sup>87</sup>. De même un dysfonctionnement de la vie sociale entraînera des troubles auprès des individus "non protégés". Ce qui légitime, aux yeux d'une tranche de la population, le port des "fétiches"<sup>88</sup> (Voir plus loin).

Dans cette perspective, la maladie peut être un dysfonctionnement organique ou bien un signe ou un effet d'un dysfonctionnement social

---

et essentialiste de la maladie a réussi à occulter assez longtemps l'interprétation fonctionnelle. Laplantine (1982) la retrouve, p. ex., dans les interprétations et réinterprétations "populaires" de la maladie. (Cf. Perrez, 1991; Cadruvi, 1992; Knaus, 1993).

<sup>86</sup> L'auteur poursuit : «La faille de l'homme se situe ainsi à la jointure du corps visible et du corps invisible : une conception du composé humain différente de celle de la philosophie grecque fondée, elle, sur la matérialité du corps et l'immatérialité de l'âme mais, par contre, plus proche de celle de la Bible» (p. 114). Et de rajouter dans une note : «L'idée hébraïque de la personnalité est celle d'un corps animé, et non celle d'une âme incarnée».

<sup>87</sup> Dieu reste hors d'atteinte du fait qu'il n'est pas un *ntu* (un Etant). «*Mvidi Mukulu ki mmuntu to*», disent les *Baluba*. (Dieu n'est pas un homme (Mensch). Mais il ne reste pas pour autant indifférent au sort des Étants. Il existe quantité de proverbes, contes et légendes qui s'attardent sur la sollicitude de Dieu envers ses créatures et particulièrement envers l'homme (Cf. Bimwenyi, O. 1970; 1971; 1981).

<sup>88</sup> L'étude de Mahaniah (1980) montre bien la réalité de l'auto-protection. En 1975, sur 6000 femmes qui ont été en consultation prénatale au *Centre de Médecine Communautaire* (C.M.C.) de Ndjili (Kinshasa), 20% portaient des bracelets comme protection contre les mauvais esprits et les sorciers, 40-60% portaient des ceintures, amulettes ou autres objets de protection pour elles-mêmes ou pour leurs enfants. Voir aussi Thomas & Luneau, 1977, pp. 212-257. Dungia (1992) rapporte que le Président Mobutu s'entourait de plusieurs fétiches, des recettes des marabouts ouest-africains et même celles des Fakirs indiens, pour sa protection magique contre ses ennemis. Nous rappelons qu'il n'est pas le seul chef d'Etat ou homme d'affaires africain (pas seulement africain) à le faire.

ou cosmique. Par conséquent, elle prendra la valeur et la signification d'un rappel à l'ordre social et/ou cosmique lequel suscite à son tour une nouvelle définition de la personne individuelle. C'est donc d'abord en fonction de la "causalité *a priori*"<sup>89</sup> (Zempléni, 1985) qu'on déterminera quel niveau de fonctionnement est mis en cause.

## **2.5.4 Classification des maladies**

### **2.5.4.1 Classifications étiologiques**

D'après tous les spécialistes actuels de l'Afrique subsaharienne (psychiatres et anthropologues médicaux), les Négro-africains ont toujours reconnu la division des maladies en organiques et mentales, mais sans pouvoir établir une nette démarcation entre les deux telle que la médecine universitaire le fait.

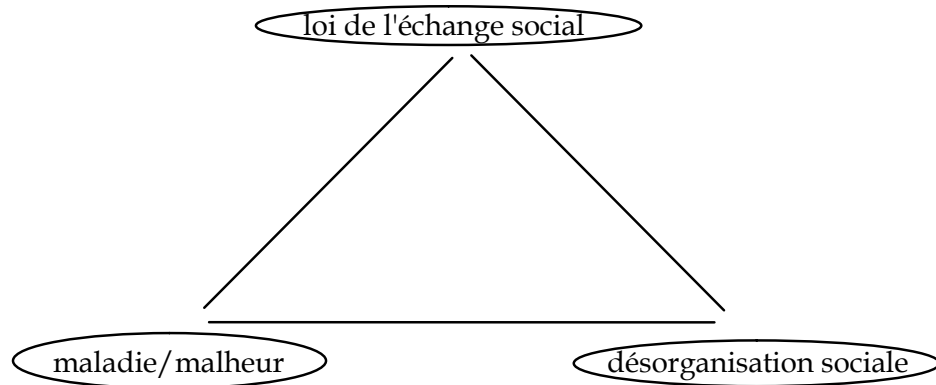
Cependant, à côté de cette distinction classique, il existe plusieurs autres catégorisations en Afrique, dont les classifications étiologiques. Mbonyinkebe (1989) les divise en deux groupes : des étiologies populaires, dites "*linéaires*", et des étiologies des spécialistes, dénommées *ternaires*. Les premières, dualistes, recourent aux binômes *maladie-santé*, *maladie-mort* en passant par l'idée de *sanction "surnaturelle"*, et font facilement intervenir la sorcellerie et les puissances supra-humaines. Les secondes, d'allure structurale, mettent en exergue une "*logique ternaire*".

Les spécialistes rituels, par exemple, utilisent un modèle herméneutique complexe, à divers paliers, mettant en correspondance *maladie/malheur* - *désorganisation sociale* - *loi de l'échange (social)*. Ils garantissent par-là, contre tout démenti virtuel des faits, la vérité de l'oracle. L'inefficacité d'un traitement ne pourra dès lors invalider ni le modèle étiologique ni l'art divinatoire. (Voir aussi Horton, 1967).

---

<sup>89</sup> Zempléni distingue deux formes de causalités dans les énoncés étiologiques négro-africains : la *causalité a priori* et la *causalité a posteriori*. La première est formée par un ensemble d'énoncés *a priori* sur les connexions nécessaires ou possibles entre les divers symptômes ou syndromes et leurs causes, leurs agents ou leurs origines (Cf. tableau plus loin). "La *causalité a posteriori* est constituée, quant à elle, d'un ensemble d'élaborations souvent complexes - de conjectures étiologiques - que l'irruption, l'évolution ou la répétition de la maladie suscite - et modifie - à des moments donnés et dans des contextes sociaux donnés" (Zempléni, 1985, p. 28).

Fig. 8 : Schéma ternaire des spécialistes



Zempléni (1985), se situant à un niveau beaucoup plus vaste, classe les médecines du monde en (1) médecines à *étiologies asociales* ou *impersonnelles* (biomédicales et celles savantes de l'Ancien monde : Chine, Inde, Grèce antique...) et (2) médecines à *étiologies sociales et intentionnelles* (celles des sociétés sans écriture, dont les médecines africaines).

Cependant, il faut remarquer que cette distinction n'exclue nullement la coexistence dans toute médecine de la double causalité qui renvoie probablement à la double conception (également coexistante) de la maladie : la *conception ontologique et localisatrice* (pour laquelle la maladie est un état, quasi un être, qualitativement différent de la santé) et la *conception dynamiste et fonctionnelle* (pour laquelle il n'y a qu'une différence de degré entre santé et maladie), suivant en cela la distinction déjà observée par Canguilhem. La même distinction se rencontre aussi chez Foster (Cf. O.M.S., 1983) qui parle des étiologies "*naturalistes*" et "*personnalistes*"<sup>90</sup>.

Il faut reconnaître que toutes ces classifications sont plutôt des reconstructions des chercheurs en médecines traditionnelles. Par

<sup>90</sup> Pour Augé & Herzlich (1991), rien ne distingue fondamentalement les systèmes africains d'autres systèmes dits empirico-rationnels. « Augé s'oppose sur ce point aux analyses (...) de Forster qui fait un sort à part aux "*personalistic medical systems*" en s'appuyant notamment sur le fait qu'ils attribueraient toute maladie à l'action d'un agent extérieur, homme ou dieu » (p. 12). Cette discussion est du même ordre que celle que nous avons rencontrée au sujet des théories scientifiques et des théories subjectives (cf. chapitre 1).

contre, il existe des classifications courantes auprès des populations africaines. Ce sont celles-là qui nous intéressent plus, puisque nous travaillons dans le cadre des théories „intuitives“.

Il convient de souligner aussitôt que ces classifications n'ont pas de contours hermétiques. Elles se chevauchent sous certains aspects. Aussi sont-elles déroutantes pour les esprits cartésiens. La plus répandue d'entre elles est celle qui recourt à la “cause efficiente” (Zempléni, 1982), c'est-à-dire celle qui essaie de répondre à la question : “quelle *force efficace* est à l'origine de cette maladie ?” On la trouve chez des peuples aussi éloignés que les *Ibibio* du Nigeria (Bourdillon, 1982), les Shona de Zimbabwe (Romme, 1989), les *Bakongo* et les *Baluba* du Congo démocratique (Janzen, 1979; Bibeau, Corin, Bugaza et al., 1980; Mahaniah, 1980; Mbonyinkebe, 1989, etc.). On la rencontre également chez les Afro-américains des Antilles et de l'Amérique latine (Mbonyinkebe, 1989). Elle distingue ainsi deux grandes catégories de maladies :

#### **2.5.4.1.1 Les maladies venant de Dieu ou les maladies naturelles ou encore les maladies “normales”**

On utilise cette catégorie pour désigner toutes les maladies qui apparaissent de temps en temps dans la vie des individus et qui sont généralement passagères, ne se répétant pas chez le même individu dans un laps de temps relativement court et pour lesquelles il suffit d'utiliser le médicament approprié, traditionnel ou moderne, pour qu'elles soient guéries. Cette catégorie comprend aussi des maladies chroniques, mais liées au vieillissement naturel de l'organisme. C'est par exemple, la toux, les maux de tête, la diarrhée et les convulsions chez un enfant, le rhumatisme ou l'arthrose chez une personne âgée, etc.

Ces affections, les plus courantes, sont causées par des agents naturels : les microbes, le vieillissement de l'organisme, les accidents, bref tous ces agents qui répondent du modèle biomédical. Par conséquent, on les fera soigner aussi bien par un amateur que par un professionnel traditionnel ou moderne.

Certaines de ces causes “naturelles” correspondent à la description scientifique, d’autres sont le fruit de l’imagination du *nganga* ou du milieu. Ainsi par exemple, les fausses couches sont supposées provoquées par un ver qui dévore le fœtus (Bibeau et al, 1980). L’épilepsie est supposée causée par un vent nocif (Ebigbo, 1994) ou pour avoir été en contact avec un épileptique durant ses crises.

Cette désignation *maladies de Dieu* veut justement souligner le fait que ces maladies s’inscrivent dans l’ordre naturel de vulnérabilité de l’organisme. En ce sens, elles peuvent bien s’accommoder avec l’idée de Dieu origine et protecteur de la vie. Même la mort qui advient au terme d’une longue vie est “normale”. C’est une mort voulue par Dieu (*lufu lwa kudi Nzambi*). En fait Dieu est plutôt métaphoriquement ou analogiquement cause de ces maladies. C’est dans ce sens qu’il faut comprendre, à notre avis, ce passage de Mahaniah (1982) : Les Bakongo appellent «Maladie de Dieu (...) toute maladie de vieillesse et toute maladie incurable n’ayant pas obéi à tout traitement» (p. 29. Lire aussi Bibeau, Corin, Bugaza et al, 1980; Singleton, 1991).

#### **2.5.4.1.2 Les maladies résultant de l’action maléfique des hommes ou des esprits : les maladies “non naturelles” ou les maladies “anormales”**

Cette catégorie comprend certaines maladies chroniques, ou à effet excessivement rapide, dont la cause est difficilement décelable, et qui nécessitent l’action concertée du savoir et de la forte personnalité du guérisseur d’une part, et de l’autre, la collaboration de la famille, du malade lui-même, des ancêtres (ces puissants protecteurs de la descendance) et de Dieu (le maître et l’origine de la vie).

En d’autres termes, la maladie “anormale” ou “non naturelle” est toute maladie inquiétante, soit chronique, soit ayant résisté à plusieurs types de médicaments ; celle qui survient brusquement ou après une suite d’événements malencontreux ; soit enfin la maladie reconnue par la tradition comme étant causée par autrui (par exemple, épilepsie, certaines formes de folie, etc.).

Elle est tantôt l'effet, tantôt le témoignage d'une tension ou des conflits sociaux entre les membres de la communauté (jalousie et mécontentement), ou encore le signe d'un déséquilibre rituel entre le monde des ancêtres et celui des vivants-morts. Elle peut être aussi l'effet de la transgression d'une règle sociale, d'un interdit par le patient ou par un autre membre du clan, la conséquence d'une initiation du patient à la "magie" et au "fétiche", le résultat d'une relation particulière découverte entre le malade, les esprits locaux et les ancêtres, la suite à un manquement de responsabilité sociale envers le clan de la part du patient lui-même ou d'un autre membre de sa famille. Enfin, elle peut être soit le résultat d'une action de la sorcellerie et de l'envoûtement d'une personne par une autre, soit simplement la suite d'un règlement de compte à l'intérieur du monde de la sorcellerie (Cf. Mahaniah, 1982).

De manière générale, ces maladies sont supposées causées par l'action intentionnelle d'un autre (Zempléni, 1982). Cet autre peut prendre différentes formes. Ce peut être :

- (a) **Un mauvais esprit ou génie** (voir plus haut : "La relation au cosmos"), **un homme méchant** (sorcier, "féticheur" (*mpaki a manga*), l'envieux et le jaloux..., voir plus loin dans ce chapitre 2.6.1.3) ou **l'individu lui-même**, suite à son mauvais comportement ou par autodestruction (c'est le cas du sorcier ou du "féticheur" qui, ayant manqué de victime, doit s'offrir lui-même en victime à ses congénères ou aux esprits de ses *manga*, «remèdes chargés de puissance; remèdes à portée mystique» (Rosny, 1996) communément appelés "fétiches" dans les milieux chrétiens).
- (b) **Les ancêtres**. Dans ce cas, la maladie est alors un signe d'une vocation à devenir *nganga* (guérisseur), intercesseur et bienfaiteur de la communauté (Katz & Wexler, 1989), allié de la vie. Elle ne peut guérir que si l'élue(e) accepte sa vocation (Cf. Panu-Mbende, 1995).
- (c) **Dieu ou les ancêtres**. Dans ce troisième cas, la maladie est normalement bénigne et sert d'avertissement suite à un comportement répréhensible de l'individu ou de la communauté et qui demande réparation, puisqu'il hypothèque la *survie* de la communauté. Ce comportement répréhensible est entre autre le



mécontentement des ancêtres en quête de renforcement de leurs liens avec les vivants, la transgression d'un tabou ou d'un interdit, le viol des règles sociales... La réparation consistera en l'aveu public de la faute et la réconciliation avec la communauté (famille, clan...) suivis d'un sacrifice, d'une offrande aux ancêtres.

Deux remarques s'imposent ici. La première concerne l'idée de Dieu comme cause de maladies.

Cette conception n'est ni nouvelle ni propre à l'Afrique subsaharienne. Elle est partagée par plusieurs cultures. Le judaïsme biblique semble même la retenir comme la cause principale des maladies, du moins selon Epstein (1987, Cf. Ebigbo, 1989d) qui écrit : «*The Hebraic understanding of illness (...) makes a direct connection between health and moral/ethical healing (...). The prescription given by God for healthful living is in Ex. 20,1 namely His ten commandments, the first five outlining the proper relationship of human beings to God<sup>91</sup> and the rest concerned with the rest of human beings and human society. All of them are finely and intricately related to each other. It follows therefore, that the only cause of illness is God. Everything also is effect. As an agent for healing, the physician is not the curer of disease in any sense of the word. The suggestibility of good living and living in tune with God, heals the diseased body and keeps the healthy ones from becoming ill*» (Cf. Ebigbo, 1989d, pp. 624-625. Nous soulignons).

Deuxième remarque. On a tendance à réduire à des maladies psychosomatiques toutes ces maladies à étiologie "mystique" (Ebigbo, 1994) ou psychosociale. Nous pensons que c'est une erreur. Car, il arrive qu'une maladie soit reconnue par la population comme relevant de l'ordre biomédical et même physiologiquement contagieuse (par exemple : la lèpre ou la tuberculose) et être pourtant interprétée chez telle ou telle personne comme étant causée par un des agents précités, pendant qu'elle est reconnue comme "maladie naturelle" chez telle autre personne ultérieurement contaminée. C'est donc souvent le contexte qui permet de déterminer de quelle catégorie de maladie il s'agit. (Lire à ce propos Warren, 1979, au sujet des Bono du Ghana).

---

<sup>91</sup> Les chrétiens catholiques ont une autre subdivision : 3 commandements en relation avec Dieu, 7 en relation avec les êtres humains et la société humaine.

Il est aussi communément admis que les soins médicaux ordinaires (à l'hôpital) peuvent soulager les symptômes de ces "preternatural diseases", mais il y aurait rechute inévitablement, jusqu'à ce qu'on prête attention à ses causes non naturelles. Voilà pourquoi la population préfère ne jamais omettre de se laisser soigner (aussi) par un *nganga* (tradipraticien), lorsqu'une maladie a été diagnostiquée comme "anormale".

Au dire de ma mère, je fus moi-même objet d'une telle attention. Ma mère avait connu plusieurs fausses couches avant la naissance de mon frère aîné. Après celui-ci, elle perdit une fille encore en bas âge. Lorsqu'elle fut de nouveau enceinte, sa mère (ma grand-mère) l'invita à rentrer au village, dans sa famille, afin qu'elle soit assistée dans son maternage du nouveau-né (moi) et de mon frère-aîné. En effet, ma mère avait bien besoin d'un tel soulagement, d'autant plus que, chez elle, dans leur petite ville (Mweka), elle devait prendre soin de beaucoup de personnes (mon frère, alors âgé de cinq ans, mon père et plusieurs oncles paternels et maternels).

Ainsi, à ma naissance dans le village de ma mère, comme c'est souvent la coutume, on me donna le nom d'un membre de sa famille, en l'occurrence, celui de son oncle paternel (encore vivant) : MBENDELE<sup>92</sup>. Quelques semaines plus tard, je me mis à pleurer chaque soir "de manière anormale". Le jour, je me portais bien et le soir je pleurais comme si j'étais très malade. On pensa aux troubles habituels chez les bébés. On m'administra les soins indigènes ad hoc, rien n'y fit.

Inquiète du sort qui pouvait m'arriver (la mort) et de ses fâcheuses conséquences dans les relations avec la famille de mon père (l'invitation faite à ma mère par sa famille aurait été interprétée comme un coup monté pour pouvoir "manger" l'enfant - en sorcellerie) et intriguée par ces pleurs du soir aussi interminables qu'ils étaient inexplicables, et qui se prolongeaient jusque tard dans la nuit, la famille décida d'aller consulter un devin pour s'enquérir de leur origine. Celui-ci découvrit que non seulement l'on ne m'avait pas donné le nom qui devait être le mien, à savoir celui de mon grand-père paternel défunt, PANU, mais

---

<sup>92</sup> Chez les *Baluba*, comme chez beaucoup de peuples négro-africains, chaque enfant porte son propre nom et pas nécessairement celui de son père.

l'on m'avait attribué le nom de celui qui était responsable (inconnu des simples mortels) de la mort prématurée de mon jeune oncle maternel, décédé quelques mois seulement avant ma naissance. Voilà pourquoi les défunts - qui connaissaient mieux la réalité - protestaient à travers moi.

Consulté par téléphone (de la société des chemins de fer), mon père donna son accord pour qu'on me donnât le nouveau nom. Un rituel de débaptisation-rebaptisation eut alors lieu. Et depuis ce jour-là mes pleurs du soir cessèrent ou "se normalisèrent" et la paix revint dans tous les coeurs. Il n'y eut besoin d'aucun (autre) médicament, sinon cette cérémonie qui consistait à demander pardon au grand-père défunt pour cette méprise des terrestres ignorants<sup>93</sup>.

Pour Bibeau, Corin, Bugaza et al. (1980), la catégorie "maladies naturelles" est constituée de facteurs «How», tandis que la catégorie "maladies non naturelles" est constituée de facteurs «Why». «The "how" component relates to the biological factors contributing to the causation of an illness and the interventions thought appropriate to eradicate the illness. The "why" component refers to the people's explanation for the particularity of an illness. This component relates to social and spiritual factors seen to be relevant to the timing of an illness» (Nyamwaya, 1992, pp. 5-6).

---

<sup>93</sup> Les membres de la famille de ma mère continuèrent tout de même à m'appeler par "leur nom". D'une part, comme Mbende, mon grand-oncle maternel (mon grand-père maternel selon les *Baluba*) était craint, il ne fallait pas l'indisposer au risque de provoquer son courroux. D'autre part, par cet "entêtement", la famille de ma mère envoyait ce message à la famille de mon père : "Soyez sûrs de nos bonnes intentions. En invitant notre sœur à venir accoucher dans notre famille, nous n'avions qu'un seul souci, son bonheur et celui de votre famille qu'elle est venue enrichir. Nous ne voulions pas nuire à l'enfant". Et le message fut bien reçu, puisque ni mon père ni les autres membres de sa famille ne s'opposèrent à ce qu'on continuât à m'appeler MBENDELE. C'est ainsi que plus tard, à l'âge de 15 ans, j'intégrais ma double origine et la soudais en un seul nom : PANU-MBENDELE que je porte fièrement depuis.

#### 2.5.4.2 Classification d'après les effets de la maladie

Du point de vue des effets, une classification courante consiste à distinguer trois catégories de maladies :

1) **les maladies somatiques simples** : celles dont les conséquences ne sont pas tellement graves pour l'épanouissement de la personne au sein de son groupe;

2) **les maladies somatiques graves** : celles dont l'expérience a révélé (1°) qu'elles conduisent le plus souvent à la mort, (2°) qu'elles entraînent des soins pénibles (avec des interdits difficiles à observer), coûteux et/ou dangereux (exigeant l'intervention chirurgicale, laquelle simule déjà la mort qu'elle entraîne parfois), (3°) qu'elles entraînent tout en faisant souffrir la victime et son voisinage immédiat (la stérilité est incluse dans ces maladies). C'est la catégorie de maladie dont Augé (1991) dit qu'elle est «régression, menace de mort, l'épreuve par excellence et l'occasion, en règle générale, d'une forte mobilisation sociale» (Augé, 1991, p. 40);

3) **les troubles dus à un envoûtement (troubles somatiques ou psychiques)**. Cette catégorie est intimement liée à la causalité *a priori*, à l'agent responsable<sup>94</sup>. Warren (1979) rapporte que chez les Bono (Ghana), en principe, les maladies naturelles sont considérées comme mineures (*mogya mu yadee*) et les maladies non naturelles comme graves (*sunsum mu yadee*). Mais il souligne en même temps que la classification dépend du contexte et de l'évolution de la maladie durant le traitement.

Notons que c'est surtout dans les cas des maladies graves et des maladies psychiques et/ou celles résultant d'un envoûtement qu'apparaît la *maladie-illness*. Elle présente un double visage. Elle est, d'une part, perçue négativement comme défi, ennemi et frustration, sanction, faiblesse, douleur et perte.

---

<sup>94</sup> Warren (1979a) utilise une classification assez proche, mais plus détaillée. Une information utile sur cette classification se trouve aussi chez Bruner (1991) : événement *ordinaire* et événement *exceptionnel* (voir plus loin dans ce chapitre, sous le paragraphe "La pertinence du traitement étiologique").

Mais dans certaines circonstances, elle est aussi vécue “positivement” par l’individu, le plus souvent inconsciemment, comme instrument de pouvoir pour agir sur son environnement. L’individu se sent psychologiquement “tout puissant” par rapport à son milieu social qu’il peut alors terroriser. On retrouve ici la dimension socio-politique de la maladie, dimension chère à l’anthropologie sociale (Augé, Herzlich, Sindzingre, Fainzang). Enfin elle est aussi vécue par l’environnement social et par l’individu comme valeur et chance pour réorganiser autrement sa vie (Nöldner, 1989; Giovannini et al, 1986).

Ces deux dernières dimensions inconscientes ne doivent cependant pas induire la minimisation de la première dimension, bien évidente, ainsi que du souci réel du malade et de sa famille de mettre fin à ce calvaire.

Cela dit, considérons à présent l’épineuse question de l’étiologie des maladies à partir de la perspective africaine.

### **2.5.5 Causes des maladies**

« Pour le psychologue clinicien, il est important de se rendre compte qu’il y a, dans les différentes cultures, des conceptions différentes du normal et du pathologique, de la maladie et de la santé, du public et du privé, du laïque et du sacré ; ces conceptions sont en général cohérentes avec l’ensemble du système culturel, et vont de pair avec des coutumes et des conventions qu’il est bon de connaître et de respecter si on veut assurer une communication interculturelle efficace » (Dasen, 1993, p. 161)

Nous avons déjà abordé cette question plus haut. Nous aimerions ici la synthétiser pour en donner une idée plus nette.

Il ressort de notre enquête (voir Panu-Mbendele, 1993a et 1993b) auprès de la population congolaise (zaïroise) urbaine (Kinshasa) et villageoise (deux localités du Kasayi-Occidental), qu’on attribue globalement les maladies à deux grands groupes de causes : *les causes physiques ou naturelles* et *les causes psychosociales et “mystiques” ou spirituelles*<sup>95</sup>. Le premier groupe renvoie aux agents pathogènes connus

---

<sup>95</sup> Collomb (1965) distingue aussi deux catégories de causes dans la représentation africaine sénégalaise : (1) les causes attribuables aux hommes (ordinaires ou à pouvoirs magiques) et (2) les causes attribuables aux esprits (ancestraux, djinné et seytané, esprits de brousse, esprit des animaux et ceux régnant entre ciel et terre). Mais c’est une distinction incorrecte et dépassée autant d’ailleurs que les

en médecine universitaire. Il comprend, dans l'ordre d'importance, selon la population interrogée, la nutrition déficitaire, les infections et la déficience immunitaire, et enfin l'épuisement de l'organisme dû aux pénibles conditions de vie et de travail.

Les causes psychosociales et spirituelles, elles, se subdivisent en deux sous-groupes : les agents d'une part, et les actes de l'autre. Parmi les agents, on énumère - selon leur force d'action - Dieu, les ancêtres, les esprits, les sorciers, les "féticheurs" et autres méchantes personnes et enfin le malade lui-même. Par contre, les actes susceptibles de causer les maladies sont : les fautes personnelles graves, la violation des lois, des coutumes et des tabous (Cf. Panu-Mbendele, 1992) et avoir foulé un lieu (en brousse) où une maladie avait été soignée.

Concernant cette dernière cause, il est généralement admis qu'une maladie - le rhumatisme, par exemple - peut être transplantée du corps humain vers un arbre. Si quelqu'un (la personne soignée ou quelqu'un d'autre), plus tard, touche cet arbre ou piétine ce lieu, il y a risque qu'il contracte cette maladie<sup>96</sup>.

D'autres études regroupent ces causes psychosociales en *causes humaines* ou *causes interpersonnelles* et *causes non humaines* ou *suraturelles* ou même "*mystiques*". C'est le cas notamment d'Ebigbo (1994) et Peltzer (1995).

Depuis les premières études "ethnomédicales" au début du XX<sup>e</sup> siècle jusqu'à aujourd'hui, le terme de prédilection pour désigner ce type de causes est l'«explication magico-religieuse». Cette littérature réduit très abusivement toute la classification étiologique traditionnelle africaine à ce «système magico-religieux» - une expression assez péjorative d'ailleurs - en affirmant que pour les Négro-africains, toutes les maladies sont plus ou moins liées à une dimension surnaturelle. Ce qui est faux (Cf. Nzewi, 1989b)<sup>97</sup>.

---

termes utilisés dans le titre de l'article : «Bouffées délirantes». Les deux groupes relèvent de la catégorie "causes psychosociales".

<sup>96</sup> On peut parler ici d'une «causalité symbolique» et plutôt que réelle. (Voir même idée chez Singleton, 1997).

<sup>97</sup> Nzewi (1989b) a démontré l'inexactitude de cette thèse. Son étude des classifications étiologiques (intuitives) chez les Igbo montre plusieurs causes : l'influence des esprits et des forces surnaturelles,

En occultant de la sorte la causalité biologique à laquelle la population autochtone recourt quotidiennement, on se prive en même temps d'une clé de compréhension de cette médecine. Il convient de dénoncer pareille procédure qui ne sert en rien la recherche scientifique. (Voir plus loin *le diagnostic étiologique*).

Dans le tableau ci-dessous nous résumons synthétiquement la classification étiologique traditionnelle. C'est intentionnellement que nous avons omis à cette étape de la recherche la représentation étiologique dans la société transitionnelle, notamment celle en vigueur dans les Églises indépendantes ou les prophétismes. Nous y reviendrons plus loin.

Tableau 5 : Représentation classificatoire des maladies et de leurs causes en milieu négro-africain

Classification des maladies d'après			Classification des causes des maladies
<i>leur nature</i>	<i>leurs effets</i>	<i>leurs causes</i>	
Maladies physiques	- maladies simples - maladies graves	- maladies de Dieu - maladies des hommes/génies	1° biologiques 2° interpersonnelles 3° spirituelles ou mystiques
Maladies psychiques	- maladies graves	- maladies de Dieu - surtout maladies des hommes/génies	1° interpersonnelles 2° spirituelles ou mystiques 3° biologiques
		<b>Dénomination étiologique</b>	

Ces grandes classifications sont encore complétées par d'autres classifications. Lors de la séance de nomination du malheur ou de la maladie, c.-à-d. lors du diagnostic (voir plus loin dans ce chapitre), les *nganga* recourent à une nosologie directement opérationnelle, basée sur

---

des facteurs naturels, personnels, stressants et autres situationnels. Mais est-il que tous ces facteurs sont rattachés à des causes externes.

les principes ci-dessous. Pour ce paragraphe, nous renvoyons à Bibeau, Corin et al. (1980) qui ont enquêté auprès des guérisseurs congolais.

Selon ces auteurs les *nganga* ne possèdent pas autant que les médecins de connaissance détaillée des organes internes et de leur fonctionnement précis. Cependant cette lacune ne doit en aucun cas constituer une raison pour mépriser leur savoir anatomique et physiologique.

Pour la nomination des maladies, les *nganga* se réfèrent à différents principes. Notamment :

- (1) une association entre la forme ou l'odeur du symptôme principal et la couleur ou la qualité d'un animal. Exemple : certaines convulsions chez un enfant sont dénommées en référence aux tremblements des faucons ; amygdalite = langues de vache ;
- (2) les effets de la maladie ou du système le plus affecté par elle. Ainsi le diabète est dénommé en fonction de la fréquence élevée du besoin d'uriner ;
- (3) d'après ses causes générales ou spécifiques, naturelles ou non naturelles ;
- (4) d'après le traitement utilisé ;
- (5) d'après la règle socioculturelle violée ;
- (6) d'après sa localisation dans le corps. Exemple : maladie des oreilles, de l'estomac, du cœur...

Par conséquent, certaines maladies peuvent avoir plusieurs dénominations d'après les guérisseurs. En plus, ce savoir n'est généralement pas conceptualisé. Il est fragmentaire, entièrement fondé sur l'action, et peut ne pas distinguer de manière claire entre les noms et les fonctions des organes. Les noms des organes sont désignés en termes physiologiques. Exemple : vessie = sac des urines ; utérus = maison (demeure) de l'enfant.

Il est également lié à la valeur symbolique de certains organes ou certaines parties du corps, tels la tête et le cœur. C'est pourquoi des symptômes légers peuvent parfois susciter une angoisse démesurée eu égard à la fonction symbolique de l'organe concerné. Par exemple : la tête étant lié au raisonnement, des maux de tête persistants sont



souvent associés à la folie. D'où on peut comprendre certains diagnostics apparemment non clairs.

Les auteurs concluent en disant que cette nosologie est holistique et va donc au-delà du concept nosologique utilisé en médecine moderne.

### **2.5.6 À propos des troubles psychiques**

Dans son introduction au livre d'Orley (1970), German rapportait déjà que si quelqu'un parlait des troubles psychiques en Afrique et faisait allusion à des problèmes aigus en ce domaine, il se heurtait souvent à un incroyable étonnement. En effet, pour beaucoup de gens, la maladie psychique est le lourd tribut que les sociétés industrielles doivent payer pour leur niveau de développement. Cependant, ajoutait-il, en milieux informés, on sait que pareilles assertions sont un non-sens.

Trente ans après cette réflexion de German, la situation ne semble pas avoir beaucoup évolué. On est encore largement débiteur, d'un côté, du "mythe du bon sauvage" non encore corrompu par "la civilisation", et de l'autre, des théories de la psychiatrie coloniale. En effet, se basant sur les indications statistiques des rares hôpitaux psychiatriques implantés en Afrique, la psychiatrie coloniale concluait que les troubles psychiques étaient beaucoup plus rares en Afrique qu'en Europe. Mais on sait que ces hôpitaux ne recevaient en fait que des patients psychotiques très gravement atteints, dont le sort normal était de finir leur séjour terrestre en prison (Hoffmann, 1992, citant Ben-Tovim, 1987). Ce faisant, la psychiatrie coloniale fournissait «la preuve scientifique» qui manquait encore au palmarès de ce mythe du sauvage innocent.

Aujourd'hui, les intellectuels africains et leur classe dirigeante recourent au même mythe pour se glorifier de "la bonne santé mentale des Africains" par rapport à leurs contemporains européens et américains qui, peut-on dire, souffrent de déchéance. Franchement, les croyances ont la vie dure !

Mais, heureusement, la psychiatrie contemporaine tout comme les *nganga* africains ont un tout autre point de vue. Ces intellectuels africains oublient (ou ignorent peut-être) que ce mythe était fabriqué

exprès pour dénigrer le Noir et confirmer "scientifiquement" et médicalement son infériorité congénitale par rapport au Blanc et son éloignement des bienfaits de la civilisation qu'il fallait bien lui apporter. Il justifiait, par ce fait, la légitimité de sa présence parmi ces primitifs.

#### **2.5.6.1 Pour la psychiatrie euro-américaine contemporaine**

Pour les experts contemporains, la réalité est loin d'être aussi reluisante, les Africains ne sont pas plus privilégiés que les autres peuples eu égard à ces troubles. À titre d'exemple, après survol de la littérature spécialisée, le Nigérian Onyeama (1989) constate que l'incidence annuelle des troubles psychotiques aigus est de 0,5/1000 habitants, la prévalence pour les formes chroniques est de 5/1000 habitants et le taux d'incidence pour tous les syndromes psychiatriques majeurs diffère très peu d'une culture à l'autre.

Il précise que c'est plutôt la proportion des patients pouvant accéder aux structures des soins ainsi que l'accessibilité de celles-ci qui varient considérablement d'une culture à l'autre. Par ailleurs, l'urbanisation galopante et le déclin progressif des communautés rurales corrodant de plus en plus les méthodes traditionnelles de prise en charge des problèmes de santé mentale, il s'ensuit aujourd'hui cette situation intolérable qu'est l'augmentation effroyable, dans les grandes cités, du nombre de psychotiques chroniques et autres malades mentaux graves en vagabondage (Voir aussi Hoffmann, 1992).

Onyeama n'est pas un cas isolé. Déjà en 1975, le rapport technique de l'O.M.S. sur l'organisation de la santé mentale dans les pays en développement avançait que 20 à 40 % des patients fréquentant un service de soins de santé dans ces pays souffraient des problèmes psychiatriques (OMS, 1975; German, 1987; Hoffmann, 1992). Cependant, on doit reconnaître que la plupart de ces troubles mentaux sont d'origine organique et non psychologique. C'est seulement à ce niveau qu'on peut tolérer partiellement la mystification d'une Afrique exempte de problèmes psychiques.

En ce sens, Ihezue (1989) précise qu'en Afrique les troubles d'origine organique se rencontrent chez environ 40% des patients psychiatriques.

Ces causes organiques sont généralement : état chronique de déficience alimentaire, anémie, infections systémiques (malaria, trypanosomiase, typhoïde, tuberculose, méningite cérébrale), hépatite, défaillances rénales et cardiaques, commotions cérébrales (dues entre autres à de mauvaises conditions lors d'accouchement), intoxication alcoolique et par stupéfiants... Hoffmann (1992) rajoute à cette longue liste la syphilis et le SIDA. Mais la cause fondamentale pour lui est la pauvreté. C'est elle, d'après des recherches comparatives récentes (German, 1987), qui fait que «des troubles de tous genres sont plus fréquents en Afrique que dans les pays industrialisés, contrairement à ce qu'on affirmait autrefois» (p. 9).

Voici d'ailleurs d'après certains auteurs les syndromes les plus fréquents en Afrique et qui confirment que les Africains ne sont pas plus épargnés que les autres peuples, pire qu'ils sont parfois plus touchés que les autres.

#### **2.5.6.1.1 Troubles psychotiques**

Selon Onyeama (1989), les troubles psychotiques constituent le groupe de morbidité le plus important dans la population psychiatrique africaine. Ils représentent 70 à 90 % des patients des hôpitaux psychiatriques au Nigeria. Ils sont source de souffrance pour les patients et cause de perturbations considérables pour les familles et les communautés. Aussi sont-ils l'objectif prioritaire des programmes des soins communautaires de l'O.M.S. (O.M.S., 1975).

#### **2.5.6.1.2 Troubles névrotiques**

D'après Morakinyo (1989), les Africains souffrent aussi de névroses. Seulement elles s'expriment souvent sous des formes entièrement somatiques. Ce qui rend leur diagnostic difficile. Aussi croit-on qu'elles n'existent pas, exactement comme on le pensait des troubles dépressifs jusqu'il y a une trentaine d'années.

Il arrive quasi périodiquement – des cas d'hystérie collective, le plus souvent dans la population scolaire du niveau primaire et secondaire.

(Parfois aussi dans la population adulte). Les phobies, par exemple, se présentent souvent sous couvert d'autres craintes et d'autres comportements. Ainsi la crainte des sorciers et "féticheurs" éventuels peut cacher une «scélératophobie<sup>98</sup>» (crainte des méchants et autres maléficiers mystiques) lorsqu'elle est une suspicion des membres du réseau familial (social) dès que leur comportement apparaît contraire à l'attente. Cette «scélératophobie» peut aussi n'être qu'une crainte d'être empoisonné. L'amplitude de la peur relative à la suspicion peut atteindre un degré tel qu'elle se développe en une maladie physique.

Nous soutenons personnellement cette hypothèse de Morakinyo, mais nous estimons qu'elle doit encore être approfondie, même si l'auteur l'étaie avec un cas clinique. On ne doit pas identifier de manière générale la crainte des sorciers à la phobie. Car cette crainte n'est pas propre aux individus malades. Elle est partagée par la société dans son ensemble, elle a un sens quasi objectif au sein de la société : elle est un fait social (au sens durkheimien) et une vérité psychologique pour l'individu. En ce sens, elle ne recouvre pas entièrement la définition de la phobie : "peur intense, **irraisonnée** et tenace". Cependant sous couvert de cette peur **recommandée socialement** peut se cacher une peur morbide. C'est à cette peur que se réfère Morakinyo.

### 2.5.6.1.3 Troubles dépressifs

Selon la théorie psychanalytique, le développement des troubles dépressifs est lié aux sociétés dans lesquelles le niveau de cohésion

---

<sup>98</sup> Nous pensons que le trouble « rootwork » qu'on retrouve en Amérique dans la population d'origine africaine est une forme « acclimatée » de cette crainte des sorciers et autres maléficiers que Morakinyo désigne sous ce néologisme « Scélératophobie ». Voilà ce que l'on peut lire dans le DSM-IV : **Rootwork** : « Interprétations d'origine culturelle qui attribuent une maladie à des sortilèges, de la magie, de la sorcellerie ou à la mauvaise influence d'une autre personne. Les symptômes peuvent comporter de l'anxiété généralisée et des plaintes gastro-intestinales (p.ex., nausées, vomissements, diarrhée), de la faiblesse, des étourdissements, une peur d'être empoisonnée et parfois une peur d'être tué (« mort voodoo »). Les « roots », « maléfices » ou « sortilèges » peuvent être « mis » ou placés sur d'autres personnes, provoquant une série de problèmes émotionnels et psychologiques. La personne ensorcelée peut même craindre la mort jusqu'à ce que la « root » ait été « enlevée » (éliminée), habituellement grâce à l'intervention d'un médecin des « roots » (guérisseur selon cette tradition), qui peut aussi être appelé pour ensorceler un ennemi. Le « Rootwork » est trouvé dans le sud des Etats-Unis parmi les populations américaines d'origine africaine et européenne, ainsi que dans les sociétés caraïbes. On le connaît également dans les sociétés latinos comme *mal puesto* ou *brujeria* » (DSM-IV, 1996, p. 968).

entre les membres est très faible. Cela engendre un sentiment de culpabilité chez les membres qui ne parviennent pas à vivre en accord avec les attentes du groupe. Par contre, en offrant d'autres sources de gratification et les systèmes de soutien social, l'institution à parenté élargie, telle qu'on la rencontre dans les cultures africaines, réduit l'impact du stress et aide par là à tempérer le cours ou même à empêcher le développement d'un trouble dépressif.

Par ailleurs, considérée sous un regard psychodynamique, la société africaine se définit par les caractéristiques suivantes : croyance en des forces surnaturelles susceptibles de punir les manquements, rôle de l'activité affective dans la vie quotidienne, totale identification de l'individu avec le groupe, faiblesse du moi et des processus de pensée et appui profond de l'individu sur sa communauté, vénération des ancêtres et croyance en l'existence de bons objets idéalisés, tendance à placer le monde des rêves au même niveau que le monde réel, et bien d'autres caractéristiques encore.

Compte tenu de ces caractéristiques, on a pu soutenir que les "Africains transitionnels" devraient être fortement enclins aux troubles hystériques et schizophréniformes. De même, on en a déduit une faible incidence de la dépression et du comportement suicidaire parmi les Négro-Africains. On attribue cette faible incidence au recours fréquent des Négro-africains à la projection comme mécanisme de défense : ils sont culturellement préparés à diriger leur hostilité vers l'extérieur (vers des boucs émissaires) plutôt que vers l'intérieur (à se culpabiliser).

Mais qu'est-ce que l'équipe des psychanalystes suisses (Morgenthaler, Parin et Parin-Mathey) a découvert en 1966 chez le peuple *Agni* (Côte d'Ivoire) lors de son investigation psychanalytique dans un contexte culturel entièrement différent de celui de l'Europe ? La dépression était une réalité quotidienne chez ce peuple. Presque toute la population (enfants, jeunes et adultes) était dépressive (n'est-ce pas largement exagéré ?). Les menaces de suicide étaient quasi quotidiennes. Mais paradoxalement au moment de cette recherche la population n'avait connu que deux cas de suicide effectif en cinquante ans (Cf. Parin, Morgenthaler & Parin-Mathey, 1991, 2<sup>e</sup> éd.).

Les études plus récentes (voir leur énumération chez Ihezue, 1989a) abondent dans le même sens et révèlent que les Négro-africains sont affligés par le trouble dépressif autant que les autres peuples. Seulement ce trouble utilise souvent d'autres modes d'expression. Ainsi qu'écrit Ihezue (1989a) : «When due regard is taken of the possible effects of sociocultural factors, it is seen that depressive illness does occur in the African, as in other races, but ideas of guilt, sin, self depreciation and suicide are relatively uncommon and the depressive mood can be "masked" behind a multiplicity of somatic complaints» (Ihezue, 1989a, p. 220).

Pour Hanc et al. (1976), la réaction psychotique aiguë fréquente en Afrique subsaharienne est une manifestation de la dépression dont les symptômes sont des plaintes somatiques et les idées de persécution plutôt que les sentiments de culpabilité et d'indignité. Il n'existe aucun terme précis pour exprimer la dépression en langues africaines. Souvent le patient décrit spontanément l'un ou l'autre symptôme prépondérant, généralement d'ordre physiologique. C'est au terme d'un long entretien et en rassemblant les différents symptômes décrits par le patient que le spécialiste peut parvenir à découvrir qu'il s'agit d'une dépression.

Ihezue (1989a), énumère une longue liste des plaintes physiques auxquelles recourent le plus souvent les patients dépressifs (nigériens). En voici quelques-unes: maux de tête (résistant aux analgésiques, mais répondant aux anxiolytiques, Cf. Ebigo, 1989a) ; sensation de lourdeur ou de légèreté dans la tête ; sensations de chaleur (chaleur interne, dans la tête ou au bas du dos) ; sensations de démangeaison sous la peau ; sensation de quelque chose qui se déplace dans le corps ; rassasiement rapide après très peu de nourriture ; sang noir ; insatisfaction sexuelle ; douleurs et souffrance généralisées en relation avec un sentiment de faiblesse généralisée ; troubles de sommeil et mauvais rêves, etc. Nous avons personnellement déjà entendu maintes fois les mêmes plaintes chez les *Baluba* du Congo-Kinshasa.

Évidemment ces plaintes sont attribuées à l'action maléfique des sorciers ou des méchantes personnes (co-épouses, collègues de travail, concurrents de tout genre) et éventuellement aux ancêtres.

Ebigbo (1989a) précise que la somatisation représente un mécanisme de défense par lequel une détresse psychologique est traduite en des plaintes somatiques. Ce qui permet d'éviter sa manifestation en des symptômes d'un trouble mental tout fait. Pour lui, ces symptômes physiques constituent un "langage de détresse".

Or, on sait que l'attitude envers le malade mental est ambiguë. Bien qu'il ne soit pas rejeté de la communauté, on se méfie de lui, on se gêne à cause de lui, et dans certains cas, il devient même la risée des enfants. Par contre, l'attitude envers le malade physique est plus chaleureuse : il jouit de la sympathie et de la compassion des autres membres. Par conséquent, on a tout intérêt à être considéré comme malade physique plutôt que comme malade mental.

Une explication complémentaire nous est suggérée par l'analyse faite par Peltzer (1989a, 1995). En commentant la troisième dimension de son modèle étiologique (*the socialization into the body/emotion-mind-environment dimension*), il explique que suite à l'expérience faite durant la petite enfance où son corps est sollicité agréablement sous différentes formes (portage et bercement tout au long de la journée, dormir serré contre la mère, massages quotidiens, sevrage tardif...), « l'enfant apprend à utiliser le corps comme un moyen de communication de soi et développe une empathie kinesthésique (...) Dans le contexte traditionnel, le travail physique et mental ne sont pas encore dissociés comme c'est le cas dans les sociétés industrialisées : le corps et le soi (self) forment un continuum ; des changements dans l'un produisent (...) des changements dans l'autre » (Peltzer, 1995, p. 17).

Si les auteurs sont unanimes sur la somatisation, ils ne le sont pas tous au sujet des caractéristiques psychiques de la dépression. Tous signalent la présence des idées persécutrices et suicidaires récurrentes, mais les tentatives de suicide sont rares et le suicide effectif plus rare encore. Collomb & Collignon (1974) vont jusqu'à désigner comme particularité de la dépression africaine : qu'elle ne conduit pas à un comportement suicidaire.

Par contre, lorsqu'il s'agit des sentiments de culpabilité ou d'indignité, les auteurs se montrent très partagés. Les uns prétendent avoir rencontré un nombre assez important de sujets qui ont développé des

sentiments de culpabilité (quoiqu'en des proportions nettement inférieures à celles rencontrées en Europe et en Amérique), tandis que d'autres déclarent ces sentiments simplement inexistants, sauf chez une infime proportion d'Africains fortement euro-américanisés.

En attendant des études „empiriques“ minutieuses sur l'attitude des populations africaines face à la culpabilité – Africains pratiquant uniquement les religions traditionnelles –, nous nous inscrivons en faux contre l'idée de l'inexistence des sentiments de culpabilité. Certes, le mode de fonctionnement habituel est de type “persécutif-projectif” : ce sont les autres (sorciers et ennemis, ancêtres et Dieu) qui sont responsables de ce qui m'arrive de négatif, y inclus ce qui se passe dans mes pensées. Cependant, comme nous l'avons déjà relevé plus haut, l'individu porte toujours *a priori* la responsabilité de ses actes, jusqu'à ce qu'il soit établi qu'il a été sous l'emprise des forces supérieures qui l'auraient manipulé<sup>99</sup>.

D'autre part, chez nous les *Baluba*, par exemple, l'individu adulte sait que, quoi qu'il fasse et où qu'il le fasse, il y a toujours un regard qui le voit - le regard des ancêtres et/ou de Dieu - et que tôt ou tard il devra dévoiler son méfait, sans quoi il risque de le payer de sa vie ou de le faire payer à ses enfants (voir aussi Peltzer & Ebigbo, 1989b pour le Nigeria). C'est cela qui explique les différents aveux auxquels on assiste lorsque l'individu est confronté à des situations limites : accouchement, maladie grave, épidémie, investiture...

Ces aveux, lorsqu'ils sont spontanés et qu'ils se rapportent à des situations complètement cachées, sont un signe du sentiment de culpabilité que le confessant est en train de vivre. Mais est-il que le plus souvent, après l'aveu, la société essaie d'en diminuer l'effet négatif sur l'individu en attribuant une partie de la responsabilité aux forces mystérieuses qui doivent avoir aveuglé l'individu, le poussant ainsi à

---

<sup>99</sup> La conscience de la responsabilité de ses actes joue un grand rôle dans la culture africaine (Cf. début de ce chapitre). On la rencontre même dans des situations où théoriquement selon la culture euro-américaine l'individu ne serait pas responsable. La citation suivante en dit long : « En un sens la sorcellerie est comparable à une maladie : le sorcier est habité ou possédé, souvent, à son insu, par une entité maléfique, matérielle ou non, qui agit à distance, en dérobant l'énergie vitale, la force cosmique de ses victimes. (...) Mais, même inconscient, *le sorcier est toujours responsable* : il est frappant de voir que les malheureux détectés par les devins, à la suite d'une épidémie ou épizootie, par exemple, *reconnaissent presque toujours leur culpabilité, même si cela doit entraîner leur exécution* ». (Alexandre, 1968, p. 392).



commettre ces actes répréhensibles. (Admirable thérapie communautaire de déculpabilisation, visant à relancer l'individu, à lui redonner une nouvelle chance au lieu de l'enfoncer !). Toutefois la réparation se fera toujours selon les règles.

#### **2.5.6.1.4 Épilepsie**

L'épilepsie est la maladie neurologique la plus répandue dans le monde. Mais sa prévalence tend à diminuer dans les pays euro-américains. Elle se situe pour le moment entre 3 et 6 ‰. En Afrique subsaharienne, par contre, elle varie entre 7 et 28 ‰.

Les raisons de cette prévalence élevée sont multiples. L'incidence de beaucoup de maladies fiévreuses qui affectent les enfants et les jeunes gens (malaria, broncho-pneumonie, infections gastro-intestinales...) rajoutées à la malnutrition rendent le cerveau très vulnérable. Les conditions d'encadrement obstétriques déplorables et la mauvaise santé des femmes enceintes entraînent souvent des lésions cérébrales chez les nouveau-nés les prédisposant à des convulsions.

Les autres causes sont : les blessures à la tête dues aux accidents, les maladies tropicales parasitaires (par exemple au Sénégal, 55 % des cas d'épilepsie proviennent de la malaria) et l'incidence familiale<sup>100</sup>.

#### **2.5.6.1.5 Brain-Fag Syndrome**

Il s'agit d'un trouble psychique nouveau, largement prévalent en Afrique subsaharienne. Prince (Cf. Prince, 1989) passe pour être le meilleur connaisseur de ce trouble. Il est dû au stress parmi la population estudiantine africaine (collégienne et universitaire). Il n'est réductible ni à un état dépressif, ni à un état d'anxiété ni non plus à un état psychotique tels qu'ils sont décrits dans le DSM.

Il vient d'être inventorié pour la première fois dans la récente révision du DSM (DSM-IV), dans son « Glossaire des syndromes propres à une

---

<sup>100</sup> Jilek-Aall & Jilek (1989) sont considérés comme les meilleurs experts sur ce trouble en Afrique subsaharienne.

culture donnée ». D'après ce Manuel, il s'agit d'un « Terme initialement utilisé en Afrique de l'Ouest faisant référence aux conditions subies par les étudiants des collèges ou universités face aux défis de mémoire, d'idéation. Les étudiants disent souvent que leur cerveau est « fatigué ». D'autres symptômes somatiques sont habituellement centrés sur la tête et le cou : douleur, pression ou raideur, vision trouble, chaleur ou brûlure. « Lassitude du cerveau » ou fatigue de « trop penser » est un idiotisme de souffrance dans de nombreuses cultures et les syndromes qui en résultent peuvent ressembler à certains troubles anxieux, dépressifs et somatoformes » (DSM-IV, p. 966)<sup>101</sup>.

Son traitement peut-être efficace, d'après les individus, avec des antidépresseurs, des tranquillisants (mineurs ou majeurs), avec la relaxation et une quantité de techniques traditionnelles des *nganga* (Cf. Peltzer, 1989; voir aussi Lehmann, 1972).

Ces quelques exemples tirés de la littérature psychiatrique en Afrique moderne ont pu prouver suffisamment que les Africains partagent le même lot de misère psychique que les autres peuples. Il n'y a pas que les experts de la médecine universitaire qui l'affirment. La population ordinaire et les *nganga* africains le reconnaissent aussi comme on peut s'en apercevoir dans le paragraphe suivant.

#### **2.5.6.2 Dans la pratique des *nganga***

Les Négro-africains ont toujours reconnu l'existence des pathologies mentales, et ont même su distinguer - certes, sans la même rigueur qu'en psychiatrie moderne - les troubles d'origine organique (causés par le poison, le chanvre et l'alcool, les chutes sur la tête, les infections (p. ex. "le vent de la saison sèche", la morsure du chien enragé, etc.) et ceux d'origine non organique qui sont causés entre autres par un envoûtement ou ensorcellement, la possession, un deuil ou une

---

<sup>101</sup> Ce glossaire contient également un autre syndrome propre à l'Afrique de l'Ouest et au Haïti, mais qu'on ne retrouve que dans la littérature psychiatrique française : « **Bouffée délirante** ». Le terme « fait référence à une explosion brutale d'un comportement agité et agressif, d'une confusion marquée, d'une agitation psychomotrice et est parfois accompagnée d'hallucinations visuelles et auditives ou d'idéation persécutoire. Ces épisodes peuvent ressembler à un épisode de Trouble psychotique bref » (DSM-IV, 1996, p. 966).

nouvelle accablante, un homicide, une peur extrême, un retournement contre soi de ses propres pensées méchantes - initialement dirigées contre les autres (Lire aussi Didillon & Olandzo, 1989) -, des soucis insurmontables, bref par des *life events*<sup>102</sup>.

Chez les Igbo (Nigeria), p. ex., est considérée comme psychiquement perturbée la personne dont la maladie interfère avec les autres membres de la famille, avec son rôle dans la famille et/ou avec ses activités sociales et économiques. Si la personne jouit assez bien de ses facultés cognitives, a un niveau acceptable de perception de la réalité, si elle n'est pas destructrice, agressive et n'a que des hallucinations et des projections paranoïdes contenues dans les limites du système culturel des croyances, elle ne devra pas être considérée comme souffrant de troubles mentaux. Elle sera plutôt prise pour une personne excentrique, possédée, confuse, affligée. Et on aura de la compassion pour elle (Cf. Nzewi, 1989).

Souffre d'un trouble mental,

- (1) celui qui ne ressent aucune honte devant son comportement inacceptable, indésirable, irrationnel;
- (2) celui qui a un comportement bizarre (p. ex. aller au marché alors qu'il n'y a plus personne et y attendre les clients ou les vendeurs pendant des heures); toutefois ce comportement bizarre sera toléré - on en rira - tant qu'il ne dérangera personne;
- (3) celui qui est "lunatique", qui vit dans son monde imaginaire, qui, p. ex., dansera sans musique...

Autrement dit, les cas graves de psychose sont reconnus facilement comme troubles psychiques. Les critères sont surtout le comportement bizarre de l'individu. Les hallucinations et les troubles de pensée sont rarement mentionnés comme indices de trouble psychique. La schizophrénie simple, les phobies, la dépression, l'alcoolisme, l'autisme et bien d'autres troubles de la classification scientifique ne sont pas

---

<sup>102</sup> Pearce (1989) note à ce propos: «Pathological reactions to life events are also seen as a possibility in some African societies. Among the Zulu, life crises (bereavement, menstruation, birth, homicide) are said to induce «Umnyama» (darkness), a state of extreme vulnerability to disease. Such a state is contagious and the victim, as well as his significant others, must observe certain patterns of behaviour to bring the situation under control», (p. 51).

reconnus comme tels, bien qu'ils soient mentionnés comme comportements négatifs.

Pour Obot (1989), la raison de cette réduction des troubles mentaux réside dans le fait que la cause d'un malheur est située généralement en dehors de l'individu. Bien plus, la non reconnaissance d'aberrations moins sévères comme troubles mentaux peut être attribuée à la prévalence élevée de la somatisation (Voir aussi Ihezue, 1989a).

Un autre trouble bien connu est l'épilepsie. Elle est supposée être : (1) une sanction dans le sens d'un sévère avertissement pour ses fautes ou pour la violation des tabous par la victime ou par un autre membre de la famille; (2) l'effet d'un envoûtement ou d'une possession par de mauvais esprits; (3) l'effet d'un contact avec les sécrétions (salive, urines, fèces) d'un épileptique lorsqu'il était en crise.

Il n'existe malheureusement pas encore de statistiques fiables et à large échelle qui puissent permettre une comparaison rigoureuse entre les différentes populations africaines et entre celles-ci et les Non-Africains. La différence évidente qui existe actuellement entre Africains et Européens, entre autres, réside dans la prise en charge des malades mentaux.

En Afrique subsaharienne, excepté pour les fous furieux et pour certains états d'épilepsie, les malades mentaux sont normalement tolérés et intégrés dans la vie sociale quotidienne. Dans les conditions normales de vie traditionnelle, la communauté ne cherche pas à exclure le membre malade, mais à le réintégrer dans le groupe social. Pour Collomb (1965), cette attitude a contribué largement à la rareté du développement de la schizophrénie au sens strict.

Obot (1989) note cependant avec pertinence que l'attitude des Africains face aux troubles mentaux est ambivalente : elle se caractérise par une attitude bienveillante, sans une forte réaction négative, mais en même temps accompagnée d'un sentiment de honte chez les parents du malade. Ce sentiment de honte est en relation étroite avec les croyances sur les causes des maladies psychiques : "cette maladie peut être une sanction sévère suite à un comportement socialement répréhensible", se chuchotera-t-on.

A partir de ces quelques lignes on peut bien conclure que la thèse de l'inexistence des troubles psychiques graves dans la population négro-africaine n'existait que dans l'esprit de ceux qui la soutenaient. La réalité du point de vue de la psychiatrie africaine autant que de la psychiatrie universitaire moderne est bien autre.

Cela étant clarifié, il nous reste maintenant à savoir comment les Négro-africains s'y prennent pour venir à bout de ces troubles. Autrement dit, étant donné que rétablir la santé après une maladie psychique ou somatique, c'est recréer l'ordre perturbé, et compte tenu du fait que les causes efficientes de la maladie peuvent être des esprits et des hommes plus forts que les simples mortels, qui donc est habilité à soigner ? Cette question nous amène à parler des alliés traditionnels et modernes de la vie : les *nganga*.

## **2.6 Le traitement des maladies ou le combat pour la santé/la vie, le combat contre la mort**

### **2.6.1 Les *nganga* et leurs adversaires, les sorciers**



Photo 1 : Une équipe de *nganga* avec leurs malades, dans la ville de Mbujimayi (R.D.C.).  
Sur l'arrière-fond de la photo, à gauche, on voit représentée sur un tableau une équipe de sorciers (*bena mupongo*) maltraitant leurs victimes. Le message transmis est : « Venez vers nous, nous vous protégerons contre ces méchants » !

### 2.6.1.1 Définition et qualités requises pour être tradipraticien

L'O.M.S. définit le guérisseur ou le tradipraticien (le *nganga* africain) comme "une personne qui est reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit comme compétente pour dispenser des soins de santé, grâce à l'emploi des substances végétales, animales ou minérales et d'autres méthodes basées sur le fondement socioculturel et religieux aussi bien que sur les connaissances, comportements et croyances liées au bien-être physique, mental et social ainsi qu'à l'étiologie des maladies et invalidités" (cité par Mbonyinkebe, 1987a, p. 214).

Voilà une définition ouverte, qui va au-delà de l'ethnocentrisme sectariste habituel<sup>103</sup>. Notons en passant que, nonobstant l'admirable ouverture d'esprit de cette définition, elle ne recouvre pas encore entièrement la notion de *nganga* africain. Celui-ci ne s'occupe pas que de la santé au sens strict. Comme le dit si bien Singleton (1997), «Ce que nous appelons de la médecine ne couvre pas l'essentiel de ses activités. Le *mganga*, entre autres, faisait la pluie et le beau temps, remédiait au manque de gibier ou augmentait les récoltes, empêchait le vol et garantissait le succès des entreprises. Et même – *dato non concessio* – s'il fonctionnait médicalement à ses heures, cette fonction faisait de toute façon partie intégrante d'un Tout qui la transformait en tout autre chose que de la bio-médecine primitive» (p. 4).

En bref, le *nganga* est un allié principal de la vie. Autrement dit, l'objet que définit l'O.M.S. et que nous traitons dans ce travail, à savoir, l'art de guérir, n'est qu'une dimension de l'activité du *nganga*. Il comprend la prévention, le traitement, la guérison des maladies et la réhabilitation du patient dans son groupe social. La médecine des *nganga* concerne également le domaine plus large où la maladie, la vie et la mort sont perçues comme un jeu commun entre les forces du bien et du mal, l'individu et la société, les vivants et les morts (Cf. Neumann, 1978).

---

<sup>103</sup> Dans un article, Singleton fustige à propos l'esprit impérialiste et ethnocentrique qui se cache derrière les néologismes (pseudo-)scientifiques d'**ethno**-psychiatrie, **ethno**-médecine, **ethno**-histoire. (Il faut y ajouter l'ethnopsychologie, l'ethnopsychanalyse, l'ethnophilosophie, etc.). Ces néologismes véhiculent l'idée que n'est, au sens strict, science médicale, historique, psychologique, philosophique... que ce qui se rapporte à l'Euro-Amérique (Cf. Singleton, 1997), parce que c'est dans le contexte euro-américain que ces termes ont été définis.

L'art traditionnel de guérir est encore une réalité quotidienne dans toutes les villes africaines. La photo précédente nous a montré des *nganga* à l'œuvre dans un quartier de la ville de Mbujimayi, chef-lieu de la province du Kasayi oriental. Les *nganga* sur la photo ci-dessous sont actives dans la ville diamantifère de Cikapa (Kasayi occidental). Elles sont toutes chrétiennes, épouses et mères (et/ou grand-mères).



Photo 2 : Une équipe des *nganga* « bilumbu » de la ville de Cikapa (R.D.C.)

Même les grandes métropoles africaines connaissent une activité intense des tradipraticiens. Mahaniah (1982) avait pu recenser en 1979-1980 dans 17 des 24 communes de la ville de Kinshasa pas moins de 1337 *nganga*, dont 400 étaient spécialisés dans la préparation et la vente des médicaments ("pharmacothérapeutes").

C'est à Douala (deuxième ville du Cameroun) que le père jésuite Français De Rosny fut initié à l'art de guérir par les guérisseurs camerounais et c'est là qu'il a lui-même "ouvert les yeux" à un guérisseur camerounais en 1993.

Avec l'aggravation de la pauvreté un peu partout en Afrique, la détérioration des infrastructures hospitalières et le coût de plus en plus exorbitant des médicaments importés, la médecine traditionnelle se présente pour une très grande partie de la population comme l'unique voie pour se soigner. Aussi pullulent les «cabinets des tradipraticiens»

dans toutes les villes africaines aujourd'hui. Malheureusement, plusieurs d'entre eux ne sont que des charlatans.

Le guérisseur-*nganga* africain était habituellement d'un âge mûr, père ou mère de famille (Cf. la photo ci-dessus). Il exerçait la profession de guérisseur à temps partiel. Aussi prenait-il le temps pour ses patients. Ceux-ci se sentaient alors accueillis et compris. Il était en parfaite syntonie avec le malade (Singleton, 1975).

Katz & Wexler (1989) écrivent, entre autres, au sujet des guérisseurs !Kung (Botswana), peuple chez qui la dimension spirituelle de la santé est particulièrement soulignée : «Les guérisseurs ne recherchent pas à se soustraire du domaine temporel pour s'installer dans une sphère spirituelle. Ils aspirent à demeurer au sein de la communauté, accomplissant leurs tâches quotidiennes pendant qu'ils témoignent d'un comportement modifié par un état de conscience transformé» (Katz & Wexler, 1989, p. 26).

Peltzer (1989c), résumant l'avis de plusieurs spécialistes du domaine, décrit de la sorte les qualités du *nganga* : «personal charisma, intuition, accurate empathy, nonpossessive warmth, and genuineness which, regardless of his instrumental capabilities, are very important for the treatment outcome» (Peltzer, 1989c, p. 464).

La liste peut être complétée avec ces autres éléments : fidélité à la tradition, responsabilité, sérieux, discrétion. La plupart des *nganga* (authentiques) contemporains suivent encore ce profil qu'ils ont appris à soigner et à peaufiner durant leurs longues années de formation auprès d'un ancien guérisseur, leur «père spirituel» (*tatu'a bwanga*). Mais il arrive qu'on en trouve - ils sont de plus en plus nombreux dans les villes - qui n'ont plus que cela comme profession.

Le tradipraticien sert de médiateur entre l'individu et le sacré, d'autant plus qu'il est maître du verbe (Cf. plus haut dans ce chapitre). Ainsi est-il parfois aussi puissant que le chef politique et le prêtre, redouté et aimé à la fois. Cependant il doit veiller à ne jamais devenir cupide<sup>104</sup> ou

---

<sup>104</sup> Voici en ce sens la confession du guérisseur Nkongo au cours de son initiation par E. De Rosny : «Vous me dites la même chose que Papa Loé : ce n'est pas la richesse qui est première. Quand quelqu'un n'a pas d'argent et qu'il est malade, je le soigne gratuitement par faiblesse. Papa Loé n'a



indiscret. Il est "l'analysant social" qui reconnaît les sources d'aliénation auxquelles les autres membres du groupe restent aveugles.

Pour Katz & Wexler (1989), le *nganga* est un explorateur moral : il est confronté à la tâche de définir la réalité lors de ses interactions avec les mystères culturels. La communauté l'envoie à la découverte de nouveaux territoires d'expérience, l'engage à formuler de nouvelles questions de la réalité, du sens et de la moralité et se tourne vers lui pour être guidée vers ces nouveaux espaces.

En ce sens, le *nganga* relie la faiblesse humaine et individuelle avec la culture idéalisée. «Ce faisant, il peut éveiller l'espoir chez l'homme. Son aide est une réalisation dans l'individu de ces valeurs culturelles auxquelles, soit une situation de crise passagère, soit des troubles survenus durant son développement... lui interdisaient l'accès» (Peltzer, 1992, p. 94).

Traditionnellement, on ne devient pas guérisseur au sens strict par le seul fait de le vouloir. Être guérisseur est une vocation et on ne le devient qu'au bout d'une longue période d'initiation auprès d'un autre guérisseur reconnu, qui aura eu le temps de tester chez le candidat les qualités humaines citées plus haut et l'habileté à apprendre les différentes techniques, à connaître les plantes et autres ingrédients, à préparer les médicaments et à les administrer<sup>105</sup>.

---

pas voulu donner cette science à l'un de ses fils, mais à moi qui l'ai servi pendant dix ans» (De Rosny, 1996, pp. 172-173).

<sup>105</sup> Zahan (1979) rapporte au sujet de la médecine chez les *Bambara* (Mali) que, pour guérir quelqu'un, il faut connaître non seulement la nature exacte de la maladie, mais encore :

- (1°) la vertu thérapeutique des minéraux, végétaux, et animaux ;
- (2°) les correspondances et analogies existant entre le corps humain et les animaux et végétaux. (Narby, 1995, rapporte aussi l'existence du même principe chez les Indiens du Pérou) ;
- (3°) le rôle différent d'un médicament, suivant qu'il se présente sous l'une ou l'autre de ces quatre formes : décoction, macération, calcination ou poudre, et les correspondances existant entre celles-ci.



Photo 3 : Une séance d'initiation d'un nouveau *nganga* par les Mikendi (Mulopo). Le candidat (l'auteur de cette recette recherche) tient dans une main le kaolin blanc, signe distinctif des Bilumbu et des Mikendi, symbole d'exigence de pureté de cœur et couleur de l'au-delà.

La modalité la plus privilégiée d'accès au rôle de *nganga* est l'expérience personnelle de la maladie et de la souffrance en soi-même ou autour de soi qui conduira le candidat à subir une initiation au terme de laquelle il sera à son tour capable de soigner les affligés. Pour certaines catégories de *nganga*, elle est l'unique chemin. Le plus souvent cette maladie grave qui afflige le futur élu est une psychose aiguë, caractérisée par un comportement bizarre, des délires et des hallucinations, surtout auditives<sup>106</sup>.

Pour en guérir, la personne a besoin d'un temps de réclusion ou d'initiation, qui est perçu et vécu comme un temps de rencontre avec les ancêtres et/ou les esprits, dans un temps et un espace sacralisés (Cf. Panu-Mbendele, 1995). Cette cohabitation, manifestée dans les rêves et les visions et revécue à travers de multiples interdits alimentaires, sexuels et autres, contribuera d'abord à transformer le futur *nganga*, et ensuite à le guider dans ses activités quotidiennes (Mukene, 1983 ; Mbonyinkebe, 1987a, 1989 ; Djomo, 1988, etc.).

<sup>106</sup> Retenons ici cette remarque pertinente de Narby (1995) : «En 1949, Claude Lévi-Strauss affirma dans un essai-charnière que le chamane (sic), loin d'être un fou, était une sorte de thérapeute – à la différence près que le "psychanalyste écoute, tandis que le chaman parle". Pour Lévi-Strauss, ce dernier était surtout un *créateur d'ordre*, qui guérissait les gens en transformant leurs douleurs "incohérentes et arbitraires" en "une forme ordonnée et intelligible". Cette vision du chamane/ordonnateur (sic) est devenue le credo d'une nouvelle génération d'anthropologues. De 1960 à 1980, les autorités les plus établies de la discipline ont défini le chamane (sic) avant tout comme un créateur d'ordre, un maître du chaos, un éviteur de désordre» (Narby, 1995, p. 22).

Mbonyinkebe (1989) résume ainsi (en quatre étapes) la démarche initiatique du néophyte :

- (1°) maladie-appel ;
- (2°) pré-initiation (changement de comportement, nouvelle personnalité ;
- (3°) initiation proprement dite (caractérisée par la transgression des configurations culturelles de la vie sociale conventionnelle et des structures sémantiques existantes pour pouvoir les transcender ; il s'ensuit l'émergence de l'ordre symbolique de sens nouveau par rapport aux éléments sémantiques préstructurés de la vie phénoménale) ;
- (4°) transformation ontologique à travers la transe qui est comme lieu et moment d'unification et de condensation d'un vécu culturel. L'expérience personnelle de malade intervient surtout pour les maladies graves et/ou psychiques<sup>107</sup>.

Nathan (1994) souligne que cette expérience personnelle fera souvent objet du *récit* du guérisseur, récit qu'il utilisera pour recadrer le sens de la maladie pour le patient et pour organiser la topique imaginaire du malade, qui, suite à cette induction ne pourra s'empêcher de se chuchoter intérieurement : «S'il a pu guérir, je pourrais guérir moi aussi sous son influence».

Passant au peigne fin la formation du guérisseur, Katz & Wexler (1989) ont dégagé six principes intervenant dans l'éducation du futur guérisseur :

- (1°) L'accent est mis sur les processus psychologiques de transition plutôt que sur des étapes à atteindre ou des barrières à franchir. Le guérisseur doit se restructurer conformément à la nouvelle expérience de la réalité dans laquelle les limites personnelles deviennent perméables au contact avec le monde spirituel.
- (2°) Le fait de devenir guérisseur n'extrait pas des obligations journalières de tout citoyen.
- (3°) La transformation actionne un développement intérieur qui n'est pas manifesté ou gagné par des changements de l'état extérieur.

---

<sup>107</sup> Cette expérience de malade fait penser au phénomène encore peu exploré de "maladie créatrice". (Voir Ellenberger, 1980).

- (4°) Devenir guérisseur est un service.
- (5°) Ce sont des qualités du cœur qui ouvrent le guérisseur à la puissance de guérison et le maintiennent dans ce travail. Les techniques ne sont accessibles qu'à ceux qui disposent du caractère nécessaire.
- (6°) L'éducation souligne les performances propres du rituel de guérison plutôt que les succès discrets. La cure assume de l'importance seulement dans le large contexte du rituel communautaire de guérison. On attend du guérisseur qu'il soit le point focal d'intensité, d'incarnation (ou de concrétisation) d'un dévouement inébranlable à la guérison et de confirmation de la capacité de la communauté de s'auto-guérir.

Bien que la profession de *nganga* soit une vocation, elle reste aussi un gagne-pain et un exercice du pouvoir dans la société. Il se transmettra, par conséquent, à l'intérieur de la famille, de père/mère en fils/fille, de l'oncle ou de la tante au neveu ou à la nièce, du grand-père ou de la grand-mère au petit-fils ou à la petite-fille, etc. Mais il arrive aussi que l'ancien *nganga* transmette son savoir/pouvoir à une personne étrangère à la famille, si elle présente les qualités requises. L'exemple le plus patent dans ce sens est le cas du père jésuite Français Eric de Rosny (Cf. Rosny, 1981, 1996; voir aussi la note infrapaginale précédente sur le *nganga* Nkongo) et notre propre initiation par les Mikendi de Cikapa en septembre 2000 : cf. la photo sur la page de couverture et la photo 3, p. 143.

### 2.6.1.2 Classifications savantes et populaires des *nganga*

«Si la distinction entre médecine magico-religieuse et médecine empirico-rationnelle recouvre pour une large part celle qui s'établit naturellement entre étiologie et symptomatologie, c'est que la thérapie magico-religieuse est d'abord étiologique, opérant par l'expulsion du démon ou de l'ancêtre qu'elle tient pour la cause du mal, alors que dans la thérapie empirico-rationnelle la maladie s'identifie au symptôme que des remèdes matériels comme les végétaux, peuvent faire disparaître» (Augé, 1991, p. 43).

#### 2.6.1.2.1 Les classifications savantes

Les spécialistes universitaires ont établi plusieurs catégories de tradipraticiens selon les critères qu'ils ont trouvés comme déterminants. Ainsi à partir du type de traitement administré, du type de diagnostic et d'étiologie, des maladies soignées, du degré d'autonomie du guérisseur, des agents utilisés et de la nature des "forces" impliquées dans le traitement, sans oublier le degré de référence à la tradition locale, l'équipe de Bibeau - qui a enquêté au Congo et surtout à Kinshasa à la fin des années 70 -, a pu distinguer quatre catégories de *nganga* : (1) les *herboristes purs*, (2) les *herboristes ritualistes*, (3) les *ritualistes herboristes* et (4) les *spiritualistes* (*ngunza*, prophètes). On a dans chaque catégorie des généralistes et des spécialistes, excepté chez les spiritualistes où tous sont généralistes. Toutes les catégories recourent au diagnostic par divination, sauf celle des spécialistes herboristes purs (Bibeau, Corin, Bugaza et al, 1980).

Nous dirions de cette classification que les trois premières catégories appartiennent au registre traditionnel, tandis que la quatrième relève du syncrétisme religieux entre l'esprit et les éléments du monde religieux traditionnel et le christianisme. Ces trois catégories traditionnelles soulignent la prépondérance dans la médecine traditionnelle de la connaissance „empirique“ des plantes médicinales.

Mais elles risquent de laisser croire que les *nganga* n'utilisaient que des plantes comme remèdes. Ce qui serait complètement erroné<sup>108</sup>.

---

<sup>108</sup> Cf. la définition de l'O.M.S. citée plus haut. Lire aussi ci-dessous la critique de Koumaré, 1983, et nos observations plus loin dans ce chapitre.

Foster (1983), prenant pour critères la nature de leur travail et de leur rôle, les classe aussi en quatre catégories : (1) les *chamans, prêtres et "sorciers"*, qui disposent d'un pouvoir magique ou d'attributs surnaturels qui leur sont transmis par voie surnaturelle; (2) les *phytothérapeutes*; (3) les *rebouteux* et (4) les *accoucheuses*.

Dans ces trois dernières catégories, nous remarquons que l'élément magique ou surnaturel n'appartient pas nécessairement au répertoire. Les connaissances des plantes et les compétences en matière de traitement suffisent et elles leur sont transmises généralement par les tradipraticiens plus âgés. La grande faiblesse de la classification réside dans sa première catégorie. D'abord le terme "sorcier" est polysémique, comme nous allons le voir bientôt. Considéré dans son acception la plus courante de méchante personne, il ne peut être classé parmi les guérisseurs, car il est l'antonyme du guérisseur. Ensuite, les chamans et les prêtres utilisent aussi des plantes et autres moyens pour soigner. Ce qui n'apparaît pas dans cette formulation.

Koumare (1983) trouve qu'il n'est pas exact de parler de phytothérapie ou même de "phytothérapie rénovée" dans la mesure où, assez souvent, des produits non végétaux sont associés aux plantes. Il propose ainsi sa classification basée sur le caractère global de l'art traditionnel de guérir, lequel a favorisé une grande diversité de pratiques. Il en distingue trois catégories : (1) *des pratiques utilisant des substances médicinales*; (2) *des pratiques s'adressant aux "forces intangibles" et recourant aux rites*; (3°) *des pratiques associant à des degrés divers celles des deux groupes précédents*.

Photo 4 : Ces *nganga* phytothérapeutes sont les mêmes que nous avons rencontrées plus haut comme *bilumbu*, voyantes. Cf. photo 2.



Photo 5 : Séance de préparation des médicaments à base de plantes



Considérant les trois catégories de pratiques, la dernière nous semble être la plus importante, parce qu'elle répond mieux à la dimension multifactorielle de la maladie, du moins, du point de vue du patient.

Ces différentes catégorisations savantes ont l'avantage de condenser les données et d'offrir ainsi les éléments essentiels sur le phénomène social des *nganga*. Mais par le fait même elles laissent échapper une partie de l'immense richesse qui se cache derrière la diversité des tradipraticiens. C'est pourquoi il est utile de voir aussi comment la population autochtone classifie ses *nganga*.

### 2.6.1.2.2 La classification populaire des tradipraticiens

En langue *luba*, le terme pour désigner le guérisseur est *mwena bwanga*<sup>109</sup>, c.-à-d. le maître du *bwanga*. Or *bwanga* est également un terme équivoque. Il désigne le **médicament**, au sens euro-américain du terme, et le **remède chargé de puissance ou «fétiche», le sortilège, le talisman**.

Ainsi le *mwena bwanga*, le *nganga*, peut être (1) celui qui soigne, à savoir le guérisseur, le devin et le sacrificateur ou prêtre, l'infirmier (infirmière) et le médecin ; (2) le féticheur, le faiseur de charmes et de sortilèges, etc.

Ces derniers objets (les charmes, les sortilèges) peuvent être (1°) des objets protecteurs (ils sont alors considérés comme moralement bons selon la perspective négro-africaine), (2°) des objets de contre-attaque (dans ce cas, ils sont considérés comme moralement ambigus, puisqu'ils protègent le propriétaire, mais en attaquant l'agresseur), et (3°) des objets destinés uniquement à nuire à l'autre (ils sont alors réprouvés officiellement par la société, quelles que soient les raisons qui poussent à nuire).

Photo 6 : Le fétiche aux clous : fétiche (*Bakongo*) d'attaque



<sup>109</sup> De Rosny (1996) rapporte ce qui suit : «L'héritier de la médecine traditionnelle s'appelle encore (en langue douala du Cameroun) «mot'a bwanga», qui veut dire mot à mot «l'homme des remèdes chargés de puissance» (p. 67). Quiconque connaît tant soit peu les langues africaines trouvera que c'est exactement la même appellation : «mwena bwanga» (*luba*) et «mot'a bwanga» (*douala*). Cependant si peut-être chez les Douala tout *bwanga* est remède, tel n'est pas le cas chez les *Luba*.



Cette dernière catégorie est proche de celle des *sorciers-”mangeurs d’âmes”*, ceux qui sont supposés «dévorer» la force vitale de leurs victimes<sup>110</sup>. Les deux premiers sens de charme et sortilège font du féticheur (*mwena bwanga*) un guérisseur-spécialiste en prévention. En effet, son rôle est de prévenir les maladies et autres malheurs, donc de protéger la santé.

Il existe une certaine hiérarchie entre les *nganga*. «Mais la frontière entre eux est marquée par leur capacité de «voir» ce qui échappe aux yeux ordinaires, c.-à-d. en langue douala, l’univers du *ndimsi*. Vous pouvez connaître les plantes médicinales et rester aveugle sur le plan de l’essentiel, à savoir les agissements secrets de ceux que l’on appelle en français les «sorciers maléfiques», ou encore ignorer le mode d’action des défunts sur les vivants» (De Rosny, 1996, p. 67).

A partir de là les *bantu* distinguent parmi les guérisseurs : les *guérisseurs non voyants* (chacun l’est selon son degré de connaissances médicales), les *devins ou voyants* et les *guérisseurs voyants* (devins). Depuis l’apparition du phénomène des prophétismes, on a rajouté la catégorie des *guérisseurs spirituels* (p. ex. les *ngunza*) lesquels, à notre avis, ne sont que la christianisation, i.e. la récupération-blanchiment des catégories des voyants et des guérisseurs voyants que les missionnaires avaient condamnés au nom de la religion et que le peuple continuait à considérer comme indispensables à sa survie dans ce monde dangereux.

Mullings, (cité par Bourguignon, 1989), soutient lui aussi que le contraste entre les guérisseurs traditionnels et les groupes charismatiques de guérison n’est en fait qu’apparent, dans la mesure

<sup>110</sup> Piault & Saghy (1975) notent à propos de la réalité des fétiches en Côte d’Ivoire : Ce qui permet de distinguer les fétiches, ce ne sera pas tant leur nature que certains aspects liés à leur fonction : «d’une part le fétiche peut être propriété du groupe ou de l’individu, d’autre part il peut, ou non, être objet de culte. Leurs possibilités défensive ou offensive, bénéfique ou maléfique ne permettent pas, par contre, d’opérer des partitions, car les deux aspects apparemment contradictoires sont de fait simultanément présents dans beaucoup de fétiches puisqu’on se défend en attaquant et que le bonheur des uns fait souvent le malheur des autres» (Piault & Saghy, 1975, p. 140).

A l’intérieur de la catégorie «fétiches collectifs» vs. «fétiches individuels», l’auteur rapporte une quadruple distinction faite en fonction de leur but ou de leur spécialité : (1°) fétiches-bonheur, fétiches-amour, fétiches-fécondité, fétiches-argent, fétiche-réussite scolaire ou professionnelle, etc. ; (2°) fétiches de protection contre les dangers physiques ou psychiques, actuels ou éventuels ; (3°) fétiches-ordalie, fétiches punitifs (aptés à venger immédiatement et vigoureusement) un préjudice subi ; (4°) fétiches d’agression.

où l'attention s'est déplacée du groupe à l'individu. En fait, il y a continuité fondamentale en ce qui concerne la moralité et la conformité aux exigences des pouvoirs mystiques ou spirituels, des ancêtres et des divinités, dans un cas, de Jésus et son Père dans un autre.

Il écrit : «In both cases there are directions for and rules of living, imposed changes in behaviour and authority that is reinforced. In the case of churches, there is also a vigorous rejection of the ancestors and of traditional religious practices. In both cases, there is concern over witchcraft and sorcery as causes of illness, pointing to jealousy and fear of jealousy, competition and interpersonal hostility in the new circumstances of life. As in the traditional belief structures, in the syncretic churches the human being is seen as a spiritual being who must be in harmony with the demands of higher powers and whose illnesses are the result of infractions and sins. These higher powers can also provide defense against the attacks – supernatural attacks – by hostile beings and persons» (Bourguignon, 1989, p. 112).

D'après l'auteur, les problèmes que les gens apportent au guérisseur traditionnel et au spiritualiste sont remarquablement identiques : ils concernent la sorcellerie (witchcraft and sorcery).

Lors d'une enquête auprès des guérisseuses *Bena Mikendi* (Cf. Panu-Mbendele, 1995), celles-ci nous déclaraient qu'elles ne redoutaient rien de la médecine hospitalière en termes de concurrence. Elles ne traitaient pas les mêmes problèmes de santé. Par contre, elles se sentaient menacées dans leur travail par les différents prophétismes «qui poussent maintenant comme des champignons», selon leur expression<sup>111</sup>.

Elles soutenaient par ailleurs que plusieurs des leaders de ces nouvelles Églises étaient des anciens malades qu'elles-mêmes avaient soignés avant qu'ils ne fondent leurs Églises dans lesquelles ils travaillent exactement comme elles tout en les combattant. Pour preuve, elles nous avaient cité deux noms des charismatiques bien connus au Kasayi et les périodes durant lesquelles ils auraient été

---

<sup>111</sup> Richard (1995) a constaté le même antagonisme au Bénin : « Ces deux autres recours s'excluent généralement l'un l'autre : guérisseurs traditionnels (mais aussi devins et marabouts) et églises africaines soignant par la prière » (p. 91).

soignés et guéris par elles. Nous n'avons pas cherché des précisions sur cette information. Mais il était de notoriété publique que l'un des deux leaders charismatiques cités avait eu effectivement des troubles mentaux avant de devenir «prophète». Le «prophète» expliquait lui-même plus tard son trouble comme ayant été un signe de son élection par Dieu. Il rejoint en cela la perspective traditionnelle d'interprétation de la maladie comme appel des esprits ou des ancêtres à devenir *nganga*. On comprend dès lors pourquoi les autres «appelées» les assimilent à elles. Dans le langage de la classification traditionnelle populaire, on devrait appeler ces spiritualistes des devins guérisseurs.

Conformément à la conception de la santé que nous avons vue plus haut, l'action du guérisseur ne peut pas se limiter au seul domaine de la santé physique de l'individu. Elle s'étend à tout l'écosystème de cet individu. «La maladie de ses patients n'atteint pas seulement leurs corps, elle affecte également le réseau de leurs relations familiales et professionnelles, au point d'engendrer des conflits. Le *nganga* doit alors se faire *juge*. Et comme les Esprits et les Ancêtres sont en jeu, il a aussi le rang d'*officiant*. Sa fonction recouvre ainsi des domaines que la société moderne réserve à la santé publique, à la justice aussi bien qu'aux Églises»<sup>112</sup>, écrit le *nganga* Franco-camerounais De Rosny (1996, pp. 14-15; voir aussi Singleton, 1997).

C'est pourquoi selon la conception populaire, le devin-guérisseur occupe la première place dans la hiérarchie des *nganga*. Comme devin, il illumine ce qui est caché en vue de détourner les malheurs pour l'individu ainsi que pour le groupe tout entier et en vue de réduire les risques dans les décisions. Il est médiateur entre le monde des vivants

---

<sup>112</sup> De Rosny (1996) poursuit avec ce texte en ces termes : «Pourtant ces trois grandes institutions (y compris la médecine) ne l'ont pas fait disparaître, et il continue aujourd'hui d'exercer son office à leur ombre et à côté de ces faussaires de la Tradition que sont les charlatans. Le secret de sa longévité vient sans doute de la capacité qu'on lui accorde d'intégrer la vie globale de ses patients» (p. 15). Nous le compléterons avec cette remarque : on a tendance, au nom de sa conception holistique, à négliger et presque à dénier le fait „empirique“ que le *nganga* exerce **aussi** la fonction purement médicale de soigner le corps biologique. Et elle n'est pas du tout accessoire comme le laissent entendre des affirmations à l'emporte pièce comme celle qui suit : «Dans les sociétés dites traditionnelles, la notion de santé se relie subtilement à celle du bien-être du groupe et donc à celle d'ordre social. *Les thérapies visent alors à pallier les désordres sociaux. Dans ces conditions, l'application d'une politique sanitaire à l'occidentale ne peut guère recevoir l'adhésion de la population*» (Rettel-Laurentin et al. 1983, p. 8). Il y a une relation dynamique et systémique entre le groupe et l'individu, le bien-être social et la bonne santé individuelle. Le baromètre de la bonne santé du groupe est le bien-être des individus et vice versa. Nous reviendrons encore plus loin sur ce thème fondamental.

et celui des défunts, entre l'environnement familial et le domaine menaçant de l'inconnu.

Son rôle consiste à élargir le cercle du monde familial et à maîtriser l'angoisse des hommes causée par la menace des forces non contrôlées. Il réussit, dans cette tâche, dans la mesure où il assume le rôle de médiateur entre les vivants et les ancêtres et qu'il entretient un rapport particulier avec les ancêtres. Il répond aux questions concernant le passé, le présent et le futur, sur le voleur recherché, la cause, l'agent, l'origine et l'issue de la maladie actuelle, le succès dans l'entreprise future... (Neumann, 1978).

Dans *Heilverfahren der Bilumbu und Mikendi vom Kasai* (Panu-Mbende, 1995), nous avons décrit cette fonction chez les *Bilumbu* et les *Mikendi*. Le *Cilumbu* - singulier de *Bilumbu* - peut détecter, «diagnostiquer» la cause ou l'origine du problème et conseiller sur la démarche ultérieure, notamment sur le *nganga* apte à résoudre le problème ou à soigner la maladie. Mais il n'est pas habilité à soigner lui-même, parce que dans ce domaine il n'est pas mieux instruit que quiconque. Tandis que les *Mikendi* ont la compétence d'exercer les deux fonctions de devin et de guérisseur/guérisseuse.

Comme guérisseur, lorsqu'il s'agit d'une maladie ordinaire, il la soignera compte tenu de ses connaissances médicales. S'agit-il par contre d'une maladie non naturelle, il devra à la fois la soigner, protéger ou blinder le patient et prévenir les attaques futures.

Parmi les guérisseurs devins, on en trouve qui pratiquent la possession. Ce sont surtout les femmes. C'est le cas des *Mikendi* déjà mentionnées. Prince (1964) et Adler & Zempléni (1972) rapportent des cas semblables aux *Mikendi* respectivement chez les Yoruba du Nigeria et les Moundang du Tchad. D'autres guérisseurs devins travaillent sans recourir à la possession<sup>113</sup>. Les *nganga* sont en principe «éclectiques». Ils emploient des substances diverses (végétales, animales ou minérales) et d'autres méthodes basées sur le fondement socioculturel et religieux.

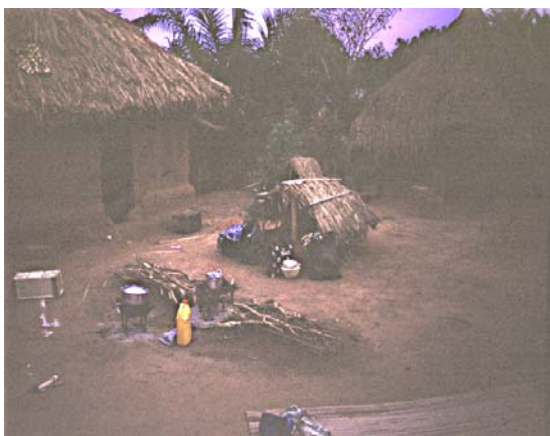
---

<sup>113</sup> On trouvera de précieux renseignements chez Bourguignon (1989).

Photo 7 : La cours d'une *nganga-cilumbu*.



Photos 8 et 9 : Dans la même cour de la *nganga* : On voit (à g.) le foyer du feu sacré autour duquel on invoque les ancêtres et une petite hutte qui représente la demeure des esprits, des « Seigneurs » (*Bakalenge*). À dr., une autre demeure des esprits



Il existe aujourd'hui quantité de charlatans parmi les guérisseurs, surtout dans les centres urbains, où soigner est devenu une profession assez lucrative (Cf. Boughali, 1988). De manière générale, le charlatan est cher et insiste beaucoup sur le paiement de ses honoraires et, qui plus est, avant que le patient n'ait commencé à éprouver une vraie amélioration de sa situation.

Le charlatan – paradigme de la modernité – pousse l'esprit de la médecine euro-américaine jusqu'à ses extrêmes : l'argent d'abord,

quelle que soit la qualité et l'efficacité des soins. Bref, il est tout le contraire du *nganga* authentique.

Pour De Rosny (1981, 1996), les critères pour reconnaître un vrai *nganga* sont sa stabilité dans un lieu (on peut suivre sa pratique), la reconnaissance par les gens de sa famille et du village (ou du quartier) et enfin la durée de la guérison obtenue. Il n'est généralement pas très cher. Mais il peut l'être aussi. Cela dépend de sa renommée et de la maladie. Il est généralement compréhensif pour ceux qui n'ont pas assez d'argent. Aussi n'est-on pas obligé de payer tout de suite la totalité des honoraires demandés. On peut d'ailleurs les payer en services. Ce qui est plus commode pour la majorité de la population, particulièrement pour la population rurale. Quoi qu'il en soit, l'argument financier ne jouera pas un rôle décisif pour savoir si on peut ou non fréquenter un vrai tradipraticien (cf. plus haut).

Voici deux schémas récapitulatifs en guise de conclusion à ce paragraphe : celui de Neumann (1978) et le nôtre qui veut parfaire ce premier.

Tableau 6 : Attribution des rôles en médecine négro-africaine : Schéma de Neumann, 1978, p. 13

Reconnaissance des troubles Traitement	<b>Formes intermédiaires</b>	Provocation de la maladie et de la mort
Voyant (devin) Tradipraticien (Eingeborenerarzt)	Sorcier-guérisseur (Zauberer-Arzt)	Sorcier (Zauberer)
	Féticheur	
Protection contre la maladie	Provocation de la maladie et de la mort	

Ce schéma est intéressant. Mais il ne rend pas suffisamment compte de la complexité de la représentation populaire des différentes instances, de leurs rôles et des objectifs de leurs interventions. Aussi avons-nous proposé le schéma suivant qui s'efforce de pallier ces insuffisances, même s'il reste aussi critiquable, notamment à cause de la fausse impression qu'il peut donner, de renvoyer à un monde dichotomique.

Tableau 7 : Rôles et objectifs des gens à double vue (les décodeurs du monde) dans la société négro-africaine : représentation populaire

	Agents de la vie : alliés de Dieu et des ancêtres (sorciers de jour)			Agents de la mort (sorciers de nuit)
<b>Fonction</b>	Reconnaître les troubles	Soigner les troubles	Intercéder pour la vie	Nuire / faire peur
<b>Agents</b>	Devin, guérisseur, prophète ( <i>ngunza</i> )	Guérisseur, prophète	Roi, chef, père, femmes-mères, prophète, guérisseur	Sorciers ( <i>ndoki</i> , <i>baloji</i> ), méchantes personnes
<b>Objectif</b>	Protection contre la maladie et la mort			Provocation des maladies et de la mort
	<b>Agent intermédiaire : Féticheur</b>			
<b>Fonction</b>	Blinder contre les attaques			Punir, venger
<b>Objectif</b>	Protection	Prévention (attaque et contre-attaque)		Attaque

Quelques observations sur ce tableau. La dichotomie qui ressort ici n'est qu'apparente. En réalité les deux groupes s'imbriquent d'une certaine manière. La présence de l'agent intermédiaire (dont le rôle est de protéger la vie, mais parfois en supprimant celle des autres) l'indique déjà clairement. Mais aussi la figure du méchant sorcier. La peur à son égard est utilisée par ceux qui détiennent le pouvoir social pour favoriser à moindres frais le respect des règles sociales. En ce sens il contribue lui aussi au bien-être social, mais indirectement.

Cependant on rencontre souvent dans la littérature une grande confusion lorsqu'il s'agit des *nganga* et des sorciers. Pour certains, les deux termes sont synonymes et renvoient à la même réalité ; alors que pour les Africains, il y a les *sorciers* et les *anti-sorciers*. Il convient donc de lever ce malentendu. Ce que nous nous proposons de faire dans l'alinéa suivant.

### 2.6.1.3 La sorcellerie, ("buloji", "mupongo", "kindoki")

Le phénomène de la sorcellerie est très répandu en Afrique subsaharienne. Il joue un rôle énorme dans l'imaginaire populaire et dans la vie socio-politique traditionnelle et moderne (Cf. Friedli, 1995; Geschiere, 1995). La crainte du sorcier est excessive. On a déjà vu plus

haut qu'elle peut être un alibi culturel dissimulant en fait un trouble phobique donné (Morakinyo, 1989). Comment cerner cette notion qui a déjà fait couler beaucoup d'encre ?

Geschiere (1995) rapporte que, «pour l'Afrique, l'anthropologie de la sorcellerie a été profondément influencée par une série de monographies, émanant surtout d'auteurs anglais et datant des années cinquante (...). (Ces auteurs) étudiaient tous la sorcellerie comme une force locale et conservatrice; ils se concentraient sur les accusations de sorcellerie supposées confirmer le *statu quo* et contrecarrer les menaces de déstabilisation de l'ordre local par de nouvelles influences venues de l'extérieur. En général, leur conception des forces occultes avait une teneur fortement moralisatrice.

Cette tendance prédomine toujours en anthropologie : de nombreux anthropologues sont encore disposés à réduire les discours de la sorcellerie à une opposition entre le bien et le mal, même si la terminologie locale ne s'y prête que difficilement» (Geschiere, 1995, pp. 19-20).

L'opposition radicale entre le bien et le mal dans ce domaine ne se justifie guère dans la cosmologie africaine ou *bantu*. Il faut donc la nuancer absolument. Ce qui devient une tâche ardue du fait que le terme sorcellerie - comme ses équivalents anglais *witchcraft* et *sorcery* - présente des connotations lourdement moralisatrices. La diffusion de ces termes partout dans le monde semble en effet marquer le succès de la vision euro-américaine de ces forces occultes comme liées au mal et donc opposées au bien. Cette diffusion doit beaucoup au zèle des anthropologues et autres missionnaires.

L'auteur conseille l'utilisation des termes *bantu* pour éviter les connotations moralisatrices désormais associées au terme sorcellerie. Cependant, il continue lui-même à l'utiliser, à cause de son ambiguïté qui le rapproche ainsi de sa réalité africaine. En effet, dans les langues *bantu*, le phénomène de la sorcellerie est loin d'être clair et univoque comme nous allons le voir.

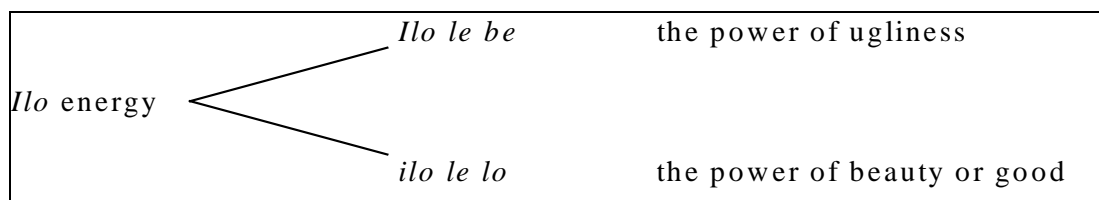


A propos des termes, nous soutenons que le radical *proto-bantu* pour désigner la sorcellerie est **-lo**<sup>114</sup>. En effet, on le retrouve dans les substantifs traduisant le concept “sorcier” chez plusieurs peuples *bantu* depuis le Cameroun jusqu’en Afrique du Sud. En voici quelques exemples : *muloji*, *buloji*, *muloshi*, *mulowi*, *murozi*, *ilo*, *ilogo*, *oloho*, *vuloi*... On le retrouve également dans les verbes exprimant l’action d’ensorceler, d’envoûter ou d’exercer les actes de sorcellerie : *loka*, *loha*, *kulowa*, *kulodza*, etc. (Cf. Obenga, 1985, p. 157).

La réalité de *buloji* est une constante dans toute l’Afrique *bantu* et même ailleurs. Elle est conçue comme une force ésotérique et un pouvoir mystérieux que certaines personnes initiées possèdent et manipulent pour nuire, «tuer mystiquement» ou pour protéger. Suite à cette manipulation, elle peut également envahir certaines personnes (principalement des enfants) et leur faire accomplir des actes (généralement nocifs, mais parfois protecteurs) qui échappent à leur contrôle<sup>115</sup>.

En ce sens, Friedli (1995) écrit : «According to Bantu philosophy the «condition humaine» is shaped in a world which is polarized between chances and risks, happiness and mishap, solidarity and threat. The substrata of these contrasting realities is known as *kindoki* in Kinshasa or *ilo* by the neighboring *Basakata*. They develop these constructive and destructive dynamics. The «sorcerer» (*ndoki*) manipulates these *kindoki*. Therefore, in the *Kisakata* tradition these two perspectives are valid :

Tableau 8: Cf. Friedli, 1995, p. 266



<sup>114</sup>De Heusch (1971) donne comme terme *proto-bantu* **dog** duquel dérivent les termes *ndoki* et *kindoki* dont il est question dans ce paragraphe.

<sup>115</sup> Lire aussi en ce sens Balandier, Maquet et al., 1968, pp. 391-392 : « Sorcellerie ».

*Ilo* causes «ugliness» (*obe*) and can destroy and kill. *Ilo* is then the power which «devours» (*lenghan*). Thus *ilo le be* is responsible for children dying from contaminated water because he/she kills at night, sucking out the blood (*ilo le lenghan*). In this context it enriches the perspective to know that the etymology of *ndoki* belongs to the «eating/devouring» field of meaning. In contrast to this, *ilo* and also *ndoki* release constructive, positive, good, and beautiful processes. *Ilo le lo* is the reason for «*olo*» (= «beautiful» and «good»), protects life from illness and watches over the community between «human beings and things» destabilized by conflicts. The oscillation between order and disorder, *nomos* and *anomie*, life and death, stability and decay, need and coincidence are thus cushioned, opened to the healing power, and ensured» (Friedli, 1995, pp. 266-267).

Ce qui est dit ici du peuple *Sakata* est valable pour plus d'un peuple *bantu* (sinon pour tous). Nous partageons cette analyse du double sens de la sorcellerie. Cependant, il faut bien circonscrire les niveaux. En tant que possession d'une seconde vue, d'une perception plus perçante de la réalité humaine, de sa connaissance plus intime, la sorcellerie est en soi positive, c'est un grand pouvoir. Mais un pouvoir dangereux. Mis à la disposition de gens irresponsables, il ne peut que provoquer de dégâts irréparables. Voilà pourquoi on la redoute de manière générale. Cela ne paraît pas suffisamment souligné dans le texte de Friedli.

Chez les *Baluba* du Kasayi, par exemple, un dicton énonce : «*Mupongo mbukalenga*» (littéralement : la sorcellerie est une seigneurie<sup>116</sup>). Par

---

<sup>116</sup> Le terme *bukalenge* est d'une grande richesse sémantique en langue *luba*. Il est l'attribut du *mukalenge* (le seigneur, monsieur, le citoyen). Le *mukalenge* est quiconque s'adonne à faire bien (*kulengeja*), à faire du bien (*bilenga*), et exerce la bonté (*bulenga*). Par conséquent, il est lui-même beau/bon (*mulenga*, *mulengela*) et demeure du beau (*mu-kalenga* = *mukalenga*), aussi est-il (doit-il être) abordable, approachable, palpable (*wa kulenga*). D'ailleurs, comment ne l'approcherait-on pas puisqu'il est tellement aimable qu'il «force» la contemplation (*wa kulengameena*) pour ce qu'il est et ce qu'il fait et qui exhale tant de bonté (*bulenga*). Pour en savoir plus, nous recommandons la lecture de Kabongo & Bilolo (1994), particulièrement le premier chapitre de la deuxième partie : «*Ngumvuilu wa Bumfumu*» (La conception de l'autorité), pp. 163-192. Selon le professeur Mufuta, il existe une autre variante d'interprétation du mot *Mukalenge*. Celui-ci est un composé de deux mots plus anciens qu'on retrouve encore dans le *Kiluba* du Katanga : «*mukala nge*» qui signifierait «Celui qui est comme un léopard». Le sens en est : le chef est comme un léopard. Il est extérieurement calme et même nonchalant. Mais il se cache en lui une terrible force intérieure qui frise une férocité sauvage. Quiconque s'y froterait, l'apprendrait malheureusement à ses dépens. Ces deux interprétations se complètent. Toutes deux soulignent la grande dignité du citoyen, qui est d'office chef comme son patronyme le léopard.

conséquent, il ne sied pas de la confier indistinctement, aveuglément, à n'importe qui. Pour preuve, un autre dicton surenchérit : «*Mupongo mupa mwana utu wamana musoko*» (la sorcellerie confiée à un enfant a coutume de décimer le village).

Ce grand pouvoir est hautement dangereux comme l'est le couteau à double tranchant. Il exige beaucoup de discernement que l'enfant n'a pas encore. Quiconque le transmet à un enfant trahit par le fait même la malice de ses intentions : il souhaite la mort de plusieurs personnes. N'osant pas opérer cela lui-même, il se sert de l'enfant en lui transmettant ce pouvoir dont celui-ci ne sait que faire. C'est pourquoi la tradition se montre très sévère avec un tel adulte. On n'accepte en aucune manière l'excuse «d'erreur de jugement» dans son cas.

Par ailleurs, selon l'entendement commun, on ne peut pas devenir grand chef coutumier sans avoir été initié préalablement au *mupongo* ou *buloji* (ces deux termes *luba* sont synonymes). De même, aucun grand *nganga* ne peut s'acquitter efficacement de sa tâche sans avoir une certaine dose de *mupongo-buloji*. Cette croyance est si profonde, qu'on va jusqu'à affirmer que même les prêtres catholiques sont initiés dans le *mupongo*. L'évêque initierait les candidats au sacerdoce dans le *mupongo* au plus tard dans la nuit qui précède leur ordination sacerdotale officielle<sup>117</sup>. En effet, selon le peuple, la vraie ordination a lieu dans le secret, de nuit. Celle qui se fait au grand jour ne serait que l'investiture ou la confirmation de la cérémonie secrète.

Toute cette conception peut paraître bizarre. Mais elle devient très logique si on a présent à l'esprit que le monde est dangereux, qu'il est le champ d'une bataille (mystique) féroce entre les forces de la vie et celles de la mort, bataille dans laquelle toutes les forces cosmiques sont engagées et où la vie doit absolument triompher de la mort. (On aurait

---

<sup>117</sup> Alors que l'Église catholique (du Congo) ignore (officiellement) la réalité du phénomène *mupongo*, qu'elle désigne comme superstition, on rencontre pourtant des évêques et des prêtres qui recourent à ce langage populaire pour désigner la réalité mystique qui est conférée dans le sacrement de l'ordre, surtout dans l'ordination sacerdotale et épiscopale. Au Kasayi, il appartient aujourd'hui au rite d'ordination que les anciens prêtres n'imposent pas seulement les mains sur le nouveau candidat (rite officiel), mais qu'ils lui donnent des «coups de fronts» ou simplement frottent leurs fronts contre le sien (rite officieux) pour lui transmettre pouvoir et sagesse. C'est généralement au moment du baiser de paix qu'ils le font. Du point de vue anthropologique, il s'agit bien d'un nouveau rite, possédant une signification propre. Ce faisant, on a oublié qu'il s'agit d'un rite propre à l'initiation dans le «mupongo» (rite de *bena cyanda*).

tort de réduire ce combat cosmique à la lutte éthique entre le bien et le mal).

Le substrat de cette attribution de la sorcellerie aux chefs, aux guérisseurs et aux autres gardiens du peuple ou guetteurs réside dans le vieux principe connu de toutes les cultures : «*Similia similibus curantur*». Le rôle fondamental du chef et du guérisseur tout comme celui du prêtre étant de permettre à la vie de poursuivre sa trajectoire dans le temps, il leur faut disposer des *mêmes pouvoirs* que le *muloji*, le *ndoki*, pour pouvoir contrer efficacement son action destructrice. Ils doivent pouvoir détecter à temps ses mauvais plans et le mettre en garde contre leur exécution. Voilà pourquoi ils sont supposés être eux-mêmes des sorciers.

Mais on précise qu'ils sont sorciers *de jour, diurnes*. Ils ne peuvent pas être sorciers (*bandoki, baloji, bena mupongo*) au sens de la sorcellerie nocturne, (*ben butuku, bena müidima*)<sup>118</sup>. Ceux-ci sont intrinsèquement destructeurs, alors qu'ils sont, eux, agents de construction, de stabilisation, de re-crédation d'harmonie. Ils n'ont pas le droit de détruire, même s'ils en sont théoriquement capables. En réalité, ils sont des anti-sorciers, comme l'exprime si bien un *nganga* de Douala (Cameroun) interpellé par des intellectuels africains et européens à l'occasion d'un colloque sur la médecine traditionnelle et moderne : «Le mot "sorcier", ça sonne très mal chez nous. C'est celui qui détruit, c'est le tueur. Je n'ai pas fait l'Europe, mais je sais que les Européens ont l'habitude d'appeler sorciers les guérisseurs. *Découvrir le sorcier qui est la cause du mal, c'est pour cela qu'il faut avoir une "double-vue"* (...) Quand vous pensez que je suis spécialiste des envoûtements, ce n'est pas exact. Si je dis que je suis spécialiste, c'est "**contre**" les envoûtements» (De Rosny, 1996, pp. 209-210; lire aussi de Heusch, 1971).

Le *mwena mupongo, murozi, ndoki*, et le *nganga* sont comme les deux faces de la même réalité. Ils connaissent tous deux ce qui menace la vie et qui peut la détruire, ce qui nuit à la force vitale, mais également ce qui peut la renforcer. On peut donc dire qu'ils ont le pouvoir sur la vie

---

<sup>118</sup> Malgré les ressemblances avec le langage de St Jean l'évangéliste, on aurait tort de voir ici l'influence du christianisme.

ou la mort de leurs concitoyens. Cependant, d'après la tradition, ceux qu'on appelle communément et spontanément *Baloji*, *bena mupongo* (*bandoki*), i.e. les sorciers de nuit, se moquent éperdument de l'homme ordinaire parce qu'il est faible et impuissant devant eux. Aussi se servent-ils de leur savoir (pouvoir) pour lui nuire ou même le «tuer».

Il est communément accepté que s'ils n'aiment pas quelqu'un (ce qui leur est naturel, c'est même une tautologie), et qu'ils s'aperçoivent que Dieu est en train de lui offrir généreusement des biens, ils les détournent mystérieusement. C'est cela qu'exprime ce proverbe : *Nzambi umpa bintu, bena panshi bacinga byanza* (Dieu veut me combler de biens, mais ceux d'en-bas l'empêchent). Ils sont supposés causer des maladies, des épidémies et des catastrophes...

C'est cette impuissance des simples mortels (ceux qui n'ont que deux yeux) que traduit ce dicton *luba* : «*Bena mupongo mbatumona bu mvwangala yabo*» (Les sorciers nous considèrent comme leurs poussins prêts à éclore). Autrement dit, pour eux, nous n'existons que pour leur servir de «nourriture» un jour. Apparemment leur puissance est invincible. Même le poison mortel n'y pourrait rien. Cependant, ils auraient aussi un plus fort qu'eux : Dieu. C'est cela qu'exprime cet autre proverbe *luba* : «*Mwena mupongo kafwafwa mulungu (masundu), mwela wa Maweja ngutu wamutuila*» (Le sorcier ne meurt pas de poison (de coups), seul le glaive de Dieu en vient à bout).

De Heusch (1971) soutenait que, selon la croyance *bantu*, la transcendance de Dieu était le plus souvent inefficace contre la sorcellerie. On ne peut apparemment pas continuer à le soutenir après lecture de ce proverbe.

En plus du glaive de Dieu, il y a aussi la force du village pour terrasser la superbe du *ndoki* comme l'atteste cet autre proverbe *luba* : «*Mwena mupongo katambila ditunga, ditunga ndidi dimuteka*» (Le sorcier ne peut être au-dessus du village (de la communauté), (car) c'est le village qui le maintient en vie). Autrement dit, même lui, qui a dû enfreindre les tabous les plus forts, pour se prouver qu'il est au-dessus des lois des hommes, a encore besoin de la communauté humaine pour exister et subsister. Sans elle, il n'est rien (cf. plus haut : la *membralité* horizontale).

Voilà qui investit les autres instances (le roi, le chef, le *nganga*, le prêtre, le peuple en tant que communauté...) pour pouvoir intervenir afin d'endiguer ses méfaits.

Il doit donc être clair que lorsqu'on parle du sorcier tout court - c'est le sens le plus courant -, il s'agit toujours du sorcier nocturne. Son action est toujours conçue comme maléfique, parce qu'il est fondamentalement envieux, jaloux, toujours mécontent du bonheur des autres, rancunier, supposé se nourrir de la force vitale des autres.

N'importe qui est cependant susceptible d'être sorcier de nuit ou de le devenir. C'est ainsi que les parents se feront beaucoup de soucis s'ils observent des tendances vers les attitudes (négatives) citées plus haut chez l'un de leurs enfants et le réprimanderont sévèrement.



Photo 10 : Représentation de la vie ordinaire « à la cour » du grand sorcier dans le monde invisible : tout y est macabre. Les deux visages à l'avant-plan sont ceux des anti-sorciers (ici deux Mikendi).

La question de la sorcellerie est très complexe et toujours d'actualité. On peut l'aborder sous plusieurs angles, sans jamais pouvoir l'épuiser. Par exemple, on entend beaucoup actuellement, aussi bien au Congo-Kinshasa qu'au Cameroun – et sans doute dans les autres pays africains aussi – la plainte selon laquelle il y aurait aujourd'hui plus de sorciers qu'autrefois. C'est évidemment la génération plus âgée qui fait la comparaison. Le message véhiculé par cette plainte est le suivant : Le

discours de la Tradition contrôle de plus en plus difficilement les nouvelles générations qui se donnent des valeurs et références autres que celles transmises par la Tradition. Il y a de plus en plus d'individualités (i.e. de personnalités fortes) qui croient qu'elles ont le droit, ou en tout cas se donnent le droit, de redéfinir elles-mêmes le cadre de leur vie et les règles du jeu dans ce cadre plutôt que de se référer aux règles préexistantes.

Cet exemple montre que le discours sur la sorcellerie peut être élaboré à partir de plusieurs points de vue. Il introduit à un discours de type sociopsychologique. Mais on peut aussi considérer son rôle au niveau du pouvoir socio-politique hier et aujourd'hui (Cf. Geschiere, 1995) ou ses effets au niveau économique et psycho-religieux (Cf. Hebga, 1979) et bien d'autres dimensions encore. Mais ce n'est pas le lieu dans cette étude.

Pour notre part, nous avons voulu uniquement attirer l'attention sur la confusion inacceptable que certains écrits sèment dans les esprits des jeunes Africains. Les *nganga* (guérisseurs, tradipraticiens) et les *baloji* (sorciers de nuit) ne sont pas interchangeables. Ils sont antagonistes, même s'il est vrai qu'ils vivent souvent en bonne intelligence les uns avec les autres. Ne raconte-t-on pas que les chefs coutumiers ainsi que les *nganga*, chacun à son niveau, accordent aux sorciers une certaine marge de manoeuvre, et qu'ils n'interviennent directement que lorsque l'appétit effréné de ces derniers commence à menacer la survie du groupe ? L'intervention consiste alors à leur rappeler les limites qu'ils ne doivent pas dépasser.

Le rôle des guérisseurs, des devins, des prêtres, des prophètes et des chefs politiques, est essentiellement bénéfique. Mais il est également en leur pouvoir de nuire aux autres, voire de les tuer. Ils n'usent pas de ce pouvoir, sous peine d'autodestruction.

Ceci est particulièrement vrai pour les *nganga*. Car leur serment initiatique le leur rappelle : «Ne tue pas, mais vois et surveille, ne sois pas jaloux d'autrui»<sup>119</sup> (Mbonyinkebe, 1987, p. 216). En effet, en

---

<sup>119</sup> Nathan (1994) affirme que cette reconnaissance du statut ambigu du guérisseur (thérapeute) – mi-sauveur, mi-sorcier –, se rencontre chez tous les peuples. Elle constitue, d'une part, une reconnaissance réelle de son activité. D'autre part, elle souligne l'obligation de penser l'activité thérapeutique à partir

serait-il autrement ? L'univers étant un champ de bataille où se livre une guerre sans merci, réelle, mais invisible, entre les forces de la vie (Dieu et ses alliés) et les forces de la mort (les maléficiers), le guérisseur qui, par définition, est défenseur de la vie, et donc allié de Dieu et des ancêtres, ne pourrait pactiser avec les ennemis de la vie sans encourir la colère de Dieu et des ancêtres de qui lui vient son savoir et au nom desquels il agit<sup>120</sup>.

### 2.6.2 Procédés et techniques du guérisseur

N'en déplaise aux snobs privilégiant chez les tradipraticiens, «de manière presque mythique», uniquement le recours aux «vertus» curatives des plantes (Janzen, 1979), la réalité est qu'ils sont en principe «éclectiques». Ils emploient d'une part des substances diverses (végétales, animales ou minérales) et d'autres part des techniques psychothérapeutiques basées sur le fondement socioculturel et religieux.

---

de l'intentionnalité du thérapeute. «Dois-je rappeler que partout dans le monde, les systèmes culturels ont choisi d'attribuer au thérapeute un statut ambigu, mi-sauveur, mi-sorcier. J'y vois deux raisons essentielles. D'abord, la reconnaissance réelle de son activité, *s'il est capable de sauver, il peut aussi détruire*. Comme si, en soulignant vivement l'envers de son activité, on rendait son action positive plus perceptible encore. Ensuite, et surtout, l'obligation de penser l'activité thérapeutique à partir de l'intentionnalité du thérapeute. *Il n'y a guère que la société occidentale pour penser ses thérapeutes à partir d'une idéologie lénifiante du bien, les décrivant comme des chevaliers de la santé de l'humanité*. (Nous soulignons). La platitute d'une idéologie (qui est d'ailleurs à l'origine d'une multitude de désastres écologiques) n'aurait que peu de conséquences si elle n'avait pour corollaire d'exclure *ipso facto* l'activité du thérapeute du champ de l'analyse. Puisqu'il n'est là que pour la santé des hommes, à quoi bon évoquer ses intentions ? Ne sont-elles pas claires comme le cristal ? *A contrario*, dans un monde où tout thérapeute peut aussi se révéler sorcier, le problème demeure toujours d'identifier sa véritable nature, par conséquent d'explicitier ses désirs profonds» (pp. 28-29). Voici, pour corroborer la dimension universelle de l'affirmation de Nathan, ce qu'un anthropologue suisse rapporte au sujet des chamans péruviens : «Aux yeux des gens, le contact avec les esprits permettrait de faire du mal aussi facilement que du bien – de jeter des sorts comme de guérir (...) Le contact avec les esprits permet peut-être de connaître les propriétés médicinales des plantes et de guérir, mais, en même temps, il donne la possibilité d'exploiter une énergie destructive. Selon les praticiens eux-mêmes, la source de savoir et de pouvoir qu'ils utilisent est double» (Narby, 1995, pp. 38 et 39).

<sup>120</sup> Peltzer (1992) a observé chez tous les *nganga* les constantes suivantes qui vont au-delà des frontières régionales et culturelles : (1°) un ancrage solide dans la religion et la tradition, (2°) l'importance de l'esprit des ancêtres ou des esprits, (3°) un schéma identique de la formation des spécialistes, (4°) l'utilisation des mêmes moyens et techniques, malgré leur grande diversité (divination, diagnostic étiologique pour toutes les maladies graves, substances végétales, animales et/ou minérales, rites religieux ou magiques), (5°) la conscience de l'importance de leur rôle auprès de la population.



L'attitude de ne souligner dans la pratique du *nganga* que l'utilisation des plantes n'est en fait qu'une tentative - louable - de le réhabiliter dans son rôle politique et social que lui avaient dénié les régimes coloniaux et post-coloniaux et surtout les Églises. Il s'agit d'un détour (jeu du subconscient ?) par le seul aspect qui ne fut pas combattu par les Églises et qui reste inattaquable sur le plan logique, et donc acceptable par tous.

Cependant, nous estimons qu'il faut, comme l'a proposé Singleton à plusieurs reprises (Cf. Singleton, 1991a, 1991b, 1997), s'opposer à la politique d'enrôlement du *nganga* dans les structures médicales modernes : «L'approche ethnopharmacologique dénature la 'médecine traditionnelle'. La quête de causalité biochimique des ethnopharmacologues détruit l'efficacité symbolique propre à la pratique africaine» (Singleton, 1991b, p. 121). D'après cet auteur, même si les scientifiques ne trouvaient rien de bien actif dans l'échantillon du produit du guérisseur, le médicament marcherait toujours et tout aussi bien. Car son efficacité n'est ni "monocausale" ni "biochimique", mais symbolique et social. L'efficacité des médicaments, en tant que réalité culturelle, est essentiellement liée au fait social total, c.-à-d. à ses éléments politiques, économiques et religieux. Aussi la tentative de récupération des guérisseurs dans les structures hospitalières modernes ne peut-elle être que nocive et inefficace. (On y reviendra plus loin).

Nous ajouterons à cette thèse deux observations. D'abord notre crainte personnelle que les recommandations de l'O.M.S. en faveur de la médecine traditionnelle (africaine) - qui expliquent sans doute l'engouement actuel pour cette médecine -, ne soient retenues que sous l'angle biochimique (des plantes médicinales), alors que la médecine traditionnelle implique la Tradition en tant que totalité. Ensuite, une petite réserve par rapport à la thèse de Singleton.

Le matériel ethnographique sur lequel l'auteur s'est appuyé pour émettre ces judicieuses mises en garde décrit le "féticheur" et le guérisseur devin dans leur traitement des maladies que nous avons appelées plus haut *maladies provenant des hommes* ou *maladies non naturelles*. Pour ce type de maladies, l'action symbolique et sociale joue

un rôle fondamental. Mais en ce qui concerne *les maladies de Dieu*, i.e. *les maladies «naturelles»*, l'efficacité du traitement n'est pas attribuable en premier lieu à la dimension symbolique et sociale, mais plutôt aux propriétés chimiques du médicament. Tel est l'avis des guérisseurs et de leurs patients que nous avons pu interviewer en 1990 (Cf. Panu-Mbende, 1993).

C'est également en ce sens, pensons-nous, qu'il faut interpréter ce texte du *nganga* De Rosny (1996) : «Un médicament traditionnel en tant que tel obéit à une autre finalité que celle d'un produit pharmaceutique : aider le corps entier à se reconstituer de lui-même sans autre intervention que l'apport de la végétation» (De Rosny, 1996, p. 143). Toutefois la dimension symbolique et sociale continue à y jouer un rôle certain. Elle est, d'une certaine manière, comme inséparable de l'art traditionnel de guérir.

L'intervention de la médecine traditionnelle comprend globalement trois phases : la nomination ou la désignation du mal, le traitement médicamenteux et rituel, enfin la réhabilitation<sup>121</sup>. Cependant pour simplifier l'exposé, nous avons préféré les traiter en deux temps. Nous exposerons d'abord la découverte du problème, ensuite le traitement et la réhabilitation.

#### **2.6.2.1 Nomination du mal et le diagnostic étiologique**

Cette première phase est importante à plus d'un aspect. D'abord à cause du rôle semblable qu'elle joue chez le médecin et le psychologue et ensuite à cause de sa place dans la thérapeutique traditionnelle eu égard à la procédure que Zempléni (1982) a appelée : *diagnostic étiologique*. Nous aborderons ce point en deux phases. Dans un premier temps, nous décrirons de manière générale la technique de désignation

---

<sup>121</sup> Kalambayi-Nsumbu (1995) définit le processus de la guérison plutôt en cinq étapes : (1) l'identification du mal dans sa causalité profonde, (2) la confession publique et le rite de réconciliation, (3) le sacrifice, (4) la médication et (5) le rite de réintégration dans le monde profane (pp. 50-53). Mais les étapes (2) et (3) n'appartiennent pas toujours et explicitement à tout traitement - on s'en passe souvent lorsque le cas n'est pas très grave. En outre, les deux éléments sont flexibles. Ils peuvent intervenir parallèlement au traitement médicamenteux comme partie rituelle du traitement. Le sacrifice intervient aussi de toute manière au terme du traitement. Voilà pourquoi nous avons préféré les intégrer dans le traitement, plutôt que de les considérer séparément. Ils interviendront de nouveau lorsque nous aborderons les considérations psychologiques du traitement.

du mal. Ensuite, nous entrerons un peu plus en profondeur et nous exposerons la technique du *diagnostic étiologique*, si chère aux *nganga* africains.

#### **2.6.2.1.1 Nomination du mal ou de la maladie**

Cette expression «nomination du mal/de la maladie» veut simplement désigner le processus de diagnostic connu en médecine et en psychologie. Il comprend deux modèles en médecine traditionnelle. Selon que le tradipraticien privilégie ses connaissances médicales, il utilisera le «modèle médico-social». Il commencera par observer le malade et le palper, lui poser des questions sur la maladie, sur son mode de vie et ses relations aux autres membres de la famille et/ou du milieu de travail. Généralement, le patient raconte l'histoire de sa maladie et ses différentes tentatives de la soigner. Il raconte ses rêves et ses peurs et les impressions des membres de la famille touchés par cette maladie.

Grâce à son expérience, le *nganga* est bien équipé pour établir un diagnostic précis, procéder au traitement ou y renoncer s'il juge que la situation qui se présente devant lui est sans espoir. Dans ce cas, il orientera le patient soit vers l'hôpital soit vers d'autres collègues, en prétextant généralement qu'il ne se trouve pas en des conditions requises pour travailler.

Ce modèle est utilisé surtout lorsque le tradipraticien se croit confronté à une maladie ordinaire, «naturelle» (Voir aussi Bibeau, Corin et al., 1980). Si le patient partage aussi cette vision, il sera satisfait de la procédure. Mais s'il est plutôt convaincu qu'il s'agit d'une maladie anormale, il veillera à voir si le *nganga* se contente seulement de cette procédure médicale. Si c'est le cas, il changera de *nganga*.

Si par contre le *nganga* privilégie sa double vue ou s'il est déjà convaincu au départ qu'il s'agit d'un mal spécial, il va recourir aussitôt à la divination. Il peut le faire en se mettant en état de transe ou en restant à l'état de veille. Selon la croyance, il découvre (ou doit découvrir) de lui-même le problème, sans devoir se faire aider par le malade ou sa famille. C'est en vertu de cette croyance que cette

technique est beaucoup appréciée par les consultants et qu'elle se constitue en critère d'identification du (de la) meilleur(e) *nganga*.

On peut douter du «pouvoir magique» des *nganga* de lire les événements passés et à venir<sup>122</sup>. Interrogé sur ce thème lors de son intervention dans un séminaire qu'il a dirigé à l'intention des étudiants en psychologie et en ethnologie (Université de Neuchâtel, 3-4 juin 1998), le Père Eric De Rosny déclarait en substance que ses visions, en tant que *nganga*, sont des flashes qui participent de son expérience humaine globale, une stratégie thérapeutique parmi d'autres.

Il a corroboré la thèse que nous soutenions déjà une année auparavant dans un travail de fin de formation en thérapie familiale systémique (Voir Panu-Mbendele, 1997b). Nous y émettions l'hypothèse suivante : la divination est une modalité de la technique thérapeutique appelée *questionnement inductif*.

Ce questionnement vise à induire une croyance ou un état affectif chez le client afin de le situer à un niveau donné à partir duquel on peut facilement le rencontrer. Le client sent comme si le thérapeute s'était transformé en caisse de résonance de ses propres états émotionnels. C'est exactement cela qui se passe dans la technique de divination : «Il s'agit d'avancer par de brèves interrogations qui sonnent comme des affirmations», rapporte De Rosny.

En effet, le *nganga* pose subtilement des questions, sans le laisser paraître, sans violer la convention selon laquelle le devin voit et parle par l'effet de son seul pouvoir. Car, poser des questions de manière explicite implique et atteste, dès le départ, qu'on ignore le problème. Ce qui place l'intervenant «en position basse», préjudiciable, dans ces circonstances, à l'induction du changement que le client recherche. Un *nganga* «puissant» doit donc pouvoir découvrir de lui-même.

L'astuce pour relever ce défi est simple : il décrira au fur et à mesure les états d'âme du client, ses malaises d'ordre physiologique, les théories étiologiques (subjectives) émises pour tenter de comprendre le problème et les démarches déjà entreprises (avoir consulté la médecine hospitalière ou d'autres guérisseurs, tentatives de résolution du

---

<sup>122</sup> Ce doute devient davantage compréhensible si on a à l'esprit toute notre formation cartésienne.

problème au sein de la famille...). Il sera en même temps particulièrement attentif aux réponses (verbales et non verbales) du client. Celles-ci lui serviront de repères pour savoir si son diagnostic correspond ou non à cela que ressent le client et qui le torture (voir aussi Kiev, 1989).

Généralement, il suffit d'une affirmation, d'un mot, d'une allusion, d'un soupir du *nganga*, pour que le patient se mette en branle pour raconter lui-même ce qu'il sait ou pense du problème. Comme on voit, la divination du *nganga* consiste en une procédure bien connue dans les techniques d'entretien et particulièrement encouragée par les thérapies centrées sur la personne.

Peltzer (1992) rapporte différentes consultations provenant du Malawi (Mme Majako et M. Sam) et du Ghana (Mme Nana Afua Saah) où ces *nganga* posent des questions directes et explicites aux clients. Mais cela n'infirmes en rien notre thèse, car ces questions s'insèrent dans une trame de révélations-descriptions des symptômes. De ce fait, le client les perçoit comme tests de sa sincérité plutôt que comme signes de l'ignorance de la tradipraticienne. C'est pour cela qu'il y répond en fournissant des détails supplémentaires destinés à prouver sa bonne volonté à collaborer.

Nous soutenons donc que le *nganga* ne fait que décrire les symptômes physiologiques et psychiques de la maladie supposée y compris les interprétations et les préoccupations que le client s'en fait. Il est d'ailleurs capable de faire cette description avec une grande précision et efficacité étant donné ses connaissances médicales et sa longue expérience de guérison. Celle-ci lui procure en plus une grande capacité d'empathie. Rappelons-nous qu'elle joue un grand rôle dans la divination où le devin se syntonise physiquement, mentalement et émotionnellement avec le consultant si intensément que l'on peut bien se demander qui en définitive révèle les mystères qui se disent : le devin ou le patient lui-même ?

Concernant les interprétations et préoccupations personnelles, il convient de noter que le *nganga* les formule souvent de manière très générale et vague au départ. Il s'agit stratégiquement de laisser au client la possibilité de les préciser lui-même et d'indiquer ainsi la piste à

suivre, sans toutefois lui donner l'impression qu'il est l'acteur principal. C'est cela que corrobore clairement le texte ci-dessous du Père De Rosny dans lequel il s'efforce d'expliquer sa manière de travailler en tant que *nganga*. La confiance que lui fit son ami *nganga* africain et qui clôt son explication ne peut-être plus explicite.

A la manière des *nganga*-devins de village (qui ont en plus l'avantage de connaître déjà l'identité de leurs visiteurs), «j'opère par petites touches rapides et à voix basse en vue d'explorer l'univers social et religieux, les relations internes, les rapports avec le voisinage de cette famille. Les personnes s'aperçoivent à peine de mes interventions tellement elles sont captivées par la révélation que ce tour d'horizon leur apporte. Elles étaient venues porteuses d'un tourment sans nom qui absorbait toute leur attention et voilà qu'un éclairage panoramique permet d'en préciser l'étendue, les contours et la gravité. J'arrête de prospecter dès que m'apparaît le modèle de représentation à l'intérieur duquel mes visiteurs voient se dérouler leur drame. Soigner la représentation, écrit Benoist (1993), c'est la tenir comme une part inéluctable du mal. Non pas comme une image qui s'effacera lorsque le mal aura disparu du corps, mais comme une composante ayant sa propre évolution qu'il faut prendre en charge autant que la lésion» (De Rosny, 1996, p. 220). «On ne peut parler qu'avec celui qui se parle, m'a dit une fois un *nganga*. S'il ne se parle pas à lui-même, pour parler avec lui, c'est difficile» (De Rosny, 1996, p. 252).

On n'oubliera pas non plus que nos interprétations de la maladie sont toujours une tentative de donner sens à l'événement. Or, donner sens est une activité *publique* et *partagée*, comme le souligne Bruner (1991) : «Les réalités que les gens construisent sont des réalités *sociales*, **négociées** avec autrui, **distribuées** entre eux. Le monde social dans lequel nous vivons n'est (...) ni «dans la tête» ni «ailleurs» d'un point de vue positiviste» (Bruner, 1991, p. 115). De ce fait, ces interprétations, aussi personnelles soient-elles, ne sont pas étrangères au *nganga*» (Panu-Mbende, 1997, pp. 27-28).

Dès lors, grâce à «un patient usage de la phénoménologie de la parole, le devin, mine de rien, (va faire) son chemin dans le drame» que vit le requérant, lequel ne peut prendre conscience de la tactique tant il est

convaincu que le devin en sait beaucoup plus qu'il n'en dit. Il «ne fait d'ailleurs pas erreur », atteste De Rosny (1996, p. 29).

Bibeau, Corin et al. (1980) présentent une autre variante de cette lecture. Ils affirment que c'est souvent au patient qu'il revient de faire l'auto-diagnostic. Il reçoit à cette fin quelque médication (par exemple, des gouttes dans les yeux) facilitant au surnaturel de se révéler à travers les mots du patient. Par le fait même, le patient n'est plus rendu responsable de ce qu'il raconte d'avoir dit ou fait : il est victime. Tandis que le guérisseur est l'interprète du surnaturel. A partir de là, les auteurs concluent que le plus souvent la clé de la divination est le dialogue bien que le patient lui-même ne s'en rende pas compte. Le diagnostic est formulé progressivement pendant la recherche dans les différentes zones de tension. En plus, il est basé sur les réactions du patient, sur ses silences, etc. Le guérisseur, de son côté, joue le double rôle de psychologue et de sociologue.

Voici trois exemples de cette technique. Dans un cas, c'est une *nganga* du Malawi qui s'exprime et dans un autre le *nganga* E. De Rosny du Cameroun. Le premier exemple décrit les symptômes et leur étiologie, le deuxième décrit des préoccupations de la cliente. On y voit clairement comment la cliente précise elle-même progressivement de quel côté chercher. Le troisième exemple montre cette manière de relancer l'interlocuteur.

Dans le premier exemple : La *nganga* **MAJAKO** «nomme» les **symptômes** de la maladie chez sa cliente : «*You feel headache, feel dizzy, darkness in your eyes. Your heart beats fast and sometimes you feel empty hearted. Stomach ache, swelling abdomen, nausea in the throat, legs feel pain until your back is paralyzed*». **Consultant** : Yes.

**Etiologie** : **Majako** : «*Many people say it is vimbuza but it isn't... it is that you were born with this disease...*» (Cf. Peltzer, 1989, p. 468).

Le deuxième exemple : **Nganga-Mudzimu** :

«*Ich kann hier (im Wasser) sehen, dass du persönliche Probleme hast, die verursachen, dass dein Körper nicht gesund ist*»<sup>123</sup>.

<sup>123</sup> Nous donnons ici en continue la traduction de tout le dialogue :

*Nganga-Mudzimu* : « Je peux voir ici (dans l'eau) que tu as des problèmes personnels qui font que ton corps ne peut pas être en bonne santé ».

*Cliente* : « oui »

**Cliente** : *Ja.*

**Nganga-Mudzimu** : *«Dies kommt alles von der Familie deines Vaters. Ich kann sehen, dass du zwei Probleme hast. In deiner Familie hat jemand zwei Frauen. Mit deiner Grossmutter ist auch ein Problem. Wem wurde ihr Zita (Name) gegeben ? »* (Ce discours entretient le flou : qui est bigame, son mari ou un autre homme dans la proche grande famille ? Laquelle des grands-mères - paternelle ou maternelle - est concernée ?).

**Cliente** : *«Der Zita wurde meiner älteren Schwester gegeben».* (Elle a opté elle-même pour l'une des deux grands-mères. Mais on peut supposer que la *nganga* ne connaisse pas cette sœur. Dans ce cas rien n'est encore joué. Donc il faut qu'elle continue son investigation).

**Nganga-Mudzimu** : *«Seitdem du arbeitest, hast du nichts für deine Grossmutter getan».*

**Cliente** : *«Die Mutter meiner Mutter ?»*

(Maintenant la cliente précise elle-même de quel côté elle voit son problème : du côté maternel. Dès lors la *nganga* peut proposer une solution).

**Nganga-Mudzimu** : *«Ja. Warum konntest du nicht einmal dem Mudzimu deiner Großmutter eine Kleinigkeit kaufen? Das beste ist, wenn du ein Tuch kaufst und es deiner Mutter gibst, wobei du ihr sagst, dass es für den Mudzimu ist (Nur die Mutter der Frau und nicht sie selbst darf das Tuch der Großmutter geben). Dann wird sie wissen, was sie mit dem Tuch machen muss; sie muss dem Mudzimu sagen, dass das Tuch von dir gekauft worden ist und dass er (Mudzimu) sich um dich bei der Arbeit um's Zuhause kümmern soll. Im Moment kommst du auch nicht gut mit deinem Ehemann aus».*

**Cliente** : *«Das ist wahr ».*

**Nganga-Mudzimu** : *«Wenn du nicht tust, was ich gesagt habe, dann wirst du geschieden werden und lange alleine sein. Wenn du das Tuch gekauft hast, dann sagst du zu den Vadzimu deiner Mutter: 'Sieh, meine Mutter hat für sich ein Zuhause gefunden, und ich möchte, dass dir das Gleiche widerfährt'. Verstehst du? »*

**Nganga-Mudzimu** : *« Tout ceci provient de la famille de ton père. Je peux voir que tu as deux problèmes. Dans ta famille, quelqu'un a deux femmes. Il y a aussi un problème avec ta grand-mère. A qui a-t-on donné son nom ? »*

**Cliente** : *« Son nom a été donné à ma grande-sœur. »*

**Nganga-Mudzimu** : *« Depuis que tu travailles, tu n'as rien fait pour ta grand-mère. »*

**Cliente** : *« La mère de ma mère ? »*

**Nganga-Mudzimu** : *« Oui. Pourquoi n'as-tu pas pu un jour acheter un petit rien pour ta grand-mère ? Le mieux est que tu achètes un foulard que tu donneras à ta mère en précisant qu'il est destiné au Mudzimu. (Seule la mère de la patiente – et non pas celle-ci elle-même - est habilitée à offrir le foulard à la grand-mère). Elle saura par la suite ce qu'elle doit faire avec le foulard. Elle doit dire à la grand-mère que le foulard vient de toi et qu'elle (la grand-mère) doit maintenant s'occuper de toi au travail et à la maison. Pour le moment ça va mal aussi entre toi et ton mari. »*

**Cliente** : *« C'est vrai »*

**Nganga-Mudzimu** : *« Si tu n'accomplis pas ce que je t'ai prescrit, tu vivras bientôt ton divorce et tu resteras seule longtemps. Dès que tu auras acheté le foulard, dis aux esprits de ta mère : 'Regarde, ma mère s'est trouvée un toit. J'aimerais en faire autant pour toi'. Comprends-tu ? »*

**Cliente** : *« Est-ce que la deuxième épouse de mon mari est bonne ? »*



**Cliente** : *«Ist die zweite Frau meines Mannes gut ? »*

(Elle informe maintenant, à son insu, que son mari a deux femmes).

Ce dialogue montre l'extraordinaire habileté de cette dame Majako, la guérisseuse, à jongler avec les informations qui lui sont fournies au fur et à mesure, sans laisser entrevoir qu'elle n'est qu'une interprète avisée de ce que la consultante elle-même apporte. Le dernier dialogue est bref, mais tout aussi informatif.

Le troisième exemple :

**Nganga** : *Vous êtes donc venus me voir...!*

**Consultants** : *C'est que notre famille est dépassée par la situation !*

Le guérisseur n'a pratiquement rien dit. Il a prononcé une phrase qu'on peut qualifier de vide du point de vue informatif. Et pourtant, le client se sent déjà interpellé et il se déballa aussitôt : « Nous sommes dépassés par la situation. Nous avons besoin de vous. Qu'est-ce que vous nous proposez ? » A partir de ce moment le guérisseur n'a plus qu'à scruter cette situation.

Durant cette phase, ainsi que dans les deux autres, la *nganga* se sert largement des rêves et des visions surtout pour le dépistage de la cause du mal/malheur. Les rêves peuvent provenir d'elle, du malade ou de toute autre personne concernée par cette souffrance. Ils sont à prendre au sérieux, si on accepte comme le rappelle van Quekelberghe (1999), qu'ils sont un accès au « monde primaire » dans lequel le temps et la corporéité n'existent plus ou en tout cas ne jouent aucun rôle, où tout est instant et communique intimement avec tout, participe au flux vital total (expérience *membrale*). Voilà pourquoi les rêves et les visions peuvent être des instants d'épiphanie de ce qu'on ne pourrait connaître autrement.

Pour dénommer le malheur ou la maladie, c.-à-d. pour établir leur diagnostic, les *nganga* recourent à une nosologie propre. Nous avons déjà expliqué plus haut (Cf. 2.5.4) les différentes nosologies utilisées en médecine traditionnelle. Nous complétons ici cette information en

indiquant les critères<sup>124</sup> auxquels on se réfère pour utiliser telle ou telle nosologie.

Selon Bibeau, Corin et al. (1980), les *nganga* ne possèdent pas autant que les médecins de connaissance détaillée des organes internes et de leur fonctionnement précis. Cependant cette lacune ne doit, en aucun cas, constituer une raison pour mépriser leur savoir anatomique et physiologique. Pour la nomination des maladies, les *nganga* se réfèrent à différents principes qui soulignent, à leur manière, la dimension symbolique de cette médecine et par là même l'interconnexion (*la membralité*) de tout ce qui existe et ainsi leur interchangeabilité. Notamment :

- (1) une association entre la forme ou l'odeur du symptôme principal et la couleur ou la qualité d'un animal. Exemple : certaines convulsions chez un enfant sont dénommées en référence aux tremblements des faucons ; amygdalite = langues de vache ;
- (2) les effets de la maladie ou du système le plus affecté par elle. Ainsi le diabète est dénommé en fonction de la fréquence élevée du besoin d'uriner ;
- (3) d'après ses causes générales ou spécifiques, naturelles ou non naturelles ;
- (4) d'après le traitement utilisé;
- (5) d'après la règle socioculturelle violée;
- (6) d'après sa localisation dans le corps. Exemple : maladie des oreilles, de l'estomac, du cœur...

Par conséquent, certaines maladies peuvent avoir plusieurs dénominations d'après les guérisseurs. En plus, ce savoir n'est généralement pas conceptualisé. Il est procédural, fragmentaire, entièrement fondé sur l'action, et peut ne pas distinguer de manière claire entre les noms et les fonctions des organes. Les noms des organes sont désignés en termes physiologiques. Exemple : vessie = sac des urines ; utérus = maison (demeure) de l'enfant. Il est également lié à la valeur symbolique de certains organes ou certaines parties du corps,

---

<sup>124</sup> Nous renvoyons pour plus de détails à Bibeau, Corin et al. (1980) qui ont enquêté auprès des guérisseurs congolais.

tels la tête et le cœur. C'est pourquoi des symptômes légers peuvent parfois susciter une angoisse démesurée eu égard à la fonction symbolique de l'organe concerné. Par exemple : la tête étant liée au raisonnement, des maux de tête persistants sont souvent associés à la folie. D'où on peut comprendre certains diagnostics apparemment non clairs. Les auteurs concluent en disant que cette nosologie est holistique et va donc au-delà du concept nosologique utilisé en médecine moderne.

#### **2.6.2.1.2 Le diagnostic étiologique**

La description du diagnostic du *nganga* que nous avons faite jusqu'à présent concernait pour ainsi dire sa forme extérieure, son enveloppe. Ce nouveau paragraphe, *le diagnostic étiologique*, s'efforcera de l'approcher dans son contenu.

Le diagnostic étiologique est donc une partie intégrante de la procédure de désignation du malheur. Comme le qualificatif le spécifie, ce diagnostic vise à identifier le mal à partir de ses causes. En guise de définition, on peut dire avec De Rosny qu'il s'agit d'une « vérification systématique de tous les secteurs de la vie, ou mieux de toutes les couches concentriques d'influence qui enveloppent la victime considérée comme le porte-maladie de son entourage » (De Rosny, 1992, p. 31).

Ce diagnostic constitue la première étape dans la démarche thérapeutique et se caractérise par sa dimension éminemment communautaire<sup>125</sup>. Son objectif est d'identifier, de *nommer* la maladie. Certains ont dit que chez les Négro-africains, toute maladie est l'effet d'une intention et qu'il faut absolument la découvrir pour pouvoir soigner l'affection symptomatique.

Comme Zempléni (1982), nous soutenons qu'une « maladie à soigner n'est pas nécessairement le signe d'une affection sociale à guérir. Elle le devient, en règle générale, seulement lorsque sa durée inaccoutumée, sa brusque apparition ou aggravation, son évolution atypique et surtout

---

<sup>125</sup> Voir les exemples de cette démarche chez Corin (1979), Nsiala (1979), Peltzer (1992).

sa représentation - chez le même individu ou dans le même groupe - mobilise l'angoisse des *autres* et fait surgir la question : *d'où vient-elle ?* (Nous soulignons). (...) Il faut que l'expérience pathologique soit investie par les proches du malade, qu'elle se charge de leurs affects, pour pouvoir déclencher ces processus de régulation sociale que sont la plupart des traitements étiologiques africains ». Autrement dit : « Les troubles soumis à ces traitements (étiologiques) doivent remplir deux conditions : constituer des éléments homologués par la culture et s'inscrire dans, se présenter comme ou se prêter à des expériences socialement pertinentes » (Zempléni, 1982, p. 7).

Cette pertinence dépend de la valeur événementielle du trouble dans un contexte historique et relationnel donné, de l'identité et du statut social de son support, de sa valeur tactique dans la confrontation des stratégies et dans l'éventuelle résolution des tensions qui marquent durablement la vie du groupe. Ce diagnostic ne peut donc pas intervenir de prime abord.

En outre, toute maladie ne le déclenche pas nécessairement comme processus thérapeutique<sup>126</sup>. Généralement, le patient ou sa famille fait

<sup>126</sup> Pour Horton (1967), ce processus étiologique ou "l'interprétation magico-religieuse", comme il le désigne, est d'abord une opération cognitive similaire à la démarche scientifique : elle met en rapport un fait „empirique“ (la maladie) avec un autre fait „empirique“ (la transgression, la négligence du culte, le conflit économique ou politique) au moyen d'une entité "théorique" (la divinité, le "witch", le génie) qui, elle, ne relève pas du monde de l'expérience. Nathan (1994) abonde dans le même sens en déclarant de manière provocatrice que «les guérisseurs sont plus proches d'une pensée scientifique que les psychopathologistes occidentaux» (p. 28).

Zempléni trouve que Horton pêche ici par excès de rationalisme. Ces agents magico-religieux ne sont pas seulement des "entités théoriques" dotées d'efficacité cognitive. «Ils ont en outre, la propriété commune soit d'être des sujets humains, soit d'en posséder des attributs spécifiques : l'intentionnalité, le désir, l'esprit de réciprocité, parfois le langage, etc. (Ils) sont aussi *entités subjectives* douées comme telles d'efficacité symbolique» (Zempléni, 1982, p. 8). A partir de là, Zempléni déduit que le diagnostic étiologique est l'attribution de la maladie, non pas tant par le malade lui-même, mais *par les autres, à une intention socialement située*. "Que mes proches ou le devin imputent mes souffrances au mécontentement des aïeux de notre lignage, à la vengeance des génies de lieu garants de l'intégrité de notre groupe territorial, à la jalousie de mes rivaux sociaux ou à l'appétit des *witches* de notre lignage, je perçois, *nous percevons* désormais ma maladie comme l'effet de l'action intentionnelle d'un Autre ou comme *l'effet du désir d'un Autre*. **Qui est cet Autre?, voici la première question cruciale des arts de guérison africains**" (p. 8, non souligné par l'auteur). Une question que la médecine scientifique néglige et que le christianisme banalise et même ridiculise. Pourtant, elle est, dans la perspective négro-africaine, corrélatrice de cette autre question que Laplantine (1982) désigne comme la plus fondamentale du point de vue du malade : "*Pourquoi suis-je malade ? Pourquoi précisément moi ? Et pourquoi maintenant ?*" (Laplantine, 1982, p. 70). Nathan (1994) conseille de son côté de ne pas éluder cette question. Du reste, elle n'est pas africaine, elle est simplement «humaine», parce qu'elle est une question existentielle. C'est en ce sens qu'abonde aussi Hasenbring (1990, cité par Knaus, 1993). Il rapporte - comme résultat de son investigation sur les théories

déclencher ce processus lorsque leur propre démarche à soigner l'affection n'a pas abouti.

Dans ce cas, on procède en deux étapes. Dans un premier temps, la famille en tant que telle prend l'affaire en mains. Le malade et tous les membres susceptibles d'être responsables de la maladie sont convoqués. Le plus souvent chez l'aîné de la famille, qui devient juge circonstanciel. Sous sa direction, l'assemblée examine le rapport du sujet aux valeurs telles que les "*mikiya*", "*bijila*", et "*bibindi*" (interdits et règles sociales) : « Dis-nous, as-tu volé les biens d'autrui ? As-tu tué quelqu'un, fait un fétiche ou couché avec la femme d'autrui ? Dis-nous quel mal tu as fait pour que tu reviennes à la vie ». S'il est marié, on interpellera l'épouse : « Pourquoi ton mari est-il malade ? As-tu commis l'adultère ?... » (Kalambayi-Nsumbu, 1995, p. 51).

Si cependant cette recherche n'aboutit à rien, alors la famille se verra obligée de passer à une deuxième étape, c.-à-d. se rendre chez le *nganga* pour que l'événement rebelle et sauvage trouve enfin sens, i.e. qu'il soit apprivoisé (voir aussi Dow, 1986, cité par van Quekelberghe, 1993).

D'après Sindzingre et Zempléni (Cf. Zempléni, 1982), le processus du diagnostic étiologique comprend quatre opérations : (1) la reconnaissance des symptômes ou de l'état de maladie et de son éventuelle nomination : *de quelle maladie* (entité nosologique) s'agit-il ?; (2) la perception ou la représentation de sa *cause* instrumentale : *comment* est-elle survenue ?; (3) l'identification éventuelle de *l'agent* qui en est responsable : *qui* ou *quoi* l'a produite ?; (4) la reconstitution de son *origine* : *pourquoi* est-elle survenue en ce moment, dans ce groupe et chez cet individu ? Le tableau suivant (de Zempléni, 1982, p. 18) synthétise ces quatre opérations du diagnostic étiologique :

---

subjectives - que « Mr.-Toutlemonde » se préoccupe principalement des questions des causes des maladies (1) lorsque l'événement est vécu comme menaçant et pesant, (2) lorsqu'il ne répond pas à des attentes précises. A notre avis, la prendre au sérieux – pour le psychologue -, c'est rejoindre la préoccupation que Bruner (1991) place au cœur même de la psychologie cognitive. Nous pensons qu'on l'élude simplement parce qu'on n'a pas de réponse vraiment satisfaisante. Fainzang (1989) n'est pas d'accord avec cette lecture de Zempléni. Voir plus loin dans ce paragraphe. Pour notre part, nous la trouvons très pertinente.

Tableau 9 : *Le processus du diagnostic étiologique d'après Zempléni, 1982, p. 18.*

MALADIE	CAUSE	AGENT	ORIGINE
<i>Quelle maladie ?</i>	<i>Comment ?</i>	<i>Qui ou quoi ?</i>	<i>Pourquoi ?</i>
Symptômes / Taxinomie	Moyen / Mécanisme	Force efficace	Événements / (Conjonctures) „empiriques“ sociaux
Terminologies courantes	Cause «instrumentale» ou «immédiate»	Cause «efficace»	Cause «ultime» ou «finale»

Dans ce processus, l'origine du mal sera désignée soit par le patient lui-même, soit par les membres de sa famille ou du groupe local à partir des différents indices fournis par le/la *nganga*, soit - et le plus souvent - par le devin ou le guérisseur-devin<sup>127</sup>. Le *sujet* de l'énonciation est un *Autre* (Dieu, Ancêtres, Génies...) que le devin qui capte la vérité qui est *dite*.

L'origine communément admise est : (a) les morts du lignage (les aïeux) insuffisamment honorés; (b) les génies du terroir offensés par la transgression des limites de leur domaine; (c) les forces gardiennes des interdits mobilisés par la transgression; (d) les sorciers (*baloji*) et autres maléficiers réclamant leur dû; (e) les pairs jaloux de l'opulence ou du succès de la personne affligée qu'on punit par des moyens magiques... (Voir supra : Causes des maladies).

On retiendra toutefois, qu'au nom de la solidarité familiale (*la membralité horizontale*), la personne affligée peut être atteinte en lieu et place d'un autre membre de sa famille moins vulnérable qu'elle<sup>128</sup>.

<sup>127</sup> Pour appuyer sa théorie des causes convergentes chez le guérisseur, Horton (1967) souligne judicieusement que le guérisseur se fait d'abord aider par le client lui-même (ou sa famille). Ils lui indiquent les événements de la vie du malade qui peuvent être en relation avec son état actuel. C'est seulement quand cette technique a échoué à déterminer la cause du trouble, qu'on passe à la divination. On notera qu'il s'agit ici d'indications que les consultants apportent spontanément ou de celles qui sont fournies en réponse aux questions du *nganga* lorsqu'il procède comme simple guérisseur et non comme guérisseur-devin.

<sup>128</sup> Un proverbe luba rend bien cette idée : «*Cikudiadia mwana, cidi cikulumba wewe*» (Ce (celui) qui mange (tue) ton enfant est (en fait) à la recherche des voies et moyens pour t'atteindre). Kalambayi-Nsumbu (1995) rapporte que «Le patient peut clamer son innocence : '*Je n'ai pas mangé seul sans partager*' (Nous soulignons pour faire ressortir l'accentuation *membrale*), *je n'ai pas attenté à la vie d'autrui, je n'ai pas pris la femme d'autrui, je n'ai pas volé, je n'ai pas médit de quiconque...*' (Remarquons que tous ces faits énumérés sont des atteintes au principe fondateur qu'est la *membralité*). A ce moment la question est posée aussi aux autres membres. Celui qui a un problème peut (nous corrigeons : **doit**) l'avouer. La confession est suivie du rite de réconciliation au cours duquel le coupable doit '*kutula cibawu*' (payer la pénalité) pour réparer la faute. A cette étape s'opère la réintégration dans tout l'espace de la communauté fraternelle. La réconciliation supprime les raisons du conflit interlignager au cours du rite prévu » (Kalambayi-Nsumbu, 1995, pp. 51-52).

Le tableau ci-dessus (Tableau 9) montre bien que les *nganga* ne procèdent pas à la légère, qu'ils font une vraie investigation pour pouvoir découvrir la cause du problème. Cette attitude tranche avec celle qu'ils adoptent lorsqu'ils estiment se trouver en face d'une maladie naturelle. A ce niveau, la plupart des *nganga* se réfèrent à leurs associations et hypothèses antérieures sur la maladie. C'est rarement qu'ils font une recherche systématique avant de formuler le diagnostic.

Certaines de ces causes naturelles correspondent à la description scientifique, d'autres sont le fruit de l'imagination ou du milieu. P. ex. les fausses couches sont déclarées provoquées par un ver qui se nourrit de fœtus. Les convulsions d'origine paludéenne sont provoquées par des «insectes minuscules qui circulent dans le sang» (expression pour traduire microbes, virus, ici schizontes) parvenus à maturité, c.-à-d. «ceux dont les ailes sont déjà bien développées pour pouvoir s'envoler».

Nous avons écrit plus haut que Fainzang (1989) n'est pas d'accord avec la thèse de Zempléni selon laquelle la maladie est vécue par le Négro-africain comme l'effet de l'action intentionnelle d'un Autre ou comme l'effet du désir d'un Autre, et donc comme une projection de son malaise sur l'Autre accompagnée d'un sentiment d'être persécuté par cet Autre<sup>129</sup>.

Pour elle, la perception de la maladie par l'individu - qu'il soit Africain ou Européen - revient à une quadruple *mise en accusation* : (1°) *une auto-accusation*, (2°) *une mise en accusation de l'Autre proche ou familial*, (3°) *une mise en accusation de l'Autre éloigné ou étranger*, (4°) *une mise en accusation de la société*. Les trois premiers types de mises en accusation sont plus ou moins identiques dans "les sociétés lignagères" et celles euro-américaines. Les Africains privilégient toutefois la conception persécutive. Les trois relèvent de la *causalité reproductrice, conservatrice*.

---

<sup>129</sup> S'appuyant sur Freud et Klein, Zempléni entérine que ce processus appartient à la vie courante et *normale* de chaque homme. Les arts africains de guérison en prennent avantageusement acte et essayent d'en tirer parti dans la thérapeutique. Ajoutons que cette pratique applique l'un des principes de la thérapie stratégique (Boszormenyi-Nagy) d'après lequel il ne sert à rien de vouloir combattre les croyances du sujet, cela ne peut que déclencher ses résistances, notamment en instituant l'escalade symétrique avec le thérapeute. Il faut plutôt les utiliser stratégiquement, travailler avec elles en vue du changement (Malarewicz, 1988).

Par contre, la *mise en accusation de la société*, qui relève de la *causalité subversive, contestatrice*, est typique de la société euro-américaine. On ne la rencontre pas dans les sociétés lignagères. Pourtant « les difficiles conditions de travail - dont la dénonciation est une des formes que peut prendre ce quatrième modèle - ne sont pas l'apanage de l'Occident » (Fainzang, 1989, p. 92. Nous soulignons). Dans ces sociétés, l'individu n'a pas de rapport *critique* à la société, il ne vise pas à une société meilleure (but que s'assignent les Euro-Américains), mais de reconduire la société dans l'état où on en a hérité. Là où l'Euro-Américain « se tourne vers le futur (améliorer la société) », ou « vers le passé (retrouver l'état antérieur de la société - par exemple : avant l'ère industrielle, avant l'urbanisation à outrance...), la causalité lignagère tend vers le passé seul. Par sa mise en cause d'un ordre social perturbé, elle tend à le réordonner sur le paradigme d'hier » (Fainzang, 1989, pp. 93-94).

S'appuyant sur une étude menée au Cameroun sur "l'utilisation des services de Santé Publique", l'auteur affirme que les accusations proférées à l'encontre de l'État, « instance fondamentale qui représente la société », « le sont essentiellement en milieu urbain, où les habitants sont à une relative distance des schèmes traditionnels d'interprétation de la maladie tout en conservant une conception persécutive, et où les malades sont plus directement confrontés au contexte socio-politique du pays (...), et en particulier à l'État... » (Fainzang, 1989, pp. 94-95, note 15)<sup>130</sup>.

---

<sup>130</sup> Voilà un discours qui n'a rien à envier à celui des ethnologues "ethnocentristes" du 19<sup>e</sup> s. et du début du 20<sup>e</sup> s. Il ne correspond pas à l'expérience que nous avons du peuple congolais et il n'y a aucune raison de penser que le peuple congolais devrait être différent des autres peuples de l'Afrique centrale, notamment du peuple camerounais. Nous présenterons plus loin un démenti de cette affirmation, lorsque nous exposerons les résultats de notre enquête au Congo : Voir chapitre 4 : 4.5, hypothèse 1. Une étude malawienne sur la malnutrition infantile (protein-energy malnutrition) rapportée par Peltzer (1995) semble aller dans le même sens que Fainzang. La malnutrition vient seulement en quatrième position comme cause des maladies chez les enfants pour les mères villageoises, tandis qu'elle occupe la première place chez les mères citadines, donc occidentalisées. Les mères villageoises privilégient les causes psychosociales (p. ex. violation des tabous sexuels) plutôt que celles biologiques. Néanmoins Peltzer (1995) ajoute que le traitement traditionnel prend en compte autant les facteurs psychosociaux que les facteurs biologiques, alors que le traitement en milieu transitionnel et moderne prend en considération seulement les facteurs physiques. Une attitude qu'il désapprouve d'autant qu'il est pour une approche biopsychosociale des problèmes de santé. Par rapport à notre question, le plus important dans cette étude est que même les non "occidentalisés" (les femmes villageoises et les guérisseurs) prennent en considération la malnutrition comme cause des maladies. Ce qui implique la reconnaissance que le changement des conditions de vie pourrait bien améliorer la santé des enfants.



« La maladie est métaphore de la société qui attaque l'individu jusque dans son corps et le malade en est la victime exemplaire » (Herzlich, 1969, citée par Fainzang, 1989). La victimisation est l'envers de l'accusation. « Le modèle "accusation de la société" se développe à proportion de l'adhésion du malade à la culture euro-américaine, ou l'acculturation du ressortissant d'une culture autre. Une même catégorie nosographique pourrait alors recevoir un contenu interprétatif plus ou moins axé sur la société, selon que le sujet interprétant est plus ou moins occidentalisé » (Fainzang, 1989, p. 86).

Accepter cette thèse reviendrait à dire, eu égard aux résultats de notre enquête (Panu-Mbendele, 1993a, 1993b), que la population rurale congolaise est plus proche de la culture euro-américaine que celle urbaine. Ce qui serait absurde. Toutefois cela n'empêche pas que ce modèle de mise en accusation soit opératoire. D'ailleurs, comme Schwarzer (1989) et Augé (1991) l'affirment aussi, plusieurs définitions de la maladie peuvent cohabiter chez un même individu pour la même maladie. En effet, on rencontre couramment en Afrique (notamment au Congo) la coexistence de cette multiplicité d'interprétations.

Jusqu'ici nous avons exposé la phase préliminaire du traitement, le diagnostic du malheur. Mais comment procède ensuite le *nganga* une fois que le malheur/la maladie a été désigné(e) ? Tel est l'objet du prochain paragraphe.

#### **2.6.2.2 Traitement et réhabilitation**

Contrairement à la médecine universitaire dont les procédés sont uniformisés – et doivent l'être –, chez les tradipraticiens chaque catégorie de guérisseurs et même chaque individu a sa manière de procéder. De là la difficulté, sinon l'impossibilité, de les présenter de manière exhaustive et pleinement satisfaisante. Comme pour tout le discours qui a précédé, nous nous efforçons d'en indiquer seulement les grandes orientations ou les traits communs qui vont au-delà des particularités individuelles ou catégorielles.

En ce sens, nous exposerons d'abord quelques observations générales, avant d'aborder les techniques particulières utilisées par les

tradipraticiens et les guérisseurs spirituels (*ngunza*, *chefs charismatiques des Églises indépendantes africaines*), leurs caractéristiques et les maladies où ces techniques se sont avérées particulièrement efficaces d'après des témoins extérieurs.

#### **2.6.2.2.1 Observations générales**

Les traitements des *nganga* peuvent être directement curatifs ou préventifs, au sens médical et psychologique, voire comprendre des facteurs protecteurs (prévention au sens «mystique» ou magico-religieux). Ils peuvent tout juste impliquer le guérisseur et le patient ou s'étendre à toute la famille et même à la communauté entière.

Quelle que soit la forme, les traitements sont soit naturels, soit rituels, le plus souvent, les deux à la fois. Les *nganga* ont généralement une approche double : ils administrent un même traitement à tout le monde quelle que soit la maladie (p. ex., un purgatif pour expulser du corps toutes les impuretés) et ensuite un traitement spécifique pour la maladie en l'adaptant quotidiennement aux conditions du malade (Cf. Bibeau, Corin et al., 1980 ; De Rosny, 1996).

D'après Bibeau, Corin et al. (1980), 90 % des médicaments des *nganga* sont d'origine végétale. Voilà pourquoi on les appelle «herboristes» ou «phytothérapeutes». Mais ils utilisent aussi des ingrédients minéraux et animaux comme déjà souligné plus haut.

Les médicaments se présentent sous de multiples formes : poudre, solutions, soupe, onguents, etc. Ils sont appliqués localement ou de manière systémique (p. ex., massage, fumigation). Les moyens d'administration les plus usités s'effectuent par les canaux naturels de communication entre l'intérieur et l'extérieur du corps, c.-à-d. les canaux dermique, oral, nasal, oculaire, auriculaire, anal et vaginal. Il y a une corrélation caractéristique entre les moyens d'administration des médicaments et la localisation (supposée) de la maladie. Par exemple, on mettra des gouttes dans le nez et les yeux lorsqu'on voudra atteindre le cerveau.

Vu actuellement la profusion des termes pour désigner les interventions psychothérapeutiques traditionnelles et modernes, certains chercheurs

se préoccupent déjà de trouver un terme qui soit à la fois générique, suffisamment précis, et non entaché d'ethnocentrisme euro-américain.

Dans ce cadre, van Quekelberghe, l'un d'entre ces chercheurs, propose comme terme le plus pertinent l'expression *thérapie symbolique* (Symbolic healing, symbolisches Heilen). L'expression appartient à l'anthropologie médicale. Elle a été introduite par Moerman (Moerman, 1976) et reprise plus tard par Dow (Dow, 1986) à la suite de ce dernier. Cependant van Quekelberghe lui-même précise qu'elle reste une catégorie ethnocentrique, c.-à-d. une catégorie utilisée par les Euro-Américains pour parler de la médecine des autres.

En effet, «du point de vue du chaman ou du tradipraticien, l'efficacité de la thérapeutique n'est pas due aux symboles ou aux signes prégnants de sens, mais bien aux moyens et procédés tout à fait réels, p. ex., l'évocation des esprits» (van Quekelberghe, 1996, p. 3).

Par contre, si Moerman a recouru à ce terme, c'était pour faire ressortir la prégnance des symboles (des systèmes de croyance) dans toutes les interventions thérapeutiques. Il les retrouve aussi bien dans les «contextes modernes», notamment dans les thérapies comportementales, que dans les situations des rituels chamaniques. Il en déduit que c'est aujourd'hui un non-sens de continuer à entretenir la démarcation dualiste cartésienne : *corps-esprit*, *homme-animal*, *culture-nature*. L'utilisation du concept *symbolic healing*, devrait favoriser une conception holistique anti-cartésienne.

Pour Dow, *symbolic healing* est une expression idéale pour désigner l'ensemble des psychothérapies - traditionnelles et modernes. Il la définit comme une démarche universelle (*universal structure*) dans laquelle le "guérisseur" (terme générique aussi) aide le patient à particulariser un monde mythique général et à y manipuler des symboles guérisseurs.

Comme on voit, il s'agit d'une catégorie de deuxième niveau logique, une méta-catégorie. Mais en ce qui concerne les thérapies africaines, l'expression a pleinement sens déjà au premier niveau logique. En effet, même si les *nganga* eux-mêmes ou leurs clients ne parlent pas de symboles, mais de réalités (van Quekelberghe, 1996), toute la thérapie est truffée de symboles. Elle puise abondamment à la ressource du

langage figuratif qui a cette particularité de dire les choses sans les dire et les disant plus qu'il ne dit. Par ce langage, les *nganga* sollicitent, de manière persistante et ininterrompue, l'hémisphère droit du cerveau, celui qui est caractérisé par une perception holistique de la situation et qui actionne le processus du changement (Watzlawick, 1986).

Dans cet ouvrage, *"Le langage du changement. Eléments de communication thérapeutique"*, Watzlawick reconnaissait déjà lui aussi que les guérisseurs sont d'excellents experts dans le maniement du langage symbolique. En effet, le *nganga* «recourt tantôt à la danse et la musique, tantôt à la dramatisation et la théâtralisation dans lesquelles les mythes anciens jouent un rôle non négligeable; il utilise continuellement des proverbes et des rituels, parle parfois une langue "mystérieuse" que seuls les initiés peuvent comprendre, et il manie admirablement la métaphore. Son apparence (la parade) est déjà elle-même une métaphore» (Panu-Mbendele, 1997, p. 26).



Photo 11 : Des *nganga-Mikendi* de la ville de Cikapa, en tenue de parade, avec leur batteur des tambours rituels. Celle au premier plan montre sa machette rituelle à double tranchant.

Les *Mikendi* du Kasayi, par exemple, sont comme une métaphore vivante (voir la photo ci-haut). Lors des séances solennelles, elles portent des couleurs et des insignes hautement parlants : le blanc (à la fois symbole de pureté et du monde d'au-delà), le rouge-sang (symbole du danger et de la mort), un couteau ou une machette à double

tranchant ou une herminette (insigne du pouvoir et du combat pour la protection de la vie), etc. Elles dansent au rythme frénétique des tambours jusqu'à entrer en transe (état de communication avec l'univers et avec les ancêtres, vibration au rythme du monde). Elles font des massages avec des herbes ou des feuilles fraîches pour redonner vitalité (fraîcheur de vie) au corps affaibli (desséché). Voir photos 11 à 13 ci-dessous.



Photo 12 : *Musique, danse et théâtralisation par des Mikendi de la ville de Cikapa : un vrai spectacle pour le public, une fête.*



Photo 13 : *Pendant la théâtralisation une nganga entre subitement en transe. Les autres s'en aperçoivent !*



Photo 14 : *Les autres viennent au secours de leur collègue et supplient l'esprit qui la possède de la libérer. Elles lui redonnent la fraîcheur d'esprit en la traitant avec des feuilles fraîches.*

Elles font des incisions et administrent des purgatifs (pour faire sortir le mal qui est dedans), invoquent les ancêtres et conjurent les mauvais esprits, etc. Par cette parade et ces rituels, elles transmettent le message de dangerosité du travail qu'elles font, mais en même temps celui de leurs capacités à pouvoir modifier la situation du client, parce qu'elles sont "pures" (rituellement) et qu'elles sont en contact avec l'au-delà. Leurs personnes et tout ce qu'elles font et parfois même les noms des remèdes qu'elles utilisent, l'heure et le lieu du traitement, tout est symbole et métaphore.

Il arrive qu'au début du traitement pour les cas déjà désespérés que le guérisseur et la famille du patient lancent un défi (aux forces vitales et guérissantes) : c'est la cérémonie de « *kukudika lukobo* » (suspendre un crochet à un arbre). Ils s'hypothèquent eux-mêmes contre la santé de leur membre malade. Si celle-ci est recouverte, ils reviennent en brousse à l'endroit où ils avaient laissé le crochet, font un sacrifice d'action de grâce et payent à « la forêt » son dû : p. ex. une poule vivante que l'on appellera : « la poule de Dieu » (*Nzolo wa Maweja*).

Avant de quitter les lieux avec le membre redevenu sain, l'aîné du groupe et/ou le guérisseur crie à l'assemblée : « *Swa, swa, swaa... Swakalaka ! Katupinganyi mwitu cyakabidi !* » (Quittons définitivement

cet endroit ! Que plus jamais nous ne ressentions le besoin de revenir vers cette forêt<sup>131</sup>).

En outre, durant certains traitements, les malades vivent en réclusion - dans un espace sacré, *mu mwaba wa cijila, mu kazubu ka cijila* -, séparés des autres membres de la famille et autres profanes. Se trouvant dans un espace sacré, ils deviennent eux-mêmes sacrés : *bena cijila*.

Voilà pourquoi nous trouvons que l'expression *thérapie symbolique* leur convient parfaitement, voire au sens littéral. Du reste, l'usage des différents symboles renvoient à la conception *membrale* de l'univers, aux interactions des forces en présence au sein de cet univers où rien n'est là au hasard et où tout est relié à tout (voir aussi Zahan, 1979)<sup>132</sup>.

Cela dit, on peut retenir en résumé que le traitement traditionnel est à la fois médicamenteux et rituel, parce qu'il vise à soigner la maladie ou le malheur sur différents registres conformément à la conception traditionnelle de l'homme et de la maladie.

---

<sup>131</sup> La forêt symbolise *dans ce contexte*, la demeure des esprits méchants qui provoquent des maladies. Dans d'autres contextes, la forêt est source de vie : c'est d'elle qu'on retire la nourriture et les médicaments.

<sup>132</sup> Zahan (1979) écrit : « A la lumière de ces investigations, nous nous apercevons que nous sommes loin d'une médecine qu'à première vue, nous aurions pu supposer incohérente. Dans la plupart des cas, les pratiques médicales bambara se révèlent, en effet, avoir un sens plus profond qu'il n'apparaît, si l'on considère seulement les matériaux mis en jeu. *Le fait essentiel est que, dans cette branche de l'activité humaine, tout se tient grâce aux correspondances qui, dans la pensée bambara, constituent le fondement même de l'univers.* Soigner l'amygdalite, par exemple, en entourant le cou du malade avec une partie de la bande de coton qui a servi à attacher la couverture du mort sur celui-ci, avant sa mise au tombeau, peut nous sembler dépourvu de sens, sinon complètement absurde. Cependant, pour les Bambara, le rapport, entre l'amygdalite et le médicament avec lequel on la traite, est évident. Cette maladie fait partie de la catégorie 'terre'. Or, elle fait 'pourrir' la gorge. De son côté, la bande de coton funéraire est un élément soustrait à la décomposition (puisque'elle n'est jamais enterrée avec le cadavre) ; elle représente le feu et le soleil. Quoi de plus normal donc que 'd'appliquer' le soleil et la lumière sur une 'terre' en décomposition, pour l'assainir ! Évidemment, ce genre de raisonnement n'a rien de convaincant pour des esprits connaissant les effets des antiseptiques et des antibiotiques. Cependant, dans la grande majorité des cas, le Bambara aura plus d'espoir de guérir, en se soignant, selon les préceptes traditionnels plutôt que selon ceux d'une médecine d'importation » (pp. 45-46).

## 2.6.2.2.2 Quelques techniques concrètes

### 2.6.2.2.1 Traitement médicamenteux

Bibeau, Corin et al. (1980) rapportent que les guérisseurs se réfèrent directement au corps et à son fonctionnement à différentes étapes du traitement. Ils observent les différents changements physiologiques, la température, la densité du sang, etc. Leur thérapeutique est le résultat d'une observation attentive du corps et de son fonctionnement. C'est pourquoi elle représente le savoir fondamental du *nganga*.

Les médicaments sont fabriqués sous diverses formes : comme tisanes, apozèmes, par émulsions, en poudre et liniments, en lotions, épithèmes et potions. La forme d'administration est fonction du but poursuivi, i.e. de l'effet escompté : effet localisé ou généralisé. Mahaniah (1982) rapporte quatre formes d'administration :

- 1) *administration locale à portée générale* : on recourt alors à l'incision et au saupoudrage ;
- 2) *administration générale* : elle se pratique sous forme de massage, de fumigation et de purification par eau ;
- 3) *usage externe* : consiste en frictions, révulsions, inhalations et fumigations ;
- 4) *usage interne* : celle-ci emprunte plusieurs voies : *par voie entérale* : administration per os, anale (lavement), vaginale, orale et auriculaire ; *par voie dermique* : scarification ; *par voie transmuqueuse* : nasale, oculaire, canal lacrymo-nasal (pour les anti-convulsifs forts et très toxiques).

### 2.6.2.2.2.2 Autres traitements

Dans les observations générales, nous avons déjà énuméré certaines techniques psychologiques utilisées par les guérisseurs. Nous aimerions nous y étendre un peu plus.



#### 2.6.2.2.2.1 L'espace

L'espace est un "inducteur culturel", selon la belle expression de Nathan (1994), c.-à-d. un élément d'influence thérapeutique. C'est pourquoi, «avant tout traitement, de jour ou de nuit, le *nganga* doit aménager "l'espace" prévu pour les soins afin de s'en rendre maître» (De Rosny, 1996, p. 125). Il contient toujours une matérialisation d'un univers second, invisible, (exemple : saint, ancêtres...) et la marque visible des médiations de cet univers autre (chapelle, statuette, autel).

La pensée thérapeutique qui est liée à cet espace pourrait s'exprimer ainsi, d'après Nathan : «Il existe un univers second, non ordinaire, et je suis le seul médiateur capable de te relier à cet univers». Cette pensée n'est ni explicitée ni peut-être même consciente. «C'est pourtant là que réside la pensée thérapeutique, dans les actes et non dans les énoncés culturellement conformes du type : "Il existe des gens qui font le bien et d'autres qui font le mal", laissant sous-entendu, comme s'il n'était pas possible de le penser par soi-même, qu'on a été victime d'un ensorcellement ou d'un envoûtement» (Nathan, 1994, p. 144).

Cet espace est redoublé normalement par la *manipulation du corps* pour induire l'expulsion du malade hors de l'espace ordinaire. Les massages (parfois des flagellations) et autres irritations des muqueuses des yeux, des narines, de la bouche... induisent justement qu'il existe un dedans du corps que les méchants souhaitent investir. Il faut les en expulser. Ce faisant, les guérisseurs vectorisent activement le corps (Nathan, 1994).

#### 2.6.2.2.2.2 La possession ou l'état de transe

« Comme les fleuves coulant vers l'est et l'ouest / Fusionnent dans l'océan et s'unifient à lui, / En oubliant qu'ils aient jamais été des fleuves individuels, / De même toutes les créatures perdent leur nature individuelle / Quand elles fusionnent enfin. » (*Upanishad* hindou, cité par Newberg, d'Aquili & Krause, 2003, p. 17)

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, tous les guérisseurs ne recourent pas à la transe. Mais pour ceux qui s'en servent, il s'agit d'une entrée en communication avec les défunts et les esprits, d'une manifestation ou plutôt d'une incursion de l'invisible dans notre

monde. Le guérisseur devient lui-même vecteur de communication entre ce monde-ci et celui de l'au-delà.

L'état de transe est perçu comme une possession<sup>133</sup> du *nganga* par les esprits. C'est ce message que le patient et les siens perçoivent. Dans l'exemple des *Bilumbu* et *Mikendi* que nous avons étudiés (Panu-Mbendele, 1995, 1998), l'entrée en transe est précédée par une longue invocation des esprits des anciens *Bilumbu* (voir aussi Boulanger, 1985, concernant les Zela du Katanga). Selon leurs déclarations, c'est durant l'état de possession que le *Cilumbu* peut découvrir l'origine du malheur et proposer le moyen d'y mettre fin, et que les *Bena Mikendi* sont informées des plantes aptes à soigner l'affection en cause<sup>134</sup>.

Nathan (1994) trouve, pour sa part, en utilisant le langage psychanalytique, que le recours du guérisseur à la voyance a pour fonction de "forcer le transfert" ou de l'accentuer.

Cette technique se rencontre dans beaucoup de médecines non universitaires. Son sens y est fondamentalement le même. Voici, par exemple, ce que Narby (1995) rapporte au sujet du peuple indien de Pérou.

« Dans leur description du processus d'initiation, ce sont les *Yoshi* qui enseignent à l'initié et qui lui octroient les pouvoirs ; les autres

---

<sup>133</sup> La possession en Afrique est davantage pratiquée par les femmes que par les hommes. Lewis (1966) met cette prépondérance féminine en relation avec la frustration psychosociale des femmes. Selon lui, l'état de possession leur permet de compenser au moins symboliquement la puissance dont elles ne peuvent pas jouir dans la vie sociale ordinaire. Depuis, le phénomène de possession est interprété pour les hommes autant que pour les femmes comme une "projection participative" (Peltzer et Ebigbo, 1989b), c.-à-d. un mécanisme de défense destiné, d'une part, à défendre l'individu contre son impuissance et la frustration, et d'autre part, à accroître son estime de soi. On explique que le sujet se sent impuissant et dépendant des aînés ou des ancêtres (des esprits) qui l'ont justement *puni* avec ce trouble. Mais en s'identifiant à l'esprit possesseur et aidé par la reconnaissance sociale de sa possession, il re-acquiert confiance en lui-même et peut ainsi s'aider soi-même et recouvrir la santé (Cf. Nicholas, 1970 ; Gollnhofer & Sillans, 1974 ; Peltzer, 1989b ; Peltzer & Ebigbo, 1989b). Concernant les femmes, cette thèse est acceptable en ce sens que, d'une part, la stratification sociale (en l'occurrence le rôle des sexes) peut être cause de troubles psychiques (voir exemples africains chez Pearce, 1989, pp. 48-51) et que d'autre part, par la possession le sujet parvient à occuper une position de force, à exercer l'autorité, et donc à compenser son rôle d'obéissance. Cependant la thèse devient critiquable si on prend en considération le fait que ces femmes (et tous les guérisseurs en général) ne recherchent pas ce rôle et ne l'acceptent pas toujours de bon cœur, mais plutôt sous la contrainte des esprits et comme *service à la communauté* (Katz & Wexler, 1989). Certaines *Bena Mikendi* que nous avons interviewées ont envié une de leurs collègues dont le *mandat* avait pris fin après une vingtaine d'années de *service*.

<sup>134</sup> Cette expérience est attestée dans tous les chamanismes. Lire entre autres Narby (1995).

chamanes ne font que faciliter le processus et préparer l'initié en le "nettoyant", pour qu'il puisse recevoir ces pouvoirs des esprits. De même, selon Luna (1984), les esprits, qui sont parfois appelés *doctorcitos* (petits docteurs) ou *abuelos* (grands-pères) se présentent au cours des visions ou des rêves. Ils montrent comment diagnostiquer la maladie, quelles plantes utiliser et de quelle façon, l'utilisation appropriée de la fumée de tabac, comment sortir une maladie par succion ou restituer l'esprit à un patient, comment les chamanes peuvent se défendre, ce qu'il faut manger et, le plus important, ils leur enseignent les *icaros*, les chansons magiques ou mélodies chamaniques qui sont les principaux outils de leur pratique » (Narby, 1995, p. 171, note 9).

D'après Narby (1995), tous les peuples de la terre (et surtout ceux qui ont pu développer le chamanisme) sont unanimes pour dire que la transe et la possession sont un lieu de connaissance et de communication. C'est, voire, un moyen puissant et privilégié pour accéder à certaines connaissances. Il n'y a qu'une portion du peuple occidental (euro-américain) qui, en privilégiant la séparation nette entre l'esprit, le corps (et l'environnement physique) nie cette possibilité de connaissance. Pour cette tranche de la population, la possession se réduit à des hallucinations, dont on sait qu'elles appartiennent au mode de fonctionnement des psychotiques. Par conséquent, elles ne peuvent apporter aucune information objective, mais plutôt informe sur l'état mental perturbé de celui qui en est l'auteur.

Narby (1995) trouve délirant, schizophrénique ce fonctionnement rationaliste de la science euro-américaine. On nie, d'une part, au mode traditionnel de pensée la capacité de fournir des informations objectives, et d'autre part, on utilise, sans rechigner, les résultats de ce mode de connaissance. Il pense entre autres à l'utilisation des connaissances médicales indigènes dans la médecine universitaire. L'exemple classique est l'usage du curare.

Nous pensons que ces assertions des tradipraticiens ne devraient pas être prises à la légère. Il est certes difficile et même impossible de démontrer "scientifiquement" leur véracité. Cependant cette incapacité n'implique pas nécessairement la fausseté des assertions. Elle est

plutôt l'expression de l'inadéquation de notre instrument d'approche, en l'occurrence une certaine rationalité dite "scientifique".

D'après van Quekelberghe (1999), la transe thérapeutique permet au chaman de passer du monde ordinaire ou secondaire (le monde moderne et le monde traditionnel) au monde primaire (*Primärwelt*) ou le "dreamtime", "l'atemporel temps du rêve". Qui accède à ce monde-là (il comprend différentes couches ou zones de profondeur) n'a plus la même conscience de soi que celle qu'il avait dans le monde ordinaire. Il est intimement interconnecté à tous les êtres auxquels il se sent désormais apparenté, il est à la fois soi et tout. Il acquiert une conscience universelle, cosmique et peut ainsi vibrer au rythme du monde et puiser à l'énergie universelle.

Étant ainsi devenu lui-même le monde et la conscience du monde, partie et totalité, conformément à la logique du monde primaire, il n'est pas étonnant qu'il puisse découvrir l'essence des maladies et les moyens pour les soigner. Pour van Quekelberghe, ce discours relève de l'expérience intime vécue par le chaman. *Il ne s'agit pas de fabulation.*

C'est cette même conviction – après expérience personnelle de *l'ayahuasca*, quoique encore rudimentaire – qui a poussé Narby à écrire son livre au titre provocateur : «*Le serpent cosmique : l'ADN et l'origine du savoir*» (Narby, 1995) auquel nous renvoyons. Narby met en cause *l'a priori* matérialiste de la démarche scientifique. Cet *a priori* – que les scientifiques s'interdisent de remettre en question bien qu'ils le reconnaissent comme pur postulat, indémontrable par définition (cf. Monod, 1970)<sup>135</sup> – handicape la pensée scientifique et l'empêche ainsi de s'ouvrir au savoir des tradipraticiens.

« Mon hypothèse, écrit Narby, suggère que l'ADN décrit par les scientifiques correspond aux essences animées communes à toutes les

---

<sup>135</sup> Voici comment Monod l'a formulé : «La pierre angulaire de la méthode scientifique est le postulat de l'objectivité de la nature. C'est-à-dire le refus *systématique* de considérer comme pouvant conduire à une connaissance "vraie" toute interprétation des phénomènes donnée en termes de cause finale, c'est-à-dire de "projet". (...) **Postulat pur, à jamais indémontrable**, (Nous soulignons), car il est évidemment impossible d'imaginer une expérience qui pourrait prouver la *non-existence* d'un projet, d'un but poursuivi, où que ce soit dans la nature. Mais le postulat d'objectivité est consubstantiel à la science, il a guidé tout son prodigieux développement depuis trois siècles. Il est impossible de s'en défaire, fût-ce provisoirement, ou dans un domaine limité, sans sortir de celui de la science elle-même» (Monod, 1970, pp. 37-38, cité d'après Narby, 1995, p. 134).

formes de vie, dont parlent les chamanes, et avec lesquelles ces derniers communiquent dans leurs transes. Or, la biologie moderne est *fondée* sur l'idée que la nature ne possède ni intelligence ni but, et n'est pas animée par de quelconques esprits » (Narby, 1995, p. 132).

Et un peu plus loin : « En conclusion et en résumé, (...) mon hypothèse affirme que le principe vital est animé et que la nature dans son ensemble est capable de communication, ce qui contredit le principe fondateur de la biologie moléculaire qui a actuellement pignon sur rue » (Narby, 1995, p. 141).

Ce discours des Chamans rencontre celui des mystiques de toutes les religions. Newberg, d'Aquili & Rause (2003) les ont étudiés. Ils affirment eux aussi qu'il ne s'agit pas de fabulation, mais bien d'une expérience réelle et universelle. Chacun de nous la fait au quotidien, mais sans grande profondeur et de manière plutôt involontaire.

Ces auteurs s'appuient sur les recherches en neurobiologie. En recourant aux nouvelles technologies que fournit aujourd'hui la médecine nucléaire, notamment la *tomographie à émission monophotonique* (TEMP) - en anglais *Single photon emission computed tomography* (SPECT) -, ils sont arrivés à la conclusion que les expériences de communion-fusion avec le tout dont parlent les mystiques sont réelles et ont une explication rationnelle biologique.

Ils trouvent que ces expériences sont en grande partie et principalement fonction de la mécanique cérébrale renforcée par les idées ou les croyances du sujet, objet de l'expérience unitaire. Le tout se joue dans les interactions entre le cortex pariétal supérieur arrière et le système limbique selon les influences qu'il subit de l'hypothalamus et de l'hippocampe. Mais le rôle principal est joué par le cortex pariétal supérieur arrière qu'ils ont dénommé *l'aire associative pour l'orientation* (AAO).

« La fonction principale de l'AAO, écrivent-ils, est d'orienter l'individu dans l'espace physique. L'AAO reste sans cesse au courant de la verticalité dans laquelle nous nous trouvons, elle nous aide à évaluer les angles et les distances, et elle nous permet de circuler en toute sécurité dans le dangereux paysage physique qui nous entoure. Pour accomplir cette fonction de première importance, elle doit d'abord

générer une cognition claire et cohérente des limites physiques du soi. En termes simples, elle doit tracer une démarcation précise entre l'individu et toutes les autres choses, pour faire le tri de ce qui est soi et de tout ce qui n'est pas soi et dont le nombre infini constitue le reste de l'univers » (Newberg, d'Aquili & Rause, 2003, p. 14).

Pour remplir sa fonction, ce cortex dépend d'un flux constant d'impulsions nerveuses en provenance des organes sensoriels du corps. Il ne se repose jamais. Cependant ces auteurs ont observé une brusque réduction des niveaux d'activité au moment où leurs sujets d'observation étaient au point culminant de l'état méditatif. Ils sont ainsi arrivés à émettre l'hypothèse que l'aire associative pour l'orientation (le cortex pariétal supérieur arrière) subit un blocage du flux entrant des informations sensorielles tout en continuant à fonctionner comme d'habitude.

Ce blocage a pour effet que l'aire de l'orientation suspend de se préoccuper du démarcage du soi avec l'environnement. « Dans ce cas, le cerveau n'aurait d'autre choix que de percevoir que le soi est sans fin et qu'il est interdépendant avec quiconque et quoi que ce soit que le mental aura ressenti. Et cette perception serait ressentie comme totalement et indiscutablement réelle » (Newberg, d'Aquili & Rause, 2003, p. 16).

Un peu plus loin, ils écrivent : « Au fur et à mesure de l'avancement de notre étude, et de l'arrivée des données, Gene et moi avons le sentiment d'avoir découvert des preuves solides que les expériences mystiques de nos sujets – les absorptions du soi dans quelque chose de plus vaste – n'étaient pas le résultat d'une erreur émotionnelle ou d'un simple désir, mais qu'ils étaient plutôt liés à une série d'événements neurologiques observables qui, bien qu'inhabituels, ne sortent pas de la portée du fonctionnement d'un cerveau normal. En d'autres termes, *l'expérience mystique est réelle sur le plan biologique, sur le plan de l'observation et sur le plan scientifique* » (Newberg, d'Aquili & Rause, 2003, p. 18. Nous soulignons)<sup>136</sup>.

---

<sup>136</sup> Dans les chapitres 5 et 6 (qui traitent respectivement des *rituels* - comme manifestation physique des sentiments - et du *mysticisme* - comme biologie de la transcendance), les auteurs expliquent en détails comment advient ce blocage d'informations sensorielles qui permet ainsi à l'individu de se dilater jusqu'à atteindre une dimension universelle et atemporelle (expérience de la communion avec la

### 2.6.2.2.2.2.3 Rites et rituels, mythes, langage d'injonctions

#### a) Rites et rituels

Décrivant les cérémonies de guérison au Madagascar, Tourneret (1995) définit les rites de ces Insulaires comme «les jointures du monde, la porte de communication de l'individu et du groupe avec le sacré<sup>137</sup>». Il poursuit : «Les cérémonies ont pour but de réconcilier l'individu avec sa communauté, sous la forme d'un psychodrame, sorte de thérapie familiale qui, bien sûr, inclut les morts !» (Tourneret, 1995, p. 61).

Pour de Heusch (1971), les rites (individuels ou collectifs) sont «une catégorie autonome du langage parlé et gestuel. Ils introduisent un projet d'ordre pour défendre ou restaurer l'être dégradé, accroître son potentiel vital ou, inversement, détruire l'être-de-l'autre» (de Heusch, 1971, p. 245).

En considérant leur inscription dans le temps, de Heusch distingue : des rites cycliques, des rites occasionnels et des rites transitifs ou initiatiques. Les premiers (*les rites cycliques*) sont de l'ordre de la structure. Le projet d'ordre se fait alors projet d'éternité : «les rites créent la structure même du temps, au prix de la négation de l'histoire. Ils sont l'affaire de la communauté tout entière, qui seule offre à la pensée le spectacle de la permanence cyclique par le jeu biologique du renouvellement des générations».

Les seconds (*les rites occasionnels*) s'inscrivent de manière ponctuelle dans l'armature du temps. Ils offrent une parade aux dérèglements historiques de l'ordre collectif et cyclique. Au plan individuel, le rite est très souvent la riposte au malheur et à l'échec.

---

totalité). Ils disent en substance que les rituels au rythme accéléré, ex. le soufi ou le vaudou, parviennent à bloquer le fonctionnement de l'aire associative d'orientation et aboutissent ainsi à une définition plus atténuée, moins précise des limites du soi. « Cette atténuation du soi est responsable (...) des expériences unitaires souvent décrites par les pratiquants de tels rituels » (Newberg, d'Aquili & Rause, 2003, p. 131). Le même résultat est obtenu par la pratique intense et soutenue d'une activation lente telle que la psalmodie ou la prière contemplative.

Ils décrivent également les différences entre les perceptions des mystiques et les hallucinations des gens perturbés psychiquement, répondant ainsi d'avance aux critiques d'un certain rationalisme scientifique qui se refuse de reconnaître la réalité de ces phénomènes.

<sup>137</sup> Cette définition rejoint le sens que nous donnons à la musique cérémonielle (rythme, danse...).

La dernière catégorie, *les rites transitifs*, renvoie à un temps irréversible sur le plan socio-biologique (p. ex., tous les enfants deviendront des hommes) ou spirituel (seulement un nombre restreint d'entre eux deviendront *nganga*).

Du début à la fin de la thérapie, les *nganga* recourent constamment à ces différents rites, combinant souvent des rites individuels avec des rites collectifs selon "la gravité" du problème.

Le rite lui-même, la symbolique à laquelle il renvoie et sa prescription constituent un ensemble thérapeutique non négligeable : ils mobilisent toutes les potentialités vitales de l'individu et les somment à dire non aux "*pulsions de mort*" et à lancer un vigoureux *sursum corda* pour la vie. C'est la raison pour laquelle les récents développements psychothérapeutiques euro-américains en recommandent l'usage.

Ces recommandations rendent aujourd'hui risible cette affirmation - combien ethnocentrique - de Luc de Heusch : «Les principes des rites thérapeutiques sont singulièrement constants dans les grandes options nosologiques des *sociétés archaïques*. (Sic. Nous soulignons). La maladie est le résultat, soit de l'intrusion d'objets ou d'esprits pathogènes dans le corps du patient, soit de la capture de l'âme» (de Heusch, 1971, p. 248). Nous avons déjà répondu à cette thèse plus haut en présentant nos réserves par rapport à la thèse de Fainzang (1989). Le développement ci-dessous poursuit la réfutation de la thèse ethnocentrique de Luc de Heusch.

Du point de vue psychologique, les rites créent une sorte de symbiose entre l'individu, le guérisseur et le public. Ils permettent à l'individu de dépasser ses propres pensées, sentiments et actions, de s'insérer dans les préoccupations collectives et d'expérimenter le lien qui l'unit à sa société. (Peltzer, 1992 ; voir aussi Mukene, 1983). « La transcendance du soi, et la fusion du soi dans une réalité plus vaste, est un objectif majeur de tout comportement ritualisé », écrivent Newberg et al. (2003, p. 121)<sup>138</sup>.

---

<sup>138</sup> Ces auteurs écrivent à propos des rituels religieux : « quand un rituel religieux est efficace, et il n'est pas toujours efficace, il porte le cerveau à ajuster les perceptions cognitives et émotionnelles du soi de telle sorte qu'une personne à l'esprit religieux l'interprète comme une réduction de la distance qui sépare le soi et Dieu » (Newberg, d'Aquili & Rause, 2003, p. 122).



Ces derniers auteurs remarquent avec pertinence que « Nos vies sont constituées d'innombrables activités ritualisées et des cérémonies dont la nature est purement sociale ou civique, et cela inclut les congrès politiques, les inaugurations, les couronnements, les procédures judiciaires, les traditions des vacances et même les événements sportifs. Ces cérémonies structurées peuvent n'avoir aucune connotation religieuse, *mais comme tous les rituels elles comportent des éléments de rythme et de répétitions et elles visent à définir l'individu comme faisant partie d'un groupe ou d'une cause.* Ces rites séculiers nous montrent le rituel dans une présentation plus pratique, comme un mécanisme pour promouvoir la cohésion sociale en encourageant les individus *à mettre de côté leurs intérêts personnels et à s'investir dans des intérêts plus larges du bien commun* » (Newberg et al, 2003, p. 122. Nous soulignons).

Du point de vue neurobiologique, Newberg et al. (2003) s'expriment de la sorte : « Le fait que l'excitation limbique en vue de la copulation ne se fait qu'entre animaux de la même espèce indique l'existence d'une certaine résonance neurobiologique. Le fait que cela a effectivement lieu, indique que *les effets du comportement rituel peuvent affecter le fonctionnement complexe de l'esprit de l'animal, donnant au rituel la possibilité de modifier les émotions et les humeurs.* Chez les humains, du fait de la grande complexité du cerveau, le comportement rituel fait toujours appel aux niveaux supérieurs de la pensée et des sentiments. Nos rituels sont relatifs à quelque chose. Ils racontent des histoires, et ces histoires leur donnent du sens et de la force. *Les histoires sont essentielles pour que le rituel humain soit efficace.* Elles sont choisies et mises en forme pour répondre à des besoins culturels spécifiques. Nous croyons que la racine des rites cérémoniels de toutes les sociétés humaines, des plus primitifs aux plus exaltés, a été élaborée à partir du besoin neurobiologique de tous les êtres vivants d'échapper aux limites du soi » (Newberg, d'Aquili & Rause, 2003, pp. 128-129).

La mise en œuvre des rites thérapeutiques est constituée par les *rituels*. Ceux-ci « ne sont pas des survivances de l'obscurantisme, mais l'expression même d'une dimension constitutive de la maladie et la pratique médicale elle-même : le rapport au social » (Laplantine, 1986, p. 360).

**b) Relation entre les rites et leurs rituels et les mythes**

Les rites et leurs rituels sont généralement l'actualisation des *mythes culturels*. « N'en déplaise aux ethnologues de salon, écrit Nathan (1994), les mythes ne sont pas seulement des objets intellectuels, les matrices mythiques n'ont pas pour seule utilité de rendre compte de l'ordre du monde. Elles révèlent une fonctionnalité – quasiment technique – dans toutes les procédures de modification des êtres : naissance, initiation, mort » (Nathan, 1994, pp. 208-209). Elles révèlent également une fonctionnalité dans les techniques thérapeutiques, ce qui est le plus important pour l'ethnopsychanalyse, d'après Nathan (1994).

En effet, les mythes, en tant que représentations symboliques, ont un pouvoir d'influencer autant la vie sociale qu'individuelle. Ainsi qu'on en a vu l'utilisation chez Dow (1986), ils permettent de rattacher l'individu et sa représentation privée et ordinaire de la maladie à un cadre plus grand, à un sens partagé et extraordinaire. Ils rappellent à l'individu sa place dans sa société et dans l'univers. Ils le revalorisent autrement qu'il ne s'était vu jusque-là.

Dans le même sens Newberg et al. (2003) écrivent à propos des rituels religieux – cela vaut également pour les rituels thérapeutiques - : « Pour être efficaces, tous les rituels religieux doivent combiner le contenu essentiel d'une histoire mythique avec des réactions neurologiques qui donnent vie au mythe. La synthèse de ces deux éléments – la pure fonction neurologique et le contenu culturel porteur de sens – est la véritable source de la puissance du rituel. Elle permet au pratiquant d'entrer métaphoriquement dans une histoire mythique, de faire face aux mystères profonds contenus dans le mythe, puis d'éprouver la résolution de ces mystères d'une façon forte et capable, peut-être, de transformer la vie<sup>139</sup> » (Newberg, d'Aquili & Rause, 2003, p. 142).

---

<sup>139</sup> Ces auteurs écrivent plus loin : « La première fonction du rituel religieux est de « transformer les histoires spirituelles en expériences spirituelles ; transformer quelque chose en quoi l'on croit en quelque chose que l'on peut ressentir » (Newberg, d'Aquili & Rause, 2003, p. 137).

Traitant de la relation entre les rituels et les mythes, ils écrivent : « On n'a pas encore découvert de société humaine, dit Joseph Campbell, où (...) des motifs mythologiques n'ont pas été répétés dans les liturgies, interprétés par des prophètes, des poètes, des théologiens ou des philosophes, représentés dans l'art, magnifiés dans des chants, et éprouvés de façon extatique dans des visions vivifiantes » (p. 138).

Parlant explicitement des rituels thérapeutiques, Nathan (1994) écrit : «Si l'ensemble de la procédure thérapeutique conduit le patient à ce qui pourrait sembler croyance naïve au profane, après analyse, elle se révèle être avant tout une brutale et radicale modification du contexte du symptôme, l'aboutissement d'une manipulation thérapeutique parfaitement cohérente, et un glissement de cadre de référence de l'univers des pensées à celui des objets» (Nathan, 1994, p. 117).

Ces différentes déclarations montrent clairement que le recours aux rites n'a rien de primitif, bien au contraire, il dénote une grande sensibilité et attention aux besoins fondamentaux de l'homme. Le guérisseur ne connaît sans doute pas toute cette explication rationnelle. Mais il en connaît la valeur pragmatique et il l'utilise.

D'après Bibeau, Corin et al. (1980), la thérapie rituelle des *nganga* est basée sur un ensemble de symboles et de croyances, dont certains ont un but général et d'autres sont spécifiques à une société particulière ou à un groupe ethnique. Ils distinguent ainsi trois grands types de rituels d'après leurs stratégies :

- 1°. *Les rituels périphériques* : ils visent à renforcer l'efficacité du médicament. C'est notamment le rôle de l'invocation de Dieu et des ancêtres au début du traitement, de la danse... (*membralité verticale et cosmique*)
- 2°. *Les rituels intégraux* : ils interviennent tout au long du traitement. Ils ont en eux leur propre efficacité, indépendamment du médicament. Ex. bains de purification, sacrifices, cracher sur le malade en signe de bénédiction et réconciliation... (effet de la *membralité cosmique*)
- 3°. *Les rituels généraux ou universels* : Ils accompagnent tout le processus thérapeutique. Ils visent à permettre à l'esprit de posséder et de parler à travers quelqu'un de la famille du patient ou de la communauté. Le lien entre le patient et le groupe (*membralité verticale et horizontale intrahumaine*) est ici particulièrement souligné.

**c) Langage d'injonctions**

Enfin, il est rare que le *nganga* explique en détails au patient le sens de tous ses faits et gestes. Normalement, il agit, donne des ordres, prescrit des tâches. Si durant la phase de nomination de la maladie il utilise généralement le mode indicatif, il passe au mode impératif dans la phase proprement thérapeutique. Il recourt au *langage d'injonctions*, puisqu'il est dans la phase performative de la réalité, i.e. du monde du patient. Il sait que dans ces circonstances ses mots n'ont pas le même poids que d'habitude. Il prononce en ce moment *la parole lourde*, la parole *efficace*.

«Les psychanalystes ont longtemps prétendu que l'acte était parole, parole non dite, parole usurpée, parole impossible, parole dense», écrit Nathan (1994). «L'analyse des techniques traditionnelles montre au contraire que toute parole est un acte qui annonce ou répète des processus formels qu'un bon guérisseur s'emploie à manipuler sur le corps même du malade, sur sa famille, sur des objets, afin d'en obtenir des modifications psychiques. *Il s'agit de déclencher chez le malade un mécanisme et non de le lui expliquer, de lui raconter une étiologie magique ou de le séduire.* En cela l'induction thérapeutique des guérisseurs est semblable à ce que nous attendons d'une plaisanterie : le récit est secondaire, ce qu'on cherche à obtenir, c'est le processus lui-même : le rire» (Nathan, 1994, p. 62. Nous soulignons).

**2.6.2.2.2.2.4 L'implication de la famille dans le processus thérapeutique**

Le contact avec la culture euro-américaine a apporté d'énormes changements sociaux en Afrique. Pour Ebigbo (1989c), malgré tout cela, la famille reste encore un support incontournable pour l'individu : support financier, assurance maladies et vieillesse, soutien moral... D'autre part, la famille constitue aussi une source de demandes incessantes auprès des "membres qui ont réussi".

Les *nganga* le savent très bien. Aussi s'orientent-ils de prime abord vers la famille, i.e. ils fouillent dans la jalousie et la méchanceté entre les

membres, pour y découvrir la cause du trouble. Si donc un membre est malade, tous peuvent facilement être convoqués et ils viennent, car personne ne souhaiterait (normalement) être soupçonné de "méchant". Voilà pourquoi chacun se soumet assez facilement à la cérémonie de l'aveu public et au rite de réconciliation. Mais par delà la crainte d'être soupçonné, c'est davantage la solidarité entre les membres qui mobilise chacun (*cf. la membralité horizontale*).

#### 2.6.2.2.2.5 Autres techniques psychologiques classiques

Du point de vue des techniques analytiques, les tradipraticiens utilisent entre autres la *sublimation* (par exemple lorsque la catégorie *maladies de Dieu* est utilisée pour des personnes déjà très âgées), la *régression* (le malade devient "enfant" du *nganga*), la *projection*, la *limitation de conscience*, *l'effacement* (Cf. rites et cérémonies).

Son *diagnostic étiologique* peut être rapproché de la recherche de la genèse des causes refoulées. Sauf qu'au lieu de les rechercher systématiquement et quasi uniquement dans la petite enfance, le *nganga* scrute tout l'environnement physique et socio-culturel (socio-économique, politique, religieux) du patient.

Dans notre travail, *Systémiciens avant la lettre ? Essai de comparaison entre la thérapie systémique et celle des tradipraticiens (nganga) négro-africains*, (Panu-Mbendele, 1997), nous affirmions – avec quelques réserves – que la palette des techniques de la thérapie systémique était beaucoup plus vaste que celle des *nganga*. Nous n'en sommes plus aussi sûr aujourd'hui. Leurs techniques sont aussi nombreuses, sinon plus nombreuses encore, d'autant plus que les *nganga*, devenus autonomes, n'appliquent pas toujours littéralement ce qu'ils ont vu chez leurs maîtres, mais qu'ils expérimentent eux-mêmes de nouvelles techniques tout en s'appuyant officiellement sur l'autorité de ces maîtres ou des anciens.

### 2.6.2.2.3 Organisation du traitement

Les séances de traitement en médecine des *nganga* se déroulent selon les modèles classiques. Peltzer (1995) les décrit comme suit : (1) *episodic out-patient settings* ; (2) *continuous out-patient settings* et (3) *in patient settings*. De manière générale, le tradipraticien se décide pour l'un ou l'autre modèle selon la "gravité" du cas. Celle-ci est jugée soit en fonction de la maladie en soi, soit en fonction de sa cause "mystique".

Les deux premiers types de settings ont deux modalités : le guérisseur peut se rendre chez le malade ou c'est le malade qui se rend chez le guérisseur. L'*in-patient setting* peut être constitué d'un seul patient ou d'une poignée de malades. Mais il peut aussi prendre la forme d'un village-hôpital. Comme village, il comprend tous les services organisationnels d'une vie sociale normale. Il présente cependant cette particularité que la peur d'être poursuivi par les *sorciers* y est minimalisée. Le sentiment de sécurité y est prédominant parce qu'il habite un espace sacré qui fait qu'il participe lui-même au sacré, par communion.

Qu'il s'agisse d'un seul patient, ou d'une poignée de malades ou d'un village thérapeutique, le traitement dans l'*in-patient setting* est une resocialisation progressive à la vie communautaire appropriée. La présence spirituelle des ancêtres, l'invocation de Dieu et la solidarité entre les membres y sont soulignées par insinuation comme étant des valeurs fondamentales. Les insinuations consistent entre autres en prières, vénération des ancêtres et des esprits, rituels et sacrifices... Tous ces éléments renvoient aux différentes dimensions membrales dont nous avons abondamment parlé.



Photo 15 : Ces patients habitent chez leur *nganga* et subviennent eux-mêmes à leurs besoins alimentaires. Étrangers les uns des autres au départ, ils forment maintenant une nouvelle famille.

Durant son séjour auprès du *nganga*, le malade peut se nourrir lui-même si sa santé le lui permet. Sinon, il est pris en charge par un membre de sa famille, sauf indication contraire explicite du tradipraticien. Dans ce cas, il est pris en charge par les autres patients ou par un membre de la famille ou de l'équipe du guérisseur.

#### **2.6.2.2.4 Techniques utilisées par les Églises indépendantes dans l'art de guérir**

En ce qui concerne les soins des malades, nous avons déjà vu plus haut dans ce chapitre (cf. 2.6.1.2.2 *Classification populaire des tradipraticiens*) que, pour les tradipraticiens, les chefs charismatiques des Églises indépendantes africaines sont leurs concurrents immédiats et non les médecins des hôpitaux. Cela est dû au fait que la médecine traditionnelle et les Églises indépendantes ont fondamentalement la même matrice de compréhension des maladies et de leurs causes. Ebigbo (1989b) nous en fournit une illustration à partir d'une Église indépendante nigériane.

On trouve auprès de cette Église une quadruple conception des causes des maladies : (a) maladie entendue comme *phénomène naturel* ; (b) maladie comme *effet des agents maléfiques environnants*, à savoir les mauvais esprits, les sorciers, les démons ; (c) maladie comme *résultat*

*d'une faute, d'un péché ; (d) maladie comme sévère avertissement de la part de Dieu.*

Comme on peut s'en apercevoir, cette étiologie est entièrement identique à la conception traditionnelle. Il n'est donc pas étonnant que les techniques des soins se ressemblent aussi. Cependant les guérisseurs spirituels sont tenus, d'une part, à souligner l'incursion de Dieu dans le monde à travers la personne du pasteur-fondateur, et d'autre part, à ne pas être ouvertement en contradiction avec les exigences bibliques. Aussi sont-ils fondamentalistes dans l'interprétation des saintes écritures. Cette attitude s'avère être une stratégie payante pour ces « guérisseurs spirituels », même s'ils ne sont pas tous conscients des mécanismes auxquels ils recourent.

Voici quelques-unes de leurs techniques de guérison (d'après Ebigbo, 1989b) :

- la *suggestion*, notamment par le regard, les paroles, l'auto-révélation et les rêves) ;
- la *persuasion* : à travers des assertions et insinuations ;
- *l'utilisation intensive des différents organes sensoriels* : odorat, vue, ouïe (p. ex., prière répétitive, musique quasi monotone), toucher, (p. ex., massage, imposition des mains), goûter<sup>140</sup> ;

---

<sup>140</sup> Newberg et al. (2003) écrivent dans une note à propos de l'effet des rythmes et de la musique sur la personne : « Chaque individu tire quelque chose des rythmes qui résonnent avec lui. C'est ce qui rend les rituels des groupes rythmiques globalement plus efficaces. Les mouvements corporels au cours du rituel stimulent les propriocepteurs et finissent par provoquer l'étourdissement et des troubles du système vestibulaire qui maintient l'aplomb et l'équilibre. Les tensions et relâchements musculaires répétés peuvent aussi produire des réactions émotionnelles. Neher (1962) a aussi montré que de multiples modalités sensorielles sont impliquées dans les rythmes et que d'autres facteurs contributifs comme le jeûne, l'hyperventilation et des odeurs diverses peuvent aussi avoir un effet sur la physiologie du corps. D'autres chercheurs ont aussi montré que des stimuli auditifs et visuels répétitifs commandent les rythmes corticaux et peuvent produire chez les humains des expériences intensément agréables et ineffables. Des stimuli répétitifs peuvent aussi provoquer des décharges intenses des deux systèmes d'excitation et de tranquillisation. Une étude récente a montré qu'au cours de pratiques de la méditation, il y avait une variation significative du rythme cardiaque indiquant qu'il y a des altérations significatives du système nerveux autonome et pas seulement une simple réaction relaxante » (pp. 286-287, note 2).

À un autre endroit ils écrivent : « Des études ont montré que le fait de participer à des exercices spirituels comme la prière, les services religieux, la méditation (ou d'autres pratiques), peut faire baisser la pression sanguine, ralentir le rythme cardiaque, ralentir le rythme respiratoire, réduire les niveaux d'hydrocortisone hormonale et produire des changements positifs dans le fonctionnement du système immunitaire. Du fait que toutes ces fonctions sont régulées par l'hypothalamus et le système autonome, l'effet du rituel sur les états autonomes semble clair » (p. 130).



- *l'utilisation des symboles traditionnels* (Cf. habillement) *et du modèle persécutif* (on y accorde une importance énorme au rôle du sorcier-Satan qui constitue un concept nouveau dans la spiritualité africaine - et à son action par l'envoûtement) ;
- la *dramatisation* : p. ex. les séances de prière sont parfois de vraies séances cathartiques (cf. note précédente) ;
- *l'entretien du sentiment d'appartenance au groupe et le maintien de la cohésion du groupe autour du chef*. Ce sont là des conditions de salut (guérison). Ce groupe ecclésiastique constitue la nouvelle famille du membre, une famille forte, vivante et saine, dans laquelle la jalousie et la haine n'ont plus de place<sup>141</sup>.

Une autre technique largement utilisée dans toutes les Églises indépendantes africaines est *l'aveu de ses péchés* comme condition pour être purifié. On retrouve ici le sens de la pureté rituelle des rites traditionnels.

Pour Corin (1982), on rencontre dans ces Églises comme idées et pratiques courantes : la conversion individuelle, la purification, la réinsertion dans le groupe des croyants, l'insistance sur des normes nettement plus articulées sur un certain modernisme que ce n'était le cas dans les groupes de possession. Elles accentuent la valeur du travail, ainsi que celle de la monogamie et de la tempérance, le tout ayant un caractère opératoire, en ce sens que ces communautés permettent un réaménagement des psychismes individuels par rapport à un monde en pleine mutation, un peu à l'image des groupes de possession plus adossées à la tradition<sup>142</sup>.

Pour que le tableau soit complet, il convient de dire aussi un mot sur la pratique et la clientèle des nouveaux tradipraticiens africains (dont plusieurs sont des charlatans). De Rosny (1996) les a bien décrits pour

<sup>141</sup> En relation avec ces techniques, l'auteur rapporte les points suivants (dans leur ordre d'importance) comme motifs avancés pour expliquer l'adhésion à une Église indépendante : (1) recherche de divination, (2) support financier et moral en cas de maladie, chômage, trouble ou deuil, (3) interaction mutuelle très forte, (4) relaxation, (5) tolérance envers la polygamie, (6) délivrance de toute sorte de peurs, (7) soutien contre la solitude, (8) guérison plus profonde (sans utilisation des médicaments), (9) recherche d'un(e) partenaire plus sûr(e) pour la vie.

<sup>142</sup> Pour Thomas & Luneau (1977), ces Églises constituent le plus souvent une sorte de « synthèse entre la prédication apostolique et la spiritualité africaine authentique » et récusent l'univers occidental de sens.

les avoir observés personnellement, lui qui est un authentique tradipraticien, bien qu'il soit Français et voire prêtre catholique. Il écrit :

Ils se disent *nganga*, mais se réclament par surcroît d'une école ésotérique étrangère, orientale, occidentale, voire du vaudou. « Ce sont des hommes en majorité. Se déclarant voyants, ils emploient comme support de divination aussi bien l'eau, les cauris que l'astrologie, la boule de cristal ou un objet quelconque appartenant aux personnes concernées, photos, écriture manuscrite... Leurs clients s'adressent à eux, toutes catégories confondues, pour obtenir "la chance" dans leur vie. Les jeunes et les femmes ajoutent le plus souvent à la demande "l'amour", et les hommes, "le pouvoir de dominer". Il faut encore aux jeunes la réussite aux examens, aux femmes le succès dans leur commerce et aux hommes un métier. C'est faute d'en jouir qu'ils consultent le charlatan, et pour savoir qui peut leur faire obstacle et comment contre-attaquer. D'où la pratique généralisée du "désenvoûtement". Les plaintes dominantes concernent la sexualité – impuissance, stérilité, règles irrégulières, maladies vénériennes –, les désordres mentaux et divers maux de ventre dont on peut déceler aisément l'origine psychosomatique » (De Rosny, 1996, pp. 105-106).

La réussite qu'ils rencontrent parfois est due davantage à un effet psychologique qu'à des connaissances et "pouvoirs" dont ils prétendent disposer, mais qu'ils n'ont pas en fait.

### ***2.6.3 Catégories des maladies les plus soignées par la médecine traditionnelle et spirituelle et les prix des prestations***

#### ***2.6.3.1 Catégories des maladies les plus soignées par les *nganga* et les guérisseurs spirituels***

Nous venons de parcourir assez longuement certaines techniques que les guérisseurs africains utilisent. Il est théoriquement justifié de se demander si ces techniques parviennent effectivement à guérir des maladies et des troubles. Mais concrètement, parmi les personnes

averties, on ne se pose plus cette question. La recherche est plutôt orientée vers les catégories de maladies que ces techniques permettent de guérir et les raisons de ce succès. On sait que les *nganga* soignent toutes les maladies, organiques et fonctionnelles (Voir Panu-Mbendele, 1993a, 1993b). Il ne pouvait pas en être autrement. La photo ci-dessous montre un bandeau publicitaire décrivant les activités de cette tradipraticienne.



Photo 16 : Traduction du texte du bandeau publicitaire :

« Maman Mbombo Kajiji, notre salut. Tous ceux qui sont chargés de problèmes doivent venir chez nous. Vos maladies et soucis prendront fin. Nous soignons les maladies suivantes : tuberculose, syphilis, maladies vénériennes, troubles de fécondité, diabète, troubles mentaux, lèpre, etc.... »

Nous ne voulons pas nous attarder sur la discussion de savoir s'ils soignent tout aussi bien les unes que les autres. Bien qu'importante, cette discussion est malheureusement biaisée par son orientation fortement ethnocentrique. D'autre part, l'intérêt de notre recherche ne porte pas tellement sur leur efficacité réelle ou supposée, mais sur la perception qu'en ont les utilisateurs. Toutefois nous aborderons le problème des raisons du succès (et de l'échec) des tradipraticiens au prochain chapitre (chap. 3) qui est consacré à l'appréciation de la médecine traditionnelle.

En attendant, nous relevons qu'un accord semble au moins acquis entre anthropologues médicaux, médecins, psychiatres et psychologues cliniciens que les *nganga* sont indiqués pour traiter aussi bien que la médecine universitaire quantité d'affections organiques "légères", et que leurs techniques sont même parfois plus efficaces que celles des médecins, des psychiatres et des psychologues euro-américains pour

des troubles psychiques d'origine non organique et, de manière générale, pour les maladies psychosomatiques de leurs concitoyens.

Une étude „empirique“ faite au Malawi (voir Peltzer, 1995) a tenté d'établir un rangement des cas les plus fréquemment traités par les tradipraticiens (indépendamment du succès et de l'échec). Cette étude les a regroupés en des catégories selon leur affinité. Il s'agit des :

- (1) *Troubles sociaux*. Cette catégorie comprend : les problèmes économiques et d'emploi, les problèmes familiaux, les problèmes de sorcellerie, de vols, de sécurité et différents problèmes légaux...
- (2) *Troubles psychonévrotiques*. Il s'agit de cas d'hystérie, de dépression névrotique, d'angoisse névrotique...
- (3) *Troubles fonctionnels psychotiques*. Cas de toutes sortes.
- (4) *Troubles psychosomatiques*. Il s'agit entre autres des troubles de menstrues, d'impotence, d'asthme...
- (5) *Troubles psychosociaux* chez les patients souffrant d'infécondité, de stérilité, d'épilepsie, de psychose organique, de handicap mental, de troubles de développement...
- (6) *Cas de réhabilitation psychosociale*. Il s'agit des soins des maladies chroniques et/ou terminales.

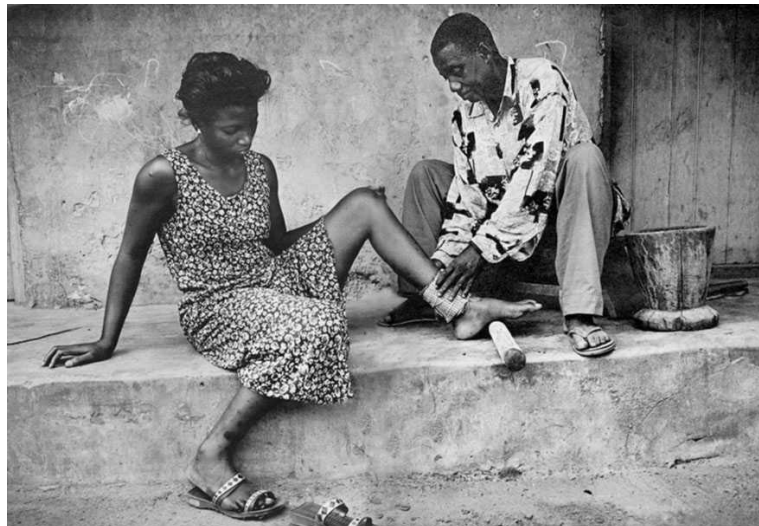
On peut considérer cette liste comme étant indicative pour les autres pays d'Afrique noire. Elle contient proportionnellement peu de cas de maladies organiques. Dans notre recherche de 1990 (voir Panu-Mbende, 1993b, annexe III), par contre, les sujets avaient rapporté relativement davantage des maladies organiques que des troubles psychiques. Voici notre liste : *encéphalopathie, kwashiorkor, avitaminoses, oxyuroses, épiglotite, pharyngite, amygdalite, hémorroïdes, hernie, diarrhées prophyses, tachycardie, obésité, splénomégalie, hépatomégalie, panaris, épilepsie, convulsions diverses, migraines*.

Cependant, que la liste de Peltzer contienne davantage des troubles psychiques ne nous surprend pas. Ceux-ci véhiculent presque toujours la vision que le groupe social a de l'homme et des rapports entre les membres. En ce sens, le guérisseur est plus indiqué pour les traiter (voir Panu-Mbende, 1994, 1997a).

Cependant, on retiendra que la consultation du *nganga* dépend de plusieurs variables, notamment de la représentation étiologique que le

patient se fait de sa maladie, de la proximité géographique avec lui et des moyens financiers disponibles. En plus, le fait de l'avoir consulté n'exclue pas nécessairement que le patient ait déjà été en médecine universitaire pour les mêmes troubles ni qu'il ne puisse s'y rendre après.

De toute façon, on voit clairement que les *nganga* ont encore de beaux jours devant eux. Et en considérant la détérioration progressive de la situation économique dans presque tous les pays africains, les tradipraticiens africains et les guérisseurs spirituels n'ont aucune raison de s'inquiéter sur leur profession.



*Photo 17 : Un guérisseur spécialiste des fractures (kalunga) en action. Il suffit généralement de quelques semaines pour que la fracture soit guérie.*

#### **2.6.3.2 Le prix des prestations**

Nous avons déjà signalé plus haut que la pratique de la guérison est vécue comme un service à la communauté (Katz & Wexler, 1989). Nous avons souligné également que le *nganga* en vit aussi. Comment cela se passe-t-il ?

Voici ce que Kalambayi-Nsumbu (1995) écrit à ce propos. « Un guérisseur dans le milieu rural ne vit pas de soins qu'il apporte aux malades... Il n'existe pas de tarifs fixes en fonction des séances thérapeutiques ou des produits prescrits. Le prix demandé a d'abord

une valeur symbolique, il s'inscrit dans la logique de don et de contre-don. Le *nganga*, en recevant un patient, s'engage à lui faire don de sa propre vie; il se fait l'allié du patient... Ainsi, le prix à payer n'est pas une contre-valeur des prestations mais un rachat symbolique et nécessaire pour préserver le guérisseur des conséquences de sa prise de position contre l'ennemi se trouvant derrière le mal, ou pour assurer l'efficacité de l'acte thérapeutique posé ».

« A titre d'exemple, voici un cas rencontré à la maternité<sup>143</sup> : *“A la maternité, les responsables qui sont des religieuses avaient remarqué que toutes les femmes qui accouchaient remettaient une somme d'argent aux accoucheuses. Les religieuses en conclurent que les accoucheuses exigeaient illégalement de l'argent aux parturientes alors qu'elles touchaient leurs salaires. La pratique fut interdite, mais sans succès parce que, dans les coutumes, on remet à l'accoucheuse une poule pour la purification du sang touché et pour souhaiter le bonheur au nouveau-né. La maternité n'avait pas transformé les représentations mentales ni des accoucheuses ni des parturientes. L'argent remplace la poule, les femmes continuent à payer leur dû aux accoucheuses à l'insu des responsables. Les coutumes sont préservées au sein de cette nouvelle institution sanitaire. La forme a changé : on paye de l'argent à la place d'une poule. Mais la pratique demeure”*.

« Soigner gratuitement ne se conçoit que dans le cadre de la parenté : la consultation d'un thérapeute qui est membre de la famille se fait gratuitement en raison de la solidarité conçue comme une dette mutuelle. Cela explique l'élargissement des liens de parenté par diverses stratégies qui donnent accès aux soins gratuits garantis par la solidarité » (Kalambayi-Nsumbu, 1995, pp. 57-58).

Il y a dans cette explication que Kalambayi-Nsumbu rapporte une part d'idéologie. Il est vrai que les soins sont principalement un service rendu à la communauté et à travers celle-ci à soi-même compte tenu de l'appartenance *membrale* à son groupe, comme nous l'avons déjà clarifié.

---

<sup>143</sup> Il s'agit de la maternité de l'hôpital de Ndeksha, au Kasayi Occidental, en R.D.C. où l'auteur a mené son enquête.

Mais il est tout aussi vrai que le *nganga* vit de son service. C'est pourquoi les secrets de l'art de guérir sont jalousement gardés par leurs détenteurs. Même si parfois il ne fixe pas de tarif, il perçoit tout de même quelque chose. Et pour ne pas devoir recourir à une tarification, ce qui ferait du service une marchandise, on a créé l'idéologie – combien opérante – de l'inefficacité éventuelle du médicament en cas de non perception d'un paiement. Ce qui laisse une grande marge de générosité au bénéficiaire des soins, d'autant plus que le *nganga* a hypothéqué sa propre vie contre celle de l'ex-patient.

Aujourd'hui, dans les villes surtout, les soins des *nganga* se font payer parfois très cher. Néanmoins, lorsqu'il s'agit d'un vrai *nganga* et non d'un charlatan quelconque, les prix restent abordables et le mode de paiement est très souple. On peut payer directement ou par échelonnement, on peut payer en monnaie, en nature ou en services rendus au *nganga* et/ou à sa famille. Dans le cas des Églises indépendantes, on peut rendre des services à la communauté religieuse.

## Conclusion

Ce deuxième chapitre a montré que le *muntu* se conçoit comme une unité tridimensionnelle : il est relié ontologiquement à Dieu, à la communauté des vivants et des morts, et au cosmos. Chacune des dimensions de sa personnalité étant ainsi en interdépendance et interconnexion avec les autres.

Comme le dit bien Lambo (cité par Ebigbo, 1989b), « La pensée africaine ne tire pas de ligne entre le vivant et le non-vivant, le naturel et le surnaturel, le matériel et l'immatériel, le conscient et l'inconscient. Tous ces phénomènes que l'Occident considère comme opposés sont perçus en Afrique comme constituant une unité. Le visible et l'invisible existent dans une "*membralité*" (ou une interdépendance) dynamique (in a dynamic interrelationship). Le passé, le présent et le futur se glissent harmonieusement l'un dans l'autre. Le monde du rêve et le monde éveillé expriment la même réalité » (Ebigbo, 1989b, p. 91).

En y regardant de plus près, on voit que cette vision négro-africaine de

l'homme se résume dans un seul concept : **membre**. La théotropie veut dire qu'il est membre de la famille de Dieu. C'est pourquoi il ne se gêne pas à le nommer père et chef coutumier. L'osmose cosmique de son côté veut relever sa filiation à la famille univers, *kosmos*. Aussi considère-t-il la terre comme sa mère dans le sein de laquelle il rentre pour sa régénération (à la mort) et qui ne peut que l'accueillir généreusement et chaleureusement. Et il considère chacun des étants comme *mwanetu*, (enfant avec nous), *Geschwister*, frère et sœur. Et il est évidemment membre de la famille humaine.

Cette *membralité* n'est pas seulement de l'ordre phénoménologique et sociologique. Elle est avant tout de l'ordre ontique, ontologique et existentiel. Elle n'est pas non plus un être de raison. C'est du senti, du vécu. L'être humain négro-africain se sent et se vit comme étant constitutivement et indissociablement de nature divine, cosmique et humaine, relié *membralement* à tout ce qui est.

En conséquence, dans le domaine de la santé qui nous concerne dans ce travail, la manifestation de la maladie au niveau du corps n'est pas de par elle-même suffisamment informative du point de vue étiologique. C'est un message qui est émis et qu'il faut interpréter en le situant à son juste niveau, en sachant que toute atteinte à l'une des trois dimensions constitutives de la personnalité du *muntu* (homme) a des répercussions sur les autres, et cela selon la gravité de l'agression. Aussi les soins à y apporter devront-ils être adaptés aux symptômes de la maladie et à sa cause. C'est le rôle de l'expert, c'est-à-dire du *nganga* (tradipraticien) et de l'allopathe (médecin), du psychologue et du prêtre.

Nous avons vu aussi qu'à l'intérieur de cette conception, la maladie est perçue comme un coup de frein dans la marche du *muntu* (homme) vers la plénitude de vie (santé). Aussi tente-t-il de comprendre cet événement, de lui donner sens et de trouver comment y remédier.

Nous avons pu ainsi découvrir la complexité du phénomène maladie et de son étiologie en contexte africain. Nous avons clarifié la figure du « sorcier » - l'antonyme du guérisseur - et montrer pourquoi il est si redouté en Afrique. Nous avons pu également apprécier différentes faces du *nganga*, guérisseur ou médecin traditionnel, auquel il incombe la lourde responsabilité de restaurer la vie en guérissant les maladies.



Et c'est avec plaisir que nous avons exposé une partie de ses innombrables techniques et moyens pour redynamiser la vie menacée.

En considérant la diversité des maladies et troubles qui affectent les humains en Afrique, la rareté et la cherté de la médecine universitaire et sa non préoccupation d'incorporer le facteur culturel dans la prise en charge des malades, on ne peut dire qu'une chose : le tradipraticien a encore de très beaux jours devant lui. Ceux qui prédisent sa mort devront attendre longtemps.

Ce chapitre a décrit les phénomènes principalement du point de vue ethnologique, anthropologique, en prenant rarement position. Le prochain chapitre va tenter de corriger cette lacune : nous voulons y faire une évaluation personnelle de la vision de l'homme et de la maladie en contexte africain dans une perspective psychologique.

## **Chapitre 3 : Considérations psychologiques sur la conception négro-africaine de l'homme et de la maladie**

«Il y a en quelque sorte, dans une société donnée, une seule grille d'interprétation du monde s'appliquant aussi bien au corps individuel qu'aux institutions sociales (Augé, 1991, p. 36).

### **Introduction**

Comme le titre l'indique, nous nous proposons dans ce nouveau chapitre, de relire - à partir des préoccupations psychologiques - certains éléments anthropologiques du monde négro-africain que nous avons décrit plus haut. Comme ils sont nombreux, - il s'agit bien d'une vision du monde -, nous en épinglerons seulement quelques-uns parmi les plus saillants. Ce choix n'implique pas que les éléments non traités cette fois soient moins importants ou inutiles. Des études ultérieures devront un jour continuer ce que nous amorçons ici.

Le chapitre comprendra les parties suivantes : d'abord un condensé de cette vision du monde, juste pour se rafraîchir les idées afin de pouvoir mieux suivre la suite, suivi de quelques critiques ; ensuite notre appréciation de cette conception traditionnelle négro-africaine du point de vue psychologique ; et enfin, notre appréciation de la thérapeutique des *nganga* sur les causes des maladies, le *diagnostic étiologique*, les techniques et les moyens thérapeutiques.

### **3.1 Rappel de quelques éléments de la conception africaine de l'homme dans le monde**

Cet alinéa présente d'abord la conception africaine de l'homme dans le monde. Nous le faisons sous forme de thèses ou d'axiomes puisqu'il s'agit d'un rappel des thèmes déjà largement développés au chapitre deux. Ensuite, nous signalons dans la foulée les principales critiques

africaines et euro-américaines de cette conception de l'homme dans le monde et les réfutons à l'occasion.

### 3.1.1 Conception africaine de l'homme dans le monde

1. L'homme est le sommet de toute la création, la meilleure des créatures de Dieu. Il contient en lui à la fois l'élément divin par excellence (la parole et le souffle) et le meilleur des éléments minéraux, végétaux et animaux. Il relève donc à la fois du monde divin et de l'univers créé. Aussi a-t-il la capacité d'interlocution aussi bien avec "l'Être" qu'avec "les étants". C'est pourquoi d'ailleurs on le considère comme créé complet (vollkommen), bien qu'il ne soit pas parfait (Diallo, 1997).
2. Il a pour mission de maintenir dans l'univers cet équilibre (l'harmonie) entre le divin et le naturel (le cosmique), d'une part, et entre le cosmique et le social, d'autre part, en conservant son propre équilibre intérieur, au niveau de sa triple dimension d'être "*théotropique*", tourné vers Dieu aussi bien qu'ouvert et relié ontologiquement aux autres humains et au cosmos tout entier. Il a la lourde responsabilité d'entretenir ce patrimoine reçu.
3. Il est, *ensemble* avec les autres membres morts ou vivants, fondamentalement co-responsable de la vie et de la survie de la collectivité. Il est tenu à respecter la hiérarchie sociale dans la vie communautaire, puisque l'ordre social hiérarchisé favorise la circulation optimale du flux vital dont chaque individu ainsi que la communauté ont besoin.
4. Cet intendant et sommet de la création se sait cependant fragile et vulnérable, sujet à des maladies et à la mort, bref à la diminution du flux vital.
5. Ces infirmités ont des causes multiples : (1) *Dieu, les ancêtres et la nature*, lorsque l'homme agit mal moralement - c.-à-d. lorsqu'il ne promeut plus la vie, le flux vital - ou simplement si la vie est arrivée à son terme normal ; (2) *les esprits de la nature*, lorsqu'ils estiment que leurs droits ont été lésés ; (3) *les autres hommes* : les envieux, les

jaloux, les méchants, bref les sorciers, les *bena mupongo*, *baloji*, *bandoki*.

6. Toutefois, ces effets négatifs qui viennent contrecarrer le grand projet de l'homme, son aspiration à une vie pleine, sans maladie et sans mort, peuvent être neutralisés (provisoirement), ou au moins atténués, par l'intervention d'une catégorie spéciale de personnes : les rois, les chefs et les jumeaux, mais surtout les *nganga*, ces spécialistes de la conjuration du malheur et de la régénération de la vie. Ces catégories de personnes disposent d'un pouvoir spécial qui leur permet de protéger et renforcer la vie. (Ils sont aussi inversement capables de la détruire : celui qui guérit, peut aussi tuer. Ils sont donc tous d'une certaine manière "sorciers"). Les jumeaux et certains de ces gens ont acquis ce pouvoir dès la naissance et ils l'exercent malgré eux ou indépendamment de leur volonté. Les autres – la plupart – l'ont développé consciemment en vue de la protection de la vie.
7. Les *nganga* sont des spécialistes des problèmes des hommes. Leur rôle fondamental consiste à permettre au flux vital de poursuivre généreusement son parcours (Cf. Kiev, 1989). C'est là le sens profond véhiculé sous les termes "*soins*" ou "*prise en charge*" des maladies.
8. L'éducation traditionnelle consiste principalement à inculquer les valeurs suivantes :
  - le respect de Dieu et le droit d'aînesse ;
  - la solidarité-responsabilité avec les autres membres, c.-à-d. les aînés (vivants et défunts), les pairs et les cadets ;
  - la soumission des intérêts personnels à ceux de la communauté ;
  - l'usage modéré des biens de la nature (au profit du groupe et à son propre profit).

De par son expérience, le *nganga* sait que cette conception et cette structuration de la société sont porteuses de conflits tant interpersonnels qu'intrapsychiques. Elles sont donc causes potentielles des troubles psychiques et des maladies somatiques. Par conséquent, en cas de maladie ou d'un malheur quelconque qui revêt d'une certaine importance aux yeux de la personne concernée et/ou

de la communauté, il sait *a priori* qu'il doit orienter sa recherche des causes du problème principalement vers l'axe relationnel. Cependant, quelle que soit l'importance de ce registre psychosocial, le tradipraticien sait aussi que la maladie peut n'avoir que des causes naturelles. Par conséquent, il adaptera son traitement à chaque cas.

9. Il soigne les affections des humains dans leurs dimensions physiques, psychiques, sociales, spirituelles et écologiques. Certaines affections nécessiteront l'intervention à plusieurs niveaux à la fois. D'autres se limiteront à une seule dimension. Il agit tantôt comme médecin (Cf. le recours au diagnostic médical et aux médicaments), tantôt comme psychologue et prêtre (Cf. l'utilisation d'un diagnostic et d'un traitement psychologiques, le recours aux rites et aux incantations...), tantôt comme conseiller social et expert en écologie... Il est fondamentalement holiste. Il n'a qu'une question : *comment restaurer le bien-être de l'individu et de la collectivité dont la maladie ou le malheur présents sont des signes de sa perturbation ?* Pour atteindre plus efficacement cette fin, il a imaginé et créé quantité de techniques dont plusieurs recoupent les techniques des psychothérapies euro-américaines modernes.

Voilà schématiquement exposée la vision traditionnelle que le Négro-africain a de lui-même et de l'univers dans lequel il vit, de la maladie qui vient le déranger dans son itinéraire terrestre et des moyens d'en venir à bout.

Cette description du "*Ntuisme*" (chap. 2, partie A) et du micro-événement "maladie" (Augé) et des différents positionnements des Négro-africains par rapport à elle (chapitre 2, partie B) relève de l'ethnologie ou de l'anthropologie culturelle. Or, on sait que ces disciplines sont controversées, autant par les Africains que par les Euro-américains, mais en recourant à un argumentaire divergent. Cependant lorsqu'on y regarde de plus près, on s'aperçoit que les arguments des uns et des autres relèvent tous du même registre : *la dimension politique du savoir scientifique*.

### 3.1.2 Principales critiques sur cette conception

#### 3.1.2.1 La critique des Africains et de la «gauche» euro-américaine

Comme on le sait, la critique de l'ethnologie et de l'anthropologie culturelle rentre dans le cadre général de la critique de la conception occidentale de la science. Elle est donc de l'ordre épistémologique. Ngoma Binda (1978) la décrit en termes «d'une interrogation épistémologique de l'ethnologie, recherche de ce lieu singulier qui donne naissance à un genre particulier de regard de l'un sur l'autre à partir de soi comme référence» (p. 92, cité par Ntambwe, 1998, p. 42).

Pour cet auteur, l'*ethnologie* est une "science coloniale", née avec la colonisation pour servir les intérêts de la colonisation. Ainsi parle-t-elle au nom des primitifs qu'elle réduit au silence pour ensuite se faire leur porte-parole et les présenter cependant non en fonction d'eux-mêmes, mais plutôt en fonction de l'attente des ethnologues. Science extravertie ou mieux «pseudoscience», elle veut enfermer l'Africain dans son passé, lie le progrès social au progrès technologique et se constitue comme instrument volontaire de l'impérialisme occidental (Cf. Mudimbe, 1973, 1982).

L'*anthropologie* n'est pas mieux perçue. Ainsi Buakasa (1977), anthropologue lui-même, la présente comme une "science régionale", essentiellement partisane, utilisant des concepts chargés d'histoire et d'émotions occidentales.

Nous trouvons la même critique chez un anthropologue euro-américain (suisse), Narby (1995), en des termes plus durs encore. Décrivant la crise de l'anthropologie au cours des années 60, crise survenue juste au moment où l'anthropologie croyait s'être enfin établie au sein de la communauté scientifique, Narby écrit :

«Cette crise précipita l'anthropologie dans le doute et l'autocritique. Les anthropologues se rendirent compte que leur propre présence changeait les données, *qu'ils étaient eux-mêmes des sortes d'agents coloniaux, et, pire encore, que leur méthode de travail était biaisée.* En effet, l'observation participante est un contre-sens, car il est impossible à la fois d'observer les gens de haut et de participer à l'action à leur côté, de

regarder le match de la tribune tout en jouant sur le terrain. Par sa démarche, l'anthropologue se condamne à 'danser sur le fil d'un paradoxe' et à jouer le rôle schizophrène du commentateur-joueur. De plus, son regard éloigné, qui faisait de lui 'l'astronome des sciences sociales', était incapable de s'apercevoir lui-même. Ainsi, les anthropologues qui aspiraient à l'objectivité grâce à cette perspective, oubliaient d'exposer leurs *a priori* dans leurs analyses. Ou, comme l'a dit Pierre Bourdieu, l'objectivisme omet d'objectiver sa relation objectivante. (...) L'anthropologie se mit ainsi à prendre conscience que *son propre regard était un outil de domination et qu'elle n'était pas seulement née dans le colonialisme, mais qu'elle servait encore la cause coloniale par sa propre pratique. Ce que l'on a appelé "le langage neutre et supra-culturel de l'observateur" était en réalité un discours colonial et une forme de domination*». (Nous soulignons). «Le salut, pour la discipline, consista à accepter qu'elle n'était pas une science, mais une *forme d'interprétation*» (Narby, 1995, pp. 20-21). L'auteur fournit quelques bonnes indications bibliographiques sur cette autocritique.

Ces critiques proposent comme remède à cette situation la réévaluation des concepts, l'adoption d'un nouvel ordre du discours, car, comme dit Ki-zerbo (1980), «la dépendance commence par le verbe». «Il s'agit ainsi, pour nous Africains, selon V.Y. Mudimbe (1982), "de re-analyser pour notre compte les appuis contingents et les lieux d'énonciation, de savoir quels nouveaux sens et quelle voie proposer à nos quêtes pour que nos discours nous justifient comme existences singulières engagées dans une histoire, elle aussi singulière"» (Ntambwe, 1998, p. 44).

### **3.1.2.2 La critique des Euro-américains et d'un autre groupe d'Africains**

Comme on s'en doute, il existe une autre tendance critique : celle des Euro-américains et des Africains dont la philosophie est désignée par les intéressés eux-mêmes comme *courant critique tourné vers l'avenir*. Leurs contradicteurs, par contre, les considèrent comme des *révisionnistes à la solde de l'impérialisme culturel de l'Occident*.

Cette tendance dénonce chez l'Africain (chez l'intellectuel surtout) la valorisation et la prépondérance du passé sur les autres dimensions de l'histoire. Pourtant, c'est ce passé avec son système d'éducation et d'initiation qui explique la débâcle historique de l'Afrique dans le concert des nations. A quoi sert-il dès lors, se demandent les tenants de ce courant, de recourir encore à ce passé et surtout de le mystifier en le présentant comme contenant des solutions aux problèmes actuels de l'Afrique, problèmes qu'il n'a pas connus et ne pouvait s'imaginer ?

C'est ainsi qu'ils conseillent aux chercheurs africains de s'intéresser davantage aux Africains actuels, lesquels, affirment ces auteurs, n'ont pratiquement plus rien en commun avec le monde de leurs ancêtres qui passionne tant l'ethnologie et une certaine anthropologie culturelle. Et ils concluent : «So, the question, having come thus far is, where do we go from here? How do we develop a technical disposition/entrepreneurship? The simple answer is that we need to have appropriate basic and secondary ideology. ATR/T (African Traditional Religion/Thought) is obviously inadequate. And we need to fully internalize substitute ideology as quickly as possible. We have the option of developing a basic ideology ourselves or *employ a received one*» (Agbakoba, 1998, p. 238. Nous soulignons).

Cela pour les plus radicaux. Les modérés d'entre eux, par contre, invitent à une position que l'on peut croire comme conciliatrice : «Il faut aller au cœur de nos mœurs et coutumes pour extirper la fange qui empêche nos sociétés de se mouvoir vers la modernité. Cette révolution des mentalités, sans laquelle il ne peut y avoir de "transfert" de technologie, nous devons la faire nous-mêmes» (Etounga Manguele, cité par Ntambwe, 1998, p. 54).

Cette solution "modérée" suscite, cependant, un nouveau problème : quels sont les critères à partir desquels on doit opérer ce tri et qui les édicte ? La réponse ne peut être que : "la modernité", c.-à-d. les valeurs du monde euro-américain présumées universelles. C'est ici que le bas blesse.

Nous avons affirmé plus haut que les deux groupes de critiques relèvent du même registre : la dimension politique du savoir scientifique. En effet, l'un et l'autre sont en situation de révolte sociale. Le premier



groupe se révolte contre l'utilisation abusive de ces sciences en vue de légitimer "scientifiquement" - *a posteriori* - les théories racistes de la supériorité de la race blanche. Et l'on sait que ces théories étaient et sont elles-mêmes au service de l'exploitation économique.

L'évolution ultérieure de ces disciplines a eu un effet plutôt positif, notamment la relativisation des civilisations et cultures qui se considéraient comme centrales pendant qu'elles considéraient (et *devaient* considérer) les autres comme périphériques ou plutôt comme des épiphénomènes. «Dès lors, qu'elle soit scientifique et rigoureuse, toute prise de parole demeure, disait Certeau (1969), *pratique localisée* et ne produit qu'un *discours régional*. Elle ne devient donc sérieuse que dans la mesure où elle explicite ses limites en circonscrivant son champ propre par rapport à d'autres également irréductibles» (Ntambwe, 1998, pp. 64-65). Voilà le nœud de leur problème.

C'est à cause de cette évolution, pensons-nous, que le deuxième groupe se sent mal à l'aise, du moins ses tenants Euro-américains, dans la mesure où ils ne sont pas encore prêts à accepter que ladite "culture occidentale" soit aussi provinciale ou régionale que les autres. Une vérité dure à avaler, émotionnellement ! C'est cette révolte et ce refus émotionnel que nous appelons utilisation politique du discours anthropologique<sup>144</sup>.

Quant à ceux qui considèrent la défaite de l'Afrique comme totale et à tous points de vue, on devrait leur rappeler que 'les vainqueurs d'aujourd'hui ont été souvent les vaincus d'hier' et que, comme le disaient les Grecs autrefois, « la victoire change de camp et même de personnes » ! De plus une victoire n'est jamais totale à tous points de vue. C'est la Grèce vaincue militairement et politiquement qui vaincra Rome culturellement et en quelque sorte la civilisera. Ceux qui parlent

---

<sup>144</sup> Parin, Parin-Matthèy & Morgenthaler (1982) ont signalé judicieusement que pratiquement tous les professionnels (psychanalystes) euro-américains sont si incroyablement imbus de leur culture qu'ils présument facilement que la forme de leur société est la norme universelle et, par conséquent, ils n'envisagent pas un seul instant que la théorie psychanalytique puisse être modifiée suffisamment à la lumière des expériences des peuples non euro-américains. Lire aussi Singleton (1997) et van Quekelberghe (1995) auxquels nous avons déjà fait allusion.

de la défaite de l'Afrique comme totale et à tous points de vue devraient revoir leur copie pour généralisation abusive et cécité historique<sup>145</sup>.

Cela dit, nous retiendrons de leurs critiques que nous devons rester vigilant dans le recours à ce discours : veiller à ne pas enfermer l'Africain dans le passé, mais prendre en considération l'indéniable distance historique et culturelle de l'Africain d'aujourd'hui par rapport à la culture de ses ancêtres. Nous espérons que cela pourra apparaître suffisamment dans les paragraphes qui vont suivre qui tentent une appréciation critique de ces données anthropologiques.

### **3.2 Notre appréciation de la vision négro-africaine du monde et de l'homme dans le monde**

« "Wirklichkeit" ist den Menschen nicht objektiv vorgegeben, sondern wird von ihnen über einen gesellschaftlich definierten Wissensvorrat angeeignet. Dieser Wissensvorrat enthält jedoch nicht nur Aussagen darüber, wie die Welt beschaffen ist, sondern auch darüber, was in ihr erstrebenswert, was erlaubt und unerlaubt, gut und böse ist. Die normative Struktur des Wissensvorrates garantiert die Verinnerlichung gesellschaftlicher Wertsetzungen in das individuelle Denken, Fühlen und Handeln. Es ist für die um eine theoretische Fundierung bemühte klinische Psychologie wichtig, sich die Reichweite der gesellschaftlichen Dimension dieser Verinnerlichung zu vergegenwärtigen » (Siegrist, 1990, p. 325).

Cette partie du travail tente justement de progresser dans le sens du souhait de Siegrist. Elle veut faire ressortir l'importance psychologique de certains de ces éléments de la structure normative de la conception africaine de l'homme dans ce monde que l'individu est appelé à intérioriser.

L'élément le plus frappant dans cette vision est *l'importance accordée au contexte*, c.-à-d. à l'environnement vital dans lequel l'individu se trouve jeté et qui est en interaction et en transaction avec lui. Ce contexte présente une structure tridimensionnelle. Il est à la fois : biophysique ou écologique, social et spirituel. Cette multidimensionnalité confirme ce que tous les experts ont déjà relevé : la conception africaine de

---

<sup>145</sup> Point de vue exprimé par le Prof. Bimwenyi-Kweshi durant un des entretiens que nous avons eus avec lui lors de son séjour à Landau (B.R.D.) en novembre 2002.

l'homme dans ce monde est *holiste* et – nous ajoutons – *systémique*.

Notre réflexion saisira d'abord ces différentes dimensions en soulignant la pertinence du point de vue psychologique de les accentuer comme le fait la tradition africaine. Ensuite nous en relèverons la dimension systémique. Enfin l'exposé du modèle théorique de Peltzer montrera que cette vision concerne aussi l'Africain contemporain.

### **3.2.1 Environnement biophysique ou bioécologique : (Cf. Membralité cosmique)**

L'environnement biophysique ou bioécologique renvoie à l'espace physique en tant que tel dans lequel cohabitent les plantes, les animaux, l'être humain et les esprits de la nature. Bien plus, chacun de ces êtres est un élément de l'espace cosmique et l'homme en tant que dernière créature dans cet espace contient en lui des éléments de tous ceux qui l'ont précédé. Il est ainsi en quelque manière chacun d'eux. Aussi est-il ontologiquement capable d'interlocution avec eux, comme Bimwenyi (1981) l'a si bien dit.

On comprend dès lors que son bien-être soit dépendant des variations qui surviennent dans la nature : les variations des saisons, le chaud et le froid, le sec et l'humide, etc. Réciproquement, même si l'on ne peut pas le prouver sur le modèle expérimental, les changements qui interviennent dans l'homme influent aussi sur l'environnement écologique. C'est ce que s'efforcent de démontrer les multiples études contemporaines sur « la conscience »

Pour le traditionnel africain, il va de soi que la nature subisse des contrecoûts du mauvais comportement de l'homme. La sécheresse, les pluies diluviennes, l'infertilité du sol, la diminution du gibier, etc., sont interprétées comme des conséquences du comportement répréhensible. Par contre, les variations normales des saisons, la fertilité des sols et l'abondance du gibier et du poisson, etc., sont un signe évident de la bénédiction de Dieu et des Ancêtres, parce que l'homme vit conformément aux normes morales.

Cette conception a pour conséquence psychologique que l'homme se sent dépendant et responsable de son milieu écologique. Bien avant les

études sur le chaos, les recherches en neurobiologie et les nouvelles recherches en physique quantique et leurs répercussions sur nos connaissances du phénomène « conscience » – elles ont à peine commencé et déjà elles nous poussent à relativiser certaines de nos théories scientifiques (p. ex. le modèle évolutionniste néodarwinien, Cf. van Quekelberghe, 1996), bien avant le courant systémique et les mouvements écologiques contemporains, la psychologie „intuitive“ négro-africaine avait donc déjà souligné avec force l’interdépendance entre l’être humain et son contexte biophysique<sup>146</sup>.

Alors que la pensée biblique<sup>147</sup> recommande „de *soumettre* et de *dominer* la terre“ (Gen 1,28) – ce qui a conduit aux immenses progrès dont nous jouissons aujourd’hui, mais également à la destruction de notre biotope –, la pensée africaine a plutôt encouragé son exploitation respectueuse : l’univers ne nous appartient pas, il nous est provisoirement confié et nous devons le partager avec d’autres êtres. Notre bien-être physique, psychique, social et spirituel s’en portera bien si nous n’abusons pas de notre écosystème.

C’est ce discours qui est transmis par ce langage mythico-religieux de la nature qui souffre à cause de l’inconduite des hommes et qui se permet de les *punir* jusqu’à ce qu’ils comprennent et qu’ils changent de comportement. Les *esprits de la nature* (les esprits des forêts, des eaux, des montagnes...) sont les agents chargés d’exécuter la sanction. Au niveau psychique, celle-ci consiste entre autres en la possession par les esprits, c.-à-d. en des manifestations de folie.

### **3.2.2 Environnement social (Cf. *membralité horizontale*)**

L’environnement social renvoie aux relations entre les êtres humains visibles et invisibles : les défunts, les vivants actuels ainsi que ceux qui

---

<sup>146</sup> La pensée traditionnelle africaine partage avec d’autres pensées traditionnelles – d’autres psychologies „intuitives“ - (asiatique, latino-américaine et même européenne) cette prise en compte de l’interdépendance entre l’homme et son milieu.

<sup>147</sup> Van Quekelberghe (1999) qualifie et définit cette mentalité ou cet état d’esprit comme „une conscience anthropocentrique babylonienne et romaine caractérisée par un monumental contrôle et une soumission de la nature“ (p. 4). A la suite de Naess (1973), qui, avec son concept de „*deep ecology*“, rejetait tout esprit de domination de l’être humain sur la nature, il prône une profonde solidarité entre l’homme et la nature. Ce qui implique un profond changement d’état d’esprit.

doivent encore naître. Il comprend donc la micro et macro-société. Grâce au développement de la psychologie sociale, le psychologue clinicien sait aujourd'hui qu'il ne peut plus se permettre de minimiser l'importance de la dimension sociale au niveau de la compréhension du comportement de l'individu, de l'étiologie des troubles, de leur prévention et de leur traitement.

La psychologie „intuitive“ négro-africaine souligne cette dimension de manière plus radicale encore. Elle ne se contente pas de reconnaître comme en psychologie universitaire et en systémique, qu'il existe une influence réciproque entre l'individu et son groupe. Elle va plus loin et soutient que le groupe constitue une dimension intrinsèque de l'être de l'individu. Celui-ci passe (doit passer) par trois phases dans son développement intrapsychique : *monade* (simple individu, « projet de personne ») à la naissance, il doit devenir à l'âge adulte *dyade*, couple homme-femme, et enfin *triade* (père-mère-enfant) et encore mieux *foule* ou *communauté*.

Ces phases ne doivent pas être réduites à des rôles et/ou statuts sociaux. Elles sont plus que cela. Ce sont des états psychiques durant le développement psychoaffectif de l'individu. Ce développement, écrit Mveng (1979), dévoile « la structure fondamentale de la personne humaine, qui, parce qu'elle est essentiellement un faisceau de relations interpersonnelles, est à la fois *foule* et *communauté* » (Mveng, 1979, p. 101. Nous soulignons). L'individu n'est donc pas lié aux autres parce qu'il le veut ou qu'il l'a choisi. Il ne peut tout simplement pas être lui-même sans les autres, sans sa communauté, dont le noyau fondamental est la famille d'où il est sorti (Comparer avec Mukoma, 1994).

Avec une plus heureuse formulation, Collomb (1965) nous décrit en ces termes "la *membralité horizontale*", la relation à autrui, dans le contexte africain : « La relation à autrui, au monde, est adhésion, *fusion*, large *anastomose*. Elle facilite toutes les identifications, les projections, les confusions avec autrui et le monde. C'est l'éruption facile dans le monde ou l'irruption facile du monde dans soi » (Collomb, 1965, p. 228). Sans la communauté, l'individu serait un être tronqué, un monstre. « La relation a valeur d'existence et de force dans son actualité. Si

l'environnement se modifie brusquement, la relation se rompt et l'individu seul, isolé, n'existe plus. Le moi suit les fortunes de la relation, dont il est constitué dans un mouvement toujours actuel. D'où la fréquence des explosions délirantes dans toutes les conditions où la relation est menacée » (Collomb, 1965, p. 229).

Il ne s'agit donc pas, dans cette anthropologie, d'une relation d'extériorité ou de convenance et donc contingente, mais d'une relation existentielle, nécessaire, dans laquelle l'individu doit intégrer sa communauté au point de pouvoir s'exclamer dans sa plénitude d'être : « I am because we are and since we are, therefore I am » (Mbiti, 1970).

Dans l'article déjà cité (Collomb, 1965), l'auteur écrivait quelques pages plus haut que « La maturité affective dans les cultures traditionnelles serait caractérisée par l'étroite dépendance, la *fusion dans la pâte communautaire* (nous soulignons), le choix restreint à un nombre fini, limité de personnages (ou de rôles et de statuts) que la société a établis une fois pour toutes, et dans lesquels l'individu investit la totalité de l'existence » (Collomb, 1965, p. 217).

Il surenchérit plus loin en recourant au langage psychanalytique et écrit : « L'organisation psychosociale fonde la personne et le personnage : la personne, la couche protopathique ou, mieux, le noyau basal ; le personnage, les couches superficielles qui s'organisent sur les premières assises. Dans les cultures africaines, les premières couches sont édifiées dans les formes réussies, conformes au milieu culturel sans difficulté, sans obstacles, sans interdits, sans angoisse, organisées par un champ qui fusionne et ne sépare pas. Ici, la structuration génétique rejoint le mythe. La personne est prise dans autrui, mêlée dans la pâte communautaire » (Collomb, 1965, p. 235).

Peltzer (1989) précise quelques années plus tard en s'appuyant sur ses observations personnelles chez les Malawites : «The behaviour of the Malawian person is a manifestation of the collective virtue of the family and the group. *There is no necessity for him to internalize group norms since he is part of the group and its collective consciousness, which provides little room for guiding principles within himself. The traditional person identifies with the group in such a way that group actions or*

*responses are experienced as his own*» (Peltzer, 1989, p. 134. Nous soulignons).

On peut compléter cette idée en précisant que le Malawite dont il est question ne peut être qu'un individu *jeune adulte* ou *adulte*. En effet, celui-ci *n'a plus besoin* d'intérioriser les normes du groupe, puisque la société s'était déjà chargée de les lui inculquer en douceur depuis sa petite enfance comme étant les seules valeurs possibles et acceptables. C'est en ce sens également que l'on doit comprendre l'idée de Collomb selon laquelle la société traditionnelle offrait aux individus un nombre restreint, limité de personnages, c.-à-d. de modèles à imiter ou de valeurs à réaliser.

Nous insistons qu'il faut cesser de continuer à croire que, du fait de souligner si fort la vocation communautaire de l'homme, la société traditionnelle néglige ou pire encore étouffe l'individu. L'attente de la société est que tous les membres visibles et invisibles aident à la surveillance des normes et du comportement acceptable et favorisent la soumission à ces normes. On peut dire que le groupe détermine de façon relativement 'fixe', par le rituel des relations, le rôle et le statut de chacun. Mais, comme le dit Collomb (1965), c'est parce que «le salut de tous dépend de la fidélité avec laquelle chacun joue son rôle (et qu'il) est conforme à l'image pour lui fixée, une fois pour toutes, par la pression des mythes communautaires. Toute transgression est menace pour l'ordre et l'harmonie de l'ensemble» (Collomb, 1965, p. 229). Et la mort de l'ensemble signifie tôt ou tard la mort de l'individu.

Ce n'est pas tout. Pour Peltzer & Ebigbo (1989b), alors que du point de vue de la psychanalyse, le développement du *moi* est contrôlé par le *surmoi* qui a été introjecté et qui fonctionne de manière autonome, c.-à-d. qu'il agit indépendamment de l'environnement, les choses se passent autrement dans la psyché africaine. Cette dernière est formée par la conjugaison de deux instances : d'une part les normes sociales introjectées (le *surmoi*) et de l'autre, *l'Ego du groupe* qui soutient et contrôle le comportement de l'individu. (The "interjected outside instances which are there and which help to support and control the behaviour of the individual", p. 158).

La société traditionnelle croit que la discipline est à la fois *interne* et *externe*. «As an external thing, external agents help to enforce conformity. There are many proverbs, adages, songs, folktales that emphasize and remind individuals of external, discipline enforcing agents. However, traditional societies believe more in internally generated discipline which is seen as producing self control, self direction, self knowledge, self growth, self development, the upholding and symbolic defence of the family name, the community ego and the societal image» (Peltzer & Ebigbo, 1989b, p. 158).

La société traditionnelle considère l'autocontrôle non pas comme le résultat de la confluence des événements environnementaux seulement, mais plutôt comme déterminé également et surtout par des normes personnelles internes.

Cet Ego du groupe constitue une partie de la *conscience* de l'individu. L'autre partie étant constituée par quelque chose de propre et qui est permanent dans l'individu. L'interaction entre ces deux éléments explique l'autocontrôle.

Peltzer et Ebigbo (1989b) rapportent ceci dans leur article : « Traditional social support strategies provided a behaviour modification paradigm which helped to teach individuals directly and helped individuals acquire the skill to control themselves. (...) For example, the farmer could leave heaps or buckets of grains with various measures on top by the road side with symbols indicating the price of each heap of yam or measure of grains. Prospective buyers arrived, bought their requirements and left the exact amount. They never attempted to cheat, neither did any other fellow get there to steal away the money. Psychologically, it was believed that if you cheated, the ancestor, the gods or certain other forces were nearby to strike back at you sooner or later. What lay at the root of this traditional display of honesty and disciplined behaviour ? Was it religion, ethics, or morality ? The argument of this paper is that it was self-control. The type of things that individuals told the self after seeing others behave in certain ways, listening to others within the community, or being rebuked or praised, was contingent upon an action or inaction. Therefore, self control is therapeutic since knowing how to instruct yourself to behave according



to the norm improves your mental health» (Peltzer, 1989b, pp. 158-159)<sup>148</sup>.

Ce contrôle social intériorisé était si fort et si efficace que les sociétés africaines n'ont jamais eu besoin de développer dans leurs systèmes politico-administratifs une structure de police pour le maintien des mœurs et de l'ordre social. L'absence de la structure ne signifie pas qu'il n'ait pas existé de malfaiteurs dans ces sociétés, mais que la structure était superflue parce qu'il en existait déjà une et qui, en plus, ne coûtait rien à la communauté. La maladie et la mort constituent dans cette conception des sanctions normales qui découlent du verdict que l'individu prononce contre lui-même (plus correctement, le verdict de l'ego du groupe contre l'individu).

Il n'est pas rare d'entendre aujourd'hui l'accusation apparemment absurde selon laquelle, le christianisme a favorisé l'expansion du mal dans les sociétés africaines. Mise à part la dimension sociopolitique de ce message, i.e. la contestation du nouveau système issu de la colonisation, l'accusation constitue un constat de la confrontation certaine entre la vision africaine de l'homme et du monde véhiculée par la tradition et celle euro-américaine véhiculée par le christianisme. Selon ce dernier, l'individu n'a pas forcément de comptes à rendre à la

<sup>148</sup> Nous avons rencontré une pratique analogue dans un village allemand (Seebach) dans la Forêt Noire. Nous avons trouvé exposés sans surveillance, jours et nuits, des bouteilles d'eau de vie et des verres. Les promeneurs qui veulent boire un coup se servent et laissent le prix équivalent à leur consommation dans le tronc prévu à cet effet avant de poursuivre leur chemin. La pratique semble être déjà vieille de plusieurs années. Voir photos ci-contre : des jeunes gens qui compaient dans les environs sont venus boire un coup pendant la nuit pour perpétuer la bonne tradition. Mais il existe une différence entre cette pratique en Forêt Noire et le phénomène africain. En Allemagne, on se réfère à la responsabilité civique du citoyen. On ne fait pas intervenir l'instance « ancêtres » ou « Dieu ».



Photo 18 : Rafrachissement pour les promeneurs éventuels. Photo 19 : Un groupe des servants de messe de la paroisse Christ-Roi (Landau-Pfalz) partageant un verre d'amitié un soir dans « le bar » sans serveur.

communauté. Il peut ou ne pas le faire. S'il a commis un péché, il peut s'arranger tout seul avec son Dieu (selon le *protestantisme*) ou tout au plus dans le secret du confessionnal (selon le *catholicisme et l'orthodoxie*). Ce faisant, le christianisme abolissait du même coup les deux instances constitutives de la psyché africaine : l'ego du groupe et le contrôle social externe.

Le christianisme semble ainsi avoir "libéré" l'individu du contrôle de son groupe social. Mais cette libération est plutôt perçue comme l'établissement du règne de l'impunité et du libertinage. Si tel en est le sens aux yeux de la population, s'agit-il alors d'une libération ? Nous avons là un exemple de plus de cette méprise dans les relations tourmentées entre l'Europe et l'Afrique. Ceux qui réclament et proclament si haut et si fort que le salut de l'Afrique réside dans le renoncement à ces traditions qualifiées de "rétrogrades et despotiques" devraient d'abord y réfléchir à deux fois avant de se faire passer pour sauveurs de l'Afrique et "hérauts" de la modernité. Toute perturbation dans la vision du monde a inévitablement des conséquences dans le comportement de l'individu et du groupe.

Enfin, soulignons que c'est également cet ego du groupe qui fonde et explique les notions - dont nous avons parlé plus haut - de responsabilité et co-responsabilité de l'individu face à son groupe.

Du point de vue étiologique, le non-respect de cette dimension par l'individu le conduit d'abord à l'étiollement social qui se traduira ensuite progressivement en troubles psychosomatiques de plus en plus aigus pouvant conduire jusqu'à la mort physique. Il peut également induire différents troubles mentaux dont les bouffées délirantes, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité (personnalité antisociale, qui est le prototype de la sorcellerie, personnalité paranoïaque, etc.).

Ces troubles n'apparaissent pas seulement chez ceux qui ont effectivement enfreint la loi de la solidarité, mais également chez ceux qui auraient bien voulu remplir leur rôle, mais qui ne le peuvent pas concrètement, parce qu'ils n'en ont pas les moyens et qui restent pourtant sous la pression des autres membres de famille. Ceci se rencontre particulièrement chez les membres émigrés vers les villes ou

davantage encore chez ceux qui ont émigré à l'étranger. Auprès de ces derniers s'ajoutent en plus l'alcoolisme et des troubles dépressifs.

Ce dernier constat est le fruit de nos observations personnelles parmi les Africains (Congolais et Angolo-congolais) vivant en Europe (Suisse, France, Belgique et Allemagne) et non d'une recherche statistique. Nous ne disposons malheureusement d'aucune littérature relative à ce thème. Peut-être parce le phénomène est encore très récent.

Cette dimension de la vision du monde et ses conséquences ont inévitablement un côté éthique. Elles intéressent ainsi au premier plan les théologiens africains qui sont à la recherche de nouvelles orientations de la morale chrétienne africaine. L'un de ces théologiens, Bujo (1993), fait la réflexion suivante sur le comportement des Africains en cas de maladie : L'homme africain ne sépare pas la maladie du péché. A travers la confession des fautes, on peut diminuer les douleurs et même éloigner la mort. Ce fait est courant lors des accouchements difficiles et dans les longues et pénibles agonies. Autrement dit : *«La santé et la maladie ne doivent pas être perçues seulement sous l'angle psychosocial, mais aussi dans leur dimension religieuse et cosmique»* (Bujo, 1993, p. 172. Nous soulignons). Un enfant est-il malade, on doit aussi examiner si la mère est physiquement, psychologiquement, spirituellement et religieusement en bonne santé. Une mère dont la relation à l'enfant est perturbée peut être cause de cette maladie, tout comme la maladie de l'enfant peut détériorer la santé physique et mentale de la mère.

La dimension religieuse y est incluse en ce sens que la perturbation de la relation mère-enfant interrompt le flux de la force vitale qui vient des ancêtres. La même règle vaut pour la communauté. Si la communauté ne favorise pas les relations entre les membres, mais les détruit, elle rend malades ses membres. D'où les séances cathartiques pour les membres d'une famille ou d'une communauté lors d'une maladie quelconque d'un des leurs. Les bien-portants autant que les malades sont tenus à scruter l'état de leurs relations les uns envers les autres et à se réconcilier pour pouvoir recouvrer le bien-être.

Notons que les Églises indépendantes africaines et les groupes pentecôtistes ont dès le début placé cette dimension au centre de leur

activité religieuse. Ceci peut largement expliquer leur popularité dans les villes autant que dans les campagnes en Afrique mais également leur étonnante vitalité et effervescence ces vingt dernières années parmi les Africains vivant en Europe et aux États-Unis<sup>149</sup>.

Cette réflexion, fortement systémique et qui se passe de tout commentaire, nous introduit déjà dans le dernier aspect de la vision négro-africaine : l'environnement religieux ou spirituel.

### **3.2.3 Environnement religieux ou spirituel (Cf. *membra*lité verticale)**

Autant il est commode aujourd'hui de parler de la dimension écologique et sociale de l'homme, autant il est malaisé et particulièrement difficile dans ce monde sécularisé et technologisé de souligner l'importance de la dimension spirituelle et religieuse de l'homme et, pire encore, du monde. Le contexte euro-américain - dans lequel la prépondérance de la tradition scientifique est très forte - a, au mieux, relégué le spirituel dans la sphère privée, intime, au pire, il l'a caractérisé de monde pré-scientifique et suranné. La tradition africaine, elle, ne se gêne pas de la présenter comme l'une des constituantes fondamentales de l'être humain.

Cet environnement renvoie à Dieu, père primordial, créateur et guide de tout ce qui existe, au monde des ancêtres, des esprits et des génies ainsi qu'à une certaine expérience du mystérieux, de l'indicible. Cette conception affirme l'existence des forces invisibles pouvant influencer en bien ou en mal sur le cours des événements et de l'histoire. Ces forces se trouvent autant dans la nature que dans chacun des êtres humains.

En effet, chaque être possède un côté visible et un autre invisible. La plupart des gens s'arrêtent à la dimension visible et analysable et restent ainsi aveugles au côté invisible des choses, qui est pourtant, le plus souvent, la dimension la plus importante. Ainsi en cas de maladie, les gens "ordinaires" ne voient habituellement que le dysfonctionnement de l'organisme (la face visible de la maladie). Ils laissent ainsi passer inaperçu le message ou le sens (le côté invisible) qu'elle véhicule. De là

---

<sup>149</sup> La Belgique comptait en 2002 plus de 30 groupes de prières parmi les Congolais de la Diaspora.

la nécessité d'avoir des spécialistes qui puissent lire l'invisible dans le visible, déchiffrer le message des choses, repérer les forces cachées qui y sont à l'œuvre et les manipuler au profit du bien-être de l'individu et de la communauté.

Cette conception interpelle tous les professionnels de la santé et réserve de la place autant aux spécialistes traditionnels (Cf. chapitre 2, partie B) qu'aux modernes. Parmi ces derniers, on trouve le corps médical universitaire, évidemment dans les limites de ses capacités à prendre en considération la dimension psychosociale de la maladie.

Mais c'est surtout le domaine des psychologues (et psychiatres) et autres gens de religion, prêtres et pasteurs. Car, leur formation les a familiarisés avec (ou au moins sensibilisés à) l'invisible, même si celui-ci n'est pas toujours de l'ordre proprement spirituel. Comme les tradipraticiens, ils sont des intermédiaires entre le visible et l'invisible. Ils sont, à la lumière de la conception traditionnelle négro-africaine, des spécialistes de la manipulation de la force du verbe (de la parole)<sup>150</sup> au profit du bien-être de l'individu.

A ce niveau, il est sans doute important de souligner une dimension que la tradition scientifique euro-américaine laisse intentionnellement sous ombre, faisant des professionnels de la santé des bienfaiteurs nécessaires de l'humanité, "des chevaliers de la santé de l'humanité". Pour la sagesse africaine, comme pour le reste du «monde traditionnel», du «monde non-scientifique<sup>151</sup>», celui qui peut manipuler les forces de la nature est un personnage potentiellement dangereux : autant il est capable de protéger la vie, de faire du bien aux hommes, autant il peut leur nuire, il peut être un agent de la mort. Son option pour la vie ne doit pas découler automatiquement de la profession, mais doit être un acte délibéré de sa part (Nathan, 1994 ; Narby, 1995).

Contrairement au contexte culturel euro-américain, où le religieux et le spirituel constituent une dimension séparée des autres dimensions de

---

<sup>150</sup> Comme la profession de psychologue (clinicien) est inconnue en Afrique traditionnelle, pour pouvoir se faire accepter auprès de la population africaine ordinaire - en vue de ses recherches -, Karl Peltzer eut la géniale idée de se faire appeler «Docteur (médecin) qui soigne avec la parole». Cela s'articule bien non seulement avec la tradition clinique, mais également avec la tradition africaine de la parole, bref, il est l'homme à la forte bouche », l'incantateur.

<sup>151</sup> Nous opposons ici la tradition empirico-rationnelle, monocausale et linéaire à la tradition holographique (africaine, euro-américaine, asiatique...).

la vie - tels le matériel, le psychologique, l'humain - et constituent un monde à part, la vision africaine les intègre harmonieusement dans la vie quotidienne.

Katz & Wexler (1987), qui se sont particulièrement intéressés à la dimension spirituelle dans les thérapies africaines, écrivent : «Perhaps the foremost characteristic of healing as transformation is an emphasis on the spiritual dimension. As compared to most industrialised societies, the spiritual dimension in traditional societies is inseparable from everyday life, a fact of living more than a mysterious or mystical and distant phenomenon. By "spiritual" we mean *a dimension beyond the self where individuals are interconnected within a particular cultural context* (nous soulignons); while transcending the self, that dimension is practical and "near" the experience of self. Though representing a realm beyond the community, the spiritual dimension is also close at hand, directly engaged with the human community. The closeness of the spiritual dimension does not lead to a disrespect or diminution of its power, but instead generates a familiarity, even an intimacy with that dimension<sup>152</sup>. Healers are most dramatic in their affirmation of the spiritual as part of ordinary life. (...) Healers are not seeking to extricate themselves from a secular realm, to replace it with a spiritual dimension. They seek to remain within a community, meeting their daily responsibilities while exhibiting changed behaviour through a transformed state of consciousness» (Katz & Wexler 1987, p. 26).

Katz & Wexler poursuivent plus loin avec un brin d'exagération : «Si vous demandez aux guérisseurs traditionnels (*nganga*) ce qui (dans leur traitement) guérit, ils parleront de ce pouvoir spirituel de guérison. Si vous demandez aux médecins occidentaux..., ils vont parler de la technologie médicale comme le rein artificiel dans la dialyse ou des aspects de leur entraînement technique ainsi que de leurs connaissances médicales» (Katz & Wexler, 1989, p. 27)<sup>153</sup>.

---

<sup>152</sup> Cette intimité est ce que Lévy-Bruhl désignait déjà comme « participation mystique » (Cf. Cazeneuve, 1994).

<sup>153</sup> Ces auteurs exagèrent quelque peu. Nous avons posé cette question lors de notre enquête de 1990 auprès de la population congolaise. La répartition des réponses montre que la croyance en un pouvoir spécial des guérisseurs est très importante. Mais elle ne constitue pas l'unique explication de la guérison. D'après ces réponses, elle ne vient pas en première position, mais en deuxième. C'est donc, comme nous ne cessons de le soutenir, en fonction des maladies qu'on recourt à ces pouvoirs. (Voir Panu-Mbende, 1993, 1997) :

La croyance selon laquelle les *nganga* disposent d'une puissance spéciale qui leur permet de soigner et de guérir des maladies est fortement ancrée dans les mentalités africaines. Elle relève pour une bonne part du domaine de la superstition et de la magie. Mais elle n'est pas que cela. Elle exprime une autre dimension de l'homme et de l'univers, celle-là justement qui permet à l'homme de communier avec tout ce qui est. Une dimension familière aux mystiques de n'importe quelle religion et difficile à expliquer rationnellement et, pourtant, non moins réelle et pertinente, voire efficace lorsqu'on y fait recours.

Chez les Africains, cette dimension trouve son fondement dans la représentation de l'univers comme étant empli du verbe divin qui donne et protège la vie (cf. chap. 2). Toute initiation, plus particulièrement celle du *nganga*, a comme cause finale : rendre le néophyte attentif à l'omniprésence du verbe, de la parole lourde dans l'univers et au danger que cette parole représente si elle est mal utilisée, et par conséquent, lui apprendre à bien s'en servir au bénéfice de la communauté et de la vie tout court. Dans cet univers tout vit et invite à la vie.

C'est ainsi que depuis Tylor, cette représentation du monde se trouve affublée du terme méprisant à connotation hautement ethnocentrique "*d'animisme*". Cependant certains psychologues avertis trouvent dans cette représentation un message positif qui interpelle la vision techniciste euro-américaine contemporaine.

Van Quekelberghe (1996), par exemple, trouve que concevoir l'univers, le cosmos dans sa totalité comme *animé* (beseelt) n'est pas aussi "primitif" et dénué de sens que cela peut paraître à première vue. Le concept moderne de "biosphère" rejoint cette conception, dans la mesure où il renvoie à la stricte interdépendance entre vie, homme et matière. Même les astrophysiciens parlent de la *naissance* et de la *mort* des étoiles et des galaxies. Le guérisseur s'efforce d'entrer en contact avec les forces qui habitent dans la nature en tant que tout et dans chacune de ses parties. Il peut alors utiliser cette énergie revitalisante pour lui ou au profit du patient.

---

1) 85% des réponses attribuaient la guérison au pouvoir curatif des médicaments utilisés par les *nganga*.

2) 66 % des réponses l'attribuaient "aux pouvoirs" des *nganga* ainsi qu'à leurs connaissances.

3) 51 % l'ont attribué à l'invocation des ancêtres ainsi qu'aux rites.

De même, le fait que la conception "animiste" parle de la présence d'une multitude d'esprits invisibles (de/dans la nature) n'est pas non plus insensé, poursuit van Quekelberghe. Cela se comprend facilement du point de vue psychologique, si on est attentif au fait que les systèmes en tant que tout sont autre chose et plus que la simple sommation ou l'alignement de leurs éléments constitutifs les uns après les autres. (Un principe de base en systémique).

Alors que certains éléments ou aspects d'un système sont directement perceptibles au moyen des sens, les totalités par contre appartiennent au domaine de l'invisible. On ne peut les saisir que sous couvert de symboles, indices et symptômes. «En parlant de l'esprit de l'arbre, de l'esprit du ruisseau, de l'esprit de la forêt, la conscience animiste atteste clairement l'existence non directement perceptible des systèmes ou des totalités. Cela renforce considérablement la conscience "écologico-systémique". L'arbre, par exemple, n'est plus perçu seulement dans ses aspects partiels en tant que source de bois, mais aussi et premièrement comme un tout invisible appartenant lui-même au système invisible "forêt" et en fin de compte à l'univers invisible qui embrasse tout et qui est omniprésent».

Dans une autre publication (van Quekelberghe, 1999), il défend une thèse qui, sur le plan philosophique, renvoie quelque peu à Platon et à son allégorie de la caverne. Il soutient qu'il existe plusieurs mondes : notre monde quotidien, celui de la multiplicité phénoménale, du palpable et du visible, bref, le monde de la rationalité scientifique ; et le monde primaire, celui du «dreamtime» où tout est «holométrique», où l'un est dans le tout, où la partie et la totalité sont identiques. Ce monde primaire contient la source de la vertu curative. C'est en lui, lorsqu'il y accède, que le guérisseur (chaman) puise sa puissance de guérison.

Pour van Quekelberghe, l'animiste sait bien faire la distinction entre des aspects particuliers ou des comportements d'une personne et l'esprit ou la totalité qui habite cette personne<sup>154</sup>. Aussi tire-t-il (van Quekelberghe) alors cette conséquence : *«Même la maladie est plus et*

---

<sup>154</sup> Contrairement aux premières thèses de Lévy-Bruhl et auxquelles malheureusement beaucoup d'Euro-américains s'accrochent encore. Il serait intéressant de se demander pourquoi ils s'y accrochent tant alors que Lévy-Bruhl lui-même y avait renoncé en reconnaissant son erreur d'interprétation !



*autre chose que la somme de chaque élément perceptible ou des symptômes. Si cela est vrai, il n'y a qu'un traitement symbolique qui peut soigner la maladie. Exprimé en langage animiste, on dirait : "l'esprit" de la maladie doit être découvert et impliqué dans le processus de transformation»* (van Quekelberghe, 1999, p. 10. Nous soulignons).

L'auteur abonde ici dans le sens de l'idée que nous avons soutenue au début de ce paragraphe et plus haut encore lorsque nous avons parlé du corps dans la médecine négro-africaine. Tout comme il existe un corps visible et un corps invisible, ainsi en est-il aussi de la maladie. Elle comprend à la fois un côté visible (les symptômes du dysfonctionnement de l'organisme) et un autre invisible (le sens ou le message qu'elle véhicule). Si donc les médicaments peuvent soigner les symptômes, il faut autre chose pour s'occuper du sens. Dans la médecine traditionnelle, c'est surtout à la partie rituelle que reviendra cette tâche. En médecine technologique, ce devra être l'ensemble du travail d'accompagnement du patient. Est-ce pour bientôt la généralisation de la conscience de l'importance de cette prise en charge ?

A l'occasion d'un colloque sur les rapports entre l'anthropologie et la médecine (Lausanne, avril 1999), le professeur Assal de la faculté de médecine de l'Université de Genève faisait remarquer qu'il y a statistiquement plus de suicides chez les gens après leur guérison d'une affection très aiguë qu'après l'annonce de la maladie elle-même ou pendant son traitement. Il expliquait cette situation paradoxale par le fait que les médecins particulièrement, mais aussi tout le personnel soignant, ont appris à *combattre (à se battre contre)* l'affection, mais pas à encadrer la personne. Il rajoutait qu'une étude américaine assez récente aurait mis en lumière que l'étudiant en médecine perdait ses capacités d'empathie (dans le contexte hospitalier) au fur et à mesure qu'il progressait dans ses études médicales (Cf. Assal, 1999).

Van Quekelberghe n'est pas le seul psychologue clinicien qui considère positivement la dimension spirituelle exprimée dans la vision du monde dite animiste. Katz & Wexler (1989) aussi. D'après ceux-ci, le concept de *puissance de guérison* ou *pouvoir guérisseur* qu'on attribue aux tradipraticiens - et qui relève de la dimension spirituelle - ne devrait pas

être négligé par les praticiens universitaires. Ils estiment qu'il a des implications fondamentales pour la pratique thérapeutique aujourd'hui. Aussi conseillent-ils : «If as clinical psychologists, for example, we realise that a healing power exists, we could go beyond a reliance on our own personal knowledge and techniques to draw upon broader healing powers that exists within the client, within her family, her community and her experienced universe. The research on the actuality and effectiveness of these other sources of healing is too promising to overlook» (Katz & Wexler, 1989, p. 27).

Dans le sens où ces auteurs parlent, ce *pouvoir guérisseur* peut ainsi partiellement se comprendre avec cela auquel différentes thérapies d'inspiration universitaire font recours aujourd'hui et qu'elles préfèrent désigner avec un terme plutôt profane comme *ressources*. Nous noterons cependant que celles-ci sont *non matérielles* et par conséquent invisibles et spirituelles. Cela ne les rend pas pour autant inefficaces. La tradition négro-africaine a bien raison de l'avoir toujours présumé et d'en avoir toujours souligné l'importance. Bien entendu, sa conception va bien loin au-delà du simple niveau psychosocial des ressources auxquelles les psychothérapies universitaires et les services sociaux font appel.

Cette troisième dimension du monde négro-africain joue un rôle plus prépondérant au niveau de la compréhension de la maladie et surtout au niveau de l'intervention, c.-à-d. du traitement. Toutefois du point de vue de l'étiologie, nous renvoyons à ce que nous avons déjà dit en parlant de l'environnement bioécologique, à savoir qu'il existe des « esprits de la nature » et qu'ils peuvent se charger de sanctionner le comportement irresponsable des hommes envers la nature, envers les autres humains et envers eux-mêmes parce qu'ils sont éléments de la nature, qu'ils sont constitutivement membres de l'environnement écologique.

### **3.2.4 Une conception holiste et systémique**

#### **3.2.4.1 Une pensée systémique**

Nous aurions pu insérer ce paragraphe comme clause de cette partie que nous venons d'exposer. En effet, la mise en valeur de ces trois contextes dans la vision négro-africaine suffirait déjà pour faire accréditer cette conception de *holiste*, voire de *systémique*. Mais cette dimension est devenue tellement importante dans la pensée contemporaine que cela vaut la peine que nous lui consacrons un paragraphe à part.

Une conception systémique du monde peut être définie (décrite) comme une vision rebelle à la prépondérance et à la dominance de l'hémisphère gauche du cerveau et donc rebelle à une conception caractérisée par un raisonnement qui recourt (exclusivement) à un mode de fonctionnement linéaire avec une logique alternative ("ou A ou B") et une modalité temporelle dichotomico-diachronique (avec une distinction nette entre le passé, le présent et le futur). Positivement, nous la définirions comme une conception dans laquelle on accorde une bonne place à l'hémisphère droit avec sa logique englobante de "*non seulement..., mais également...*" (van Quekelberghe, 1996), sa perception holistique, non linéaire, à modalité temporelle symbiotico-synchronique. Elle souligne fortement l'interdépendance des éléments d'un même système ou sous-système.

Dans un travail antérieur (Cf. Panu-Mbendele, 1997), nous avons essayé de comparer les techniques utilisées en thérapie systémique à celles des *nganga* africains. Il nous est apparu au cours de cette recherche que la vision du monde et de l'homme de la systémique recoupait en bien des points la vision négro-africaine. Étant sauve, bien entendu, cette grande différence que la théorisation systémicienne est explicite et rattachée à des théoriciens précis, tandis que celle négro-africaine est implicite et impersonnelle, et se présente plutôt à l'état brut qui nécessite un second travail d'extraction pour la rendre explicite et directement à la portée de tout utilisateur éventuel<sup>155</sup>. Voici

---

<sup>155</sup> On sait que toute thérapie est un art et exige, par conséquent, beaucoup d'intuition et d'expérience de la part du praticien, pour trouver au moment opportun la technique la plus appropriée. Cette situation est rendue plus ardue encore dans un contexte d'une théorisation implicite comme c'est le cas dans la

quelques-uns de ces éléments de l'épistémologie systémique qui recourent la vision négro-africaine. Nous préférons les présenter de manière brute, axiomatique, sans nous étendre sur leur développement.

1°. La pensée euro-américaine a toujours considéré l'individu comme la plus petite unité du système humain. Mais pour l'épistémologie systémicienne, l'individu n'est pas de par lui-même une unité viable. Il lui faut un contexte susceptible de contenir la vie et de la promouvoir. Hegel ne disait-il pas déjà de manière prégnante : « Das Ich ist abstrakt, der Sozial ist das Konkrete » ? En conséquence, la plus petite unité est plutôt l'individu en interaction et transaction avec son environnement physique, "biosocial", culturel et social (Guntern, 1984). L'individu est déjà lui-même un système. Il est à la fois *corps-esprit-environnement* ou *contexte*.

2°. Ce contexte est multidimensionnel. D'après Duss-von Werdt (1991), il contient :

- a) une *dimension physique* : paysage, agglomération, réseau de trafic, climat...
- b) une *dimension biopsychosociale*, c.-à-d. une dimension qui concerne les êtres vivants : plantes, animaux, hommes ;
- c) une *dimension sociale* : micro et macro-société ;
- d) une *dimension politique, économique, culturelle et religieuse*.

Pour pouvoir exister, l'homme a besoin - ainsi que le soulignait déjà Hippocrate en son temps - d'une nourriture saine, de l'air et de l'eau propres, des marques d'affection et d'amour, d'une communauté, de quelques confrontations et de défis. Tous ces éléments le façonnent et lui permettent de se développer.

3°. L'individu fait partie d'un tout qui le dépasse, et il est viable si seulement il est élément de ce tout. Mais essaie-t-il de s'élever au-dessus de ce tout qui le contient, il court alors le danger de détruire les fondements mêmes sur lesquels repose sa vie et il se détruira lui-même *ipso facto*. C'est cela que Bateson (1980) exprime en d'autres termes lorsqu'il écrit : « L'unité de vie réelle est "l'organisme **plus**

---

pensée traditionnelle africaine. Le praticien n'a pas l'opportunité de se référer à un manuel ou un recueil, par exemple, où il peut à loisir étudier et comparer différentes options possibles. C'est pourquoi, des études comme notre tentative actuelle sont particulièrement importantes parce qu'elles aident à expliciter cette conception.

l'environnement". Et, depuis un moment, nous sommes en train d'apprendre à force d'expériences douloureuses et amères, que l'organisme qui détruit son environnement se détruit lui-même» (Bateson, 1980, p. 241).

- 4°. Par conséquent, on doit bien admettre que l'homme est nécessairement dépendant de son environnement ou plutôt interdépendant avec cet environnement.

Le développement d'un homme signifie le développement de son écosystème individuel. C'est pourquoi – contrairement à ce qui est souvent soutenu en psychologie du développement, à savoir le développement des processus intra-individuels et psychodynamiques – toutes les autres dimensions doivent aussi se développer en même temps que l'intrapsychique et le psychodynamique. «En ce sens, écrit Guntern (1984), la personne n'est ni une passive victime des circonstances ni un acteur actif qui se soumet le monde. *Dans le ballet de la danse cosmique dont la chorégraphie est définie par le hasard et les régularités de l'écosystème, la personne est une danseuse en partie autonome, en partie hétéronome* (Nous soulignons)<sup>156</sup>.

Ajoutons aussitôt ici qu'il faut au plus vite combler la grande lacune de la pensée systémique euro-américaine et de la pensée scientifique en générale : leur *opacité structurelle* devant la dimension spirituelle de l'homme, sa relation à Dieu et à l'invisible. Il faut encourager l'individu et l'aider à l'entretenir et à la développer en même temps qu'il développe les autres dimensions et processus. Il ne convient pas du tout, pour le bien de l'individu, que cette dimension, qui est plutôt le fondement même du tout et le tout en tout, continue à rester aussi chétive, aussi naine.

- 5°. De sa conception constructiviste de la réalité, la systémique a déduit cette conséquence éthique : puisque la réalité est ce que l'homme a

---

<sup>156</sup> Guntern n'a sans doute jamais lu Bimwenyi (1981) (?) Comparez cependant la ressemblance de sa belle métaphore avec cette autre de Bimwenyi : «Mais ce maître du verbe (il s'agit de l'homme selon la conception *bantu*), **ce coryphée de la danse des êtres** demeure bien un des *Byo*, "chair de la chair du monde", "poreux à tous les souffles du monde", rendant ainsi possible la confluence de tous les êtres dans le grand rythme cosmique, présidant à une sorte de liturgie cosmique» (pp. 602-603. Nous soulignons). Quelle poésie !

élaboré à partir de ce qu'il a perçu, il est alors responsable de son propre *construct*. Il ne peut prétendre être un observateur neutre. Il est partie prenante de l'objet de son observation.

- 6°. Tout comme pour l'individu, la conception systémique de la famille va au-delà de son sens courant dans le contexte euro-américain. Elle ne s'étend pas seulement aux personnes ayant des liens consanguins, mais s'élargit parfois au système affectif et social. Répondant à la question de savoir pourquoi le thérapeute systémique doit travailler avec la famille, Trappeniers (1988) écrit : c'est parce que «le symptôme n'a pas seulement un sens mais exerce aussi une ou des fonctions spécifiques qui participent de la cohérence du système» (Trappeniers, 1988, p. 510).
- 7°. A cela on peut aussi ajouter que, du point de vue systémique, la pathologie individuelle est compréhensible seulement dans le contexte de l'interaction familiale où le symptôme est apparu. C'est ainsi qu'on a créé la notion de *patient désigné* pour signifier la personne qui focalise le problème lors du premier contact ou de la première consultation, mais qui le plus souvent est l'arbre qui cache la forêt.
- 8°. Enfin, à partir de ces différents éléments relevés, on peut bien affirmer que la pensée systémique est holiste et globalisante. Elle se veut neutre vis-à-vis du problème philosophique de la séparation *corps-esprit*. Elle perçoit ce problème comme une distinction entre la complication et la complexité (Cf. Le Moigne, cité par Benoît & Malarewicz, 1988, "*écosystème*").

A la lumière de ces éléments et compte tenu de ce que nous savons maintenant de la conception négro-africaine de l'homme et du monde, nous pouvons avec raison qualifier celle-ci aussi de systémique. Cependant, puisque cette vision remonte à des temps immémoriaux, on est en droit de déduire que le mode systémique de penser n'est aucunement une invention du vingtième siècle.

Tel est aussi l'avis du professeur et thérapeute familial Duss-von Werdt (1991) de l'université de Fribourg le quel, dans son cours sur les thérapies familiales, a consacré un chapitre à l'histoire de la pensée

systémique dans la philosophie occidentale. Il y apparaît clairement que, depuis l'antiquité grecque, chaque époque a connu des penseurs et des savants (philosophes, médecins, physiciens, anthropologues...) qui ont défendu la vision systémique du monde.

A notre avis, le vingtième siècle, et plus précisément la deuxième moitié du siècle, a plutôt le mérite d'avoir donné un statut académique à ce qui jusque-là n'était attaché qu'à quelques noms, d'en avoir fait une discipline universitaire propre.

Holistique et systémique, la représentation négro-africaine du monde laisse entendre, comme la systémique scientifique, que le bien-être de l'homme n'est garanti que si l'homme vit en harmonie avec son environnement écologique, social et spirituel ou religieux. Autrement dit, le non-respect de cette harmonie ne peut qu'entraîner des troubles, des maladies psychiques et/ou physiques. Elle ajoute, en plus, que le social doit inclure non seulement les consultants actuels, mais aussi bien les défunts (les ancêtres, le passé) que les générations à venir (le futur). Tous étant considérés comme membres de la famille qui consulte et donc susceptibles d'influer sur le bien-être des consultants.

#### **3.2.4.2 Pertinence et non-pertinence de cette conception (membrale) pour l'individu**

Tout le discours que nous avons tenu jusqu'à présent n'a rien fait d'autre que relever la pertinence de la vision africaine de l'univers – dont la *membralité* est le concept clé – pour le *muntu*. Ce nouveau paragraphe abonde dans le même sens en soulignant le rôle clinique de la culture dans la vie quotidienne. Mais critique, il relève aussi les dangers que la culture mal comprise présente à l'individu.

##### **3.2.4.2.1 Pertinence de la vision pour l'individu**

De prime abord, nous rappelons avec Nathan (1994) que «la culture est le système qui non seulement rend cohérent l'espace social, mais aussi et surtout le système intérieur des individus qui leur permet de clôturer leur espace psychique». Elle est «une organisation transportable de

l'univers permettant à chaque membre d'une société donnée de percevoir le monde sur le mode de l'évidence, comme naturel, comme allant de soi. Quoique d'origine externe à l'individu, cette structure permet avant tout de se mouvoir, de penser, d'aimer et de travailler en évitant frayeur et perplexité» (Nathan, 1994, pp. 176 et 179)<sup>157</sup>.

D'après cet auteur, ce système intérieur comprend (1) *la langue*, (2) *les théories comportant les énoncés sur la nature de la personne et plus particulièrement du bébé*, (3) *les théories comportant les énoncés sur la nature des morts (fantômes, esprits...)*, (4) *les procédures culturelles de modification des êtres (rites)*, et enfin (5) *les théories comportant les énoncés étiologiques concernant la nature du mal et les procédures de rétablissement de l'ordre dans le monde* (ex. les théories sur la nature de la sorcellerie meurtrière – (*kindoki, buloji*) – et les moyens d'annuler ses effets).

Ces cinq systèmes redondants entre eux, constituent le noyau de la culture, à la fois étanche et lieu d'échanges avec les cultures voisines. L'auteur poursuit plus loin : « *Les représentations d'origine culturelle, les étiologies traditionnelles du malheur et de la maladie, tissées en systèmes, portent le sujet, y compris corporellement. Si, du fait de la migration, soit d'un violent traumatisme, soit encore d'une marginalisation précoce, les systèmes étiologiques viennent à n'être plus fonctionnels, le sujet ne peut que tomber ou être effrayé* » (Nathan, 1994, p. 192. Nous soulignons).

---

<sup>157</sup>L'affirmation de Nathan est remise en cause par la thèse de Newberg, d'Aquili & Rause (2003). Selon ces auteurs, cette structure est avant tout d'origine intérieure à l'individu : elle est inhérente au fonctionnement du système neurologique. Sans l'interprétation intérieure pratiquée par la mécanique cérébrale, le monde extérieur serait tout simplement étranger. « Les opérateurs (cognitifs) donnent forme à toutes nos pensées et à tous nos sentiments, mais ils ne sont pas eux-mêmes des idées. Ils sont plutôt les principes organisateurs de l'esprit. Ils s'adressent aux fonctions globales de l'esprit et font appel pour cela à nombre de structures du cerveau. Les opérateurs cognitifs sont cette capacité humaine générale qui permet de penser, sentir, interpréter et analyser le monde... » (Newberg, d'Aquili & Rause, 2003, p. 75).

Après avoir décrit les fonctions des opérateurs cognitifs, les auteurs concluent : « Toutes ces fonctions ont une valeur évidente pour la survie, mais elles ne sont tout simplement que des interprétations mentales de nos perceptions. Elles ne nous permettent pas d'évaluer les choses que le cerveau perçoit émotionnellement. L'opérateur à valeur émotionnelle existe pour attribuer une valeur émotionnelle à tous les éléments de la perception et de cognition. Sans la fonction à valeur émotionnelle, nous nous déplacerions dans le monde comme des robots très intelligents... » (Newberg, d'Aquili & Rause, 2003, p. 82)



Ceci montre bien à quel point la culture est importante pour le bien-être des humains et que le *nganga* a pleinement raison de s'y référer constamment.

Ce rôle clinique, la culture ne l'exerce pas seulement de manière théorique. Il est palpable jusque dans la vie quotidienne, comme les exemples ci-dessous tirés de la littérature le prouvent. Ces exemples soulignent, à notre avis, combien cette conception contribue puissamment au bien-être de l'individu et de sa communauté.

Analysant la situation de l'enfant africain dans des conflits armés, Ebigbo (1989e) présente entre autres l'appartenance claire à un groupe social, (famille, clan, tribu...) comme étant l'un des fondements requis pour une croissance mentale et émotionnelle harmonieuse. Elle donne consistance à la personnalité, à l'être.

A partir de ce que nous avons compris du principe de la *membralité*, il est clair que cette croissance mentale et émotionnelle harmonieuse ne résulte pas d'une simple appartenance sociologique, d'une appartenance purement extérieure à un groupe social donné, mais d'une appartenance intérieure qui, partant du niveau social et sociologique, rejoint le niveau cosmique.

Lorsque cet enfant, bloqué dans son développement à cause de la guerre - ou un adulte quelconque - parle de son clan, de sa tribu, il *pense* en fait sa terre, même s'il n'y a jamais vécu personnellement. Ces deux éléments (terre/territoire et peuple), termes corrélatifs dans l'univers mental négro-africain, sont intimement liés. L'évocation de l'un implique l'évocation de l'autre.

Voilà pourquoi l'invasion de sa terre par des étrangers est ressentie comme une profonde blessure dans sa propre chair. Même ceux qui se seraient aliéné leur peuple, à cause de leur appétit pour un enrichissement personnel que peut leur procurer l'alliance avec l'envahisseur, ressentent cette blessure dans leur chair. Si on les interroge bien là-dessus, on s'aperçoit vite de leur incessante recherche de rationalisation, c.-à-d. de justifications légitimatrices de leur comportement répréhensible.

Pour rester au Nigeria d'où vient Ebigbo, nous reconnaissons que c'est entre autres cette appartenance viscérale à sa terre qui explique les révoltes du peuple Ogoni qui n'accepte pas que des étrangers viennent exploiter le pétrole de sa terre (qui fait un avec lui) pour l'exporter sans que lui-même n'en bénéficie. Ce peuple se sent aliéné dans son être même.

Pour les marchands multinationaux, cette philosophie étrangère à leur univers est simplement étrange. Ainsi s'accordent-ils le droit de l'ignorer, faisant d'une pierre deux coups : dénier cette vision du monde et continuer à exploiter « en bonne conscience » les richesses du sous-sol.

Un autre fait social joue un rôle fondamental aussi bien pour l'ordre social que pour la santé de l'individu. Il s'agit de *l'autocontrôle*, dont nous avons parlé plus haut. Peltzer & Ebigbo (1989b), qui se sont intéressés à cette catégorie, ont relevé avec pertinence que le fait de savoir s'instruire en vue d'un comportement conforme aux normes améliorerait la santé mentale de l'individu.

Cette assertion obtient également un nouvel éclairage à partir du principe de la *membralité*. En effet, dans le contexte africain, l'amélioration de la santé de l'individu entraîne logiquement une amélioration du bien-être des autres membres auxquels l'individu est relié et une amélioration dans l'environnement biophysique dans lequel il est immergé. Il n'est d'ailleurs que superflu de rajouter que l'événement est ressenti et effectivement vécu comme tel par tous les membres, hormis les membres « sorciers », qui s'en offusquent, parce que ce mieux-être général contrarie leurs desseins malveillants.

#### **3.2.4.2.2 La vision traditionnelle est-elle toujours d'actualité ? Le poids de la tradition sur l'individu**

La société africaine actuelle n'est plus entièrement conforme au système culturel que nous avons décrit dans ce chapitre. Bien que nous partagions l'idée que des valeurs du niveau de sens ne changent pas vite, qu'il leur faut plusieurs générations pour le modifier, on doit toutefois constater que la vitesse est assez rapide en Afrique.

À titre d'exemple : Lors de la marche du peuple congolais vers sa libération du joug belge, on sait que les administrateurs coloniaux s'évertuaient à diviser le peuple afin de faire capoter le mouvement d'indépendance. C'est ainsi qu'ils soudoyèrent chefs coutumiers et politiciens. La légende raconte que mu par cette intention, l'administrateur colonial présenta au grand roi des *Luba-Luluwa*, *Kalamba Mangole*, de choisir entre deux colis de même poids et dimension. L'un contenait la terre (c.-à-d. son pays et le bonheur de son peuple, comme nous venons d'expliquer plus haut), l'autre contenait de l'argent (symbolisant la richesse et les honneurs personnels). Le roi choisit le colis « terre » plutôt que le colis « argent ». Cela plut profondément à son peuple qui se mit à chanter ses éloges en ces termes : « Kalamba préféra son peuple à l'argent »<sup>158</sup>. Le même roi fut décrié dans les années 80-90 comme traître de ce même peuple à cause de son allégeance au dictateur Mobutu.

Il appert de cette histoire qu'une génération à peine a suffi pour transformer et pervertir un gardien des valeurs traditionnelles ! Néanmoins, nous devons relativiser ce changement. Car, tout compte fait, on peut dire que c'est l'individu qui a changé, même s'il s'agit d'un individu-institution (roi), et non l'institution royale comme telle. Pour preuve, son peuple l'a décrié et n'a pas accepté de le suivre dans son allégeance au dictateur.

Après lecture de l'article d'Ebigbo (1989c) sur les aspects psychosociaux de l'abus et de la négligence de l'enfant en Afrique, on ne peut pas ne pas se poser des questions sur ce qui reste encore des valeurs traditionnelles que nous avons présentées comme caractéristiques des cultures africaines : la valeur de l'enfant pour la société, l'importance de la grande famille, la notion de solidarité, le sens et la valeur de la vie.

La maltraitance et les abus contre l'enfant ont toujours existé en Afrique comme partout ailleurs, souligne l'auteur. Mais leurs formes actuelles (travail servile dans des familles – 15 h/j. – ou au marché en tant que *pousse-pousseur*, la mendicité, la prostitution juvénile, le colportage, les abus sexuels par des adultes, les enfants de rue...) révèlent la désintégration profonde de la famille élargie. Que dire du

---

<sup>158</sup> Il s'agit d'un récit populaire sans preuve de l'historicité de l'alternative proposée.

phénomène des « *Vidomegon* »<sup>159</sup> en Afrique de l'Ouest et dans la partie nord de l'Afrique centrale !

A cette liste on doit aussi ajouter les nouvelles formes de polygamie qui vilipendent la dignité de la femme, cette mère et gardienne de la vie, la valeur par excellence. D'autres auteurs s'étonnent du nombre de fous qui vagabondent, *abandonnés à eux-mêmes*, dans les rues des grands centres urbains.

Nous avons là quelques exemples qui mettent en lumière les changements qui sont en train d'intervenir dans les cultures africaines. Même si ces changements ne sont pas encore aussi profonds et n'inquiètent pas encore le système en tant que tel, il sied toutefois de ne pas les ignorer, d'autant plus qu'ils ont une incidence sur la santé mentale de la population.

En effet, ces changements dus aux contacts avec les cultures euro-américaines ne sont pas si innocents : ils ont apporté avec eux de nouveaux problèmes, comme Ebigbo (1994) le dit bien : "Cultural conflict between western culture and African traditional culture has brought a lot of stress that is quite often expressed in somatic symptoms of psychological origin also described as somatization or idioms of distress" (Ebigbo, 1994, p. 1).

La culture traditionnelle elle-même induit aujourd'hui des troubles de comportement chez certains individus vulnérables. Ceci arrive surtout lorsque l'individu ou un groupe d'individus croit devoir appliquer littéralement certaines valeurs, par fidélité et obéissance à la tradition sans tenir compte des circonstances et des changements intervenus entre-temps. C'est ainsi, par exemple, que la mauvaise application du principe de la *membralité* horizontale (solidarité entre membres vivants du clan) a conduit certains individus à la faillite dans les affaires, laquelle a induit à son tour différents troubles comme alcoolisme,

---

<sup>159</sup> Vidomegon était un système traditionnel de solidarité. Partant du principe que les enfants appartiennent à toute la communauté et constituent la plus grande richesse pour elle, la société traditionnelle béninoise avait imaginé ce système pour venir en aide aux familles démunies. Un membre de la famille ou un membre quelconque du village qui avait réussi dans sa vie se faisait un devoir de soulager une autre famille moins nantie en prenant en charge l'éducation de l'un ou l'autre enfant de cette famille. Le membre nanti ne réclamait rien en retour. Ce phénomène s'est transformé aujourd'hui en un abominable trafic des enfants que l'on exploite honteusement.

dépression, névroses, phobies (cf. l'augmentation exponentielle d'accusation de sorcellerie aujourd'hui), familles disloquées, etc.

Il n'est pas rare non plus de rencontrer ces problèmes parmi les requérants d'asile et autres réfugiés africains. Ayant bénéficié de l'aide financière et/ou morale des autres membres lors de leur départ du pays d'origine, ils ont l'obligation de les aider aussi en retour, dès qu'ils sont arrivés au terme de leur voyage, c.-à-d. dès qu'ils se sont installés dans un pays industrialisé. Ne connaissant des pays industrialisés que la prospérité, ceux qui sont restés au pays d'origine croient que leur frère ou sœur profite aussi inévitablement de cette prospérité. Et ils attendent en retour leur quote-part. Or, il arrive plus fréquemment que le candidat à l'asile, après plusieurs années de séjour dans son nouveau pays d'accueil, ne parvienne pas à connaître un semblant de prospérité lui permettant de subvenir à ses besoins propres minimaux là où il vit et à soutenir financièrement ceux qui sont restés au pays. Cette situation induit souvent chez des personnes fragiles le développement des troubles psychosomatiques et même des troubles psychiques sévères, parce qu'elles ne peuvent pas accomplir leur devoir de solidarité<sup>160</sup>.

Ces quelques exemples ont montré le côté bienfaisant de l'environnement socioculturel dans toutes ses dimensions (horizontales et verticales) sur l'individu et sa communauté. Mais également un côté sombre de cet environnement lorsqu'il est mal compris et mal utilisé, côté qui n'est pas toujours souligné par ceux qui défendent la culture négro-africaine.

### **3.2.5 Modèle interprétatif de Peltzer**

La prise en compte des différents contextes relevés plus haut et surtout du contexte social avec ses différents niveaux de hiérarchisation et d'interaction a permis à Karl Peltzer de conceptualiser un modèle étiologique transculturel qui, d'après l'auteur lui-même, est utilisable

---

<sup>160</sup> Lire aussi l'article de Nicoletta Diasio (1994) : « Malades ailleurs : maladie et rite de passage dans un dispensaire pour immigrés à Rome ». L'auteur donne une autre explication de l'apparition des troubles, du moins pour les immigrés qui viennent de s'installer en Italie. L'important toutefois est l'apparition des maladies psychosomatiques qui sont dues à la situation d'exil.

autant pour la description que pour l'explication et le traitement des troubles psychiques dans les cultures africaines au sud du Sahara. Le modèle est interculturel, puisqu'il a été développé à partir des données psychanalytiques, anthropologiques et psychologiques (cliniques) provenant de plusieurs pays africains, du Sud-Est à l'Ouest.

L'auteur déclare l'avoir expérimenté avec succès dans la pratique clinique au Malawi. Nous avons eu personnellement l'opportunité de nous en inspirer à deux reprises dans des entretiens avec des psychotiques africains. Force est de reconnaître que cela avait marché à chaque occasion. Mais il serait abusif de pouvoir en tirer quelque conclusion que ce soit.

L'objectif de Peltzer est entre autres de remédier aux défaillances des études psychanalytiques (comme nous l'avons vu plus haut, ces études ne se sont intéressées aux cultures non euro-américaines – notamment aux cultures africaines – que pour confirmer la prétendue *universalité* de leurs concepts).

Le modèle de Peltzer est une extrapolation du modèle étiologique africain qui sert de background à toute la pratique des *nganga*. Il est tridimensionnel. Il postule que la maladie peut être causée par des agents naturels et/ou surnaturels. Ces derniers peuvent être l'expression des perturbations observées sur trois axes :

- (a) Sur *l'axe vertical* qui renvoie à la dimension diachronique, à la "hiérarchie dans le temps", donc aux ancêtres, à l'autorité des aînés. Il l'appelle : la *dimension "groupe d'âge"* (age group dimension) ;
- (b) Sur *l'axe horizontal* qui renvoie à la dimension synchronique, aux relations entre contemporains. Il l'appelle : la *dimension "groupe des pairs"* (peer group dimension). C'est sur cet axe qu'intervient la réalité tant redoutée de sorcellerie et de magie ;
- (c) Sur *l'axe homme-nature* qui renvoie aux interactions *corps-esprit-milieu physique* en considérant les trois éléments comme inextricablement liés entre eux.

Peltzer estime que son modèle est transposable *mutatis mutandis* au contexte euro-américain. Ainsi les dimensions verticale (groupe d'âge) et horizontale (groupe des pairs) du contexte négro-africain sont

interprétables selon le modèle des étiologies psychosociales dans le contexte euro-américain et la dimension écologique (corps-esprit-environnement) selon les étiologies physiques/biologiques dans lesquelles on attribue les causes des troubles à l'homme et/ou à l'environnement. Il permet ainsi de comparer différentes cultures entre elles sans devoir gommer leurs différences respectives.

A ce niveau, il rappelle que les cultures peuvent être différenciées entre elles selon leurs modèles de socialisation. Les sociétés individualistes, par exemple les U.S.A. (Cf. Hofstede, 1980 ; Triandis et al., 1986), privilégient le mode de socialisation qui fait intervenir massivement un objet physique (*object-oriented interaction*), tandis que les cultures collectivistes ou communautaristes (les sociétés africaines et asiatiques traditionnelles) accordent leur préférence au mode de socialisation faisant beaucoup intervenir un autre être humain (*person-oriented interaction*).

Peltzer a voulu, à partir de cette théorie, expliquer les changements intervenus dans la société africaine. Il l'a fait en appliquant son modèle aux interactions, à partir d'un arrière-fond psychanalytique. Il a d'abord relevé que le groupe d'âge impliquait un modèle de socialisation basée sur le respect ou l'agression de l'aîné, de l'esprit ou de Dieu. Et que le groupe des pairs impliquait une socialisation fondée sur les camarades de jeu et sur les copains de travail. Il a ensuite fait ressortir que par le fait d'occidentalisation, l'Africain "transitionnel" tendait à privilégier le mode d'interaction centrée sur l'objet, aux dépens de la socialisation traditionnelle qui privilégiait l'interaction humain-humain. Il en a ainsi déduit que l'autorité des aînés est de moins en moins ressentie, que la compétition et le désir d'atteindre des buts personnels deviennent prépondérants, et que le corps et les émotions cèdent le pas sur l'esprit.

Déjà dans *Clinical Psychology in Africa* (1989), ensuite dans *Psychology and Health in African Cultures* (1995), Peltzer rapporte des cas où il a utilisé son modèle. Il lui a soit facilité la propre compréhension du problème qui lui était soumis par son (sa) patient(e) africain(e), soit favorisé une meilleure prise en charge psychologique du (de la) patient(e) en question. Il a pu mieux situer l'origine du trouble, c.-à-d. comprendre quel niveau d'interaction était davantage concerné.

Par exemple, au niveau étiologique, il trouve que les troubles dysthymiques (névroses dépressives) peuvent refléter un dérangement sur l'axe vertical, dans la dimension de l'autorité des aînés. Cela arrive souvent sous forme de dépression réactionnelle après le traumatisme dû à un ou plusieurs décès non résolus des proches parents. Également les états de confusion aiguë peuvent être expliqués en relation avec une perturbation sur l'axe horizontal (groupe des pairs) et/ou sur celui du corps-esprit-environnement.

La situation des immigrés « internes » (à l'intérieur du même pays) constitue à ses yeux un bon exemple où sa théorie peut être de grande utilité. Il laisse entendre qu'on observe aujourd'hui beaucoup de cas de crises de confusion aiguë dans les zones urbaines parmi les immigrés. Cette situation est due au fait qu'après l'immigration en ville, l'individu se retrouve seul, sans le support du groupe, dans un environnement structurellement différent. Lorsque y survient une difficulté, il ne peut pas recourir au comportement formel et émotionnel du groupe à l'intérieur duquel, en contexte traditionnel, il pouvait neutraliser ses pulsions agressives grâce à la possibilité d'identifications multilatérales qu'on y développe. Il ne peut que tourner contre lui-même cette agression. C'est alors qu'apparaissent ces états de confusion.

Il constate aussi que tous ses clients malawites, ruraux (traditionnels) et citadins (transitionnels), puisent substantiellement leurs explications des troubles à la même source. Mais des différences sont aussi observables. Par exemple, les transitionnels recourent beaucoup plus aux causes naturelles et un peu moins à la sorcellerie et aux mauvais esprits pour expliquer la cause des troubles, alors que cette explication est la plus usitée parmi les traditionnels.

En plus de cela, il constate que les "transitionnels" localisent les troubles psychogènes dans la tête plutôt que dans le cœur. Il en induit l'hypothèse qu'une perturbation (disturbance) doit être survenue dans la dimension corps-esprit-environnement. Cependant, il soutient que le plus grand changement se situe dans la dimension autorité et dans une moindre mesure dans la dimension des pairs.

On peut reprocher à son modèle d'être un peu trop tranché dans la distinction *traditionnels* vs. *transitionnels*. Car, comme nous l'avons déjà



relevé plus d'une fois, tous les Africains contemporains sont des "transitionnels".

Il est regrettable aussi que l'auteur n'ait pas pu trouver meilleurs termes pour rendre l'idée exprimée dans la dimension relative à l'autorité des aînés. Le terme *groupe d'âge* est équivoque. Considéré de l'extérieur, il peut renvoyer à la différenciation hiérarchique, intergénérationnelle, entre groupes de différents âges. C'est le sens dans lequel Peltzer l'emploie ici. Mais il peut aussi être considéré de l'intérieur, par les membres qui le composent, il a alors le même sens que le *groupe des pairs*, c.-à-d. des contemporains (*bena mulongo*, en langue *luba* du Congo-Kinshasa). C'est en ce sens qu'on l'emploie généralement en sociologie africaine.

Comme il s'agit d'un concept clé, on gagnerait en clarté en recourant à un concept univoque comme celui-ci, *groupe des aînés*, qui souligne clairement la séniorité et renvoie en même temps eux concepts largement utilisés en langues africaines, par exemple *bukulu* (séniorité) en langue *luba*.

Hormis ces réserves notionnelles, nous trouvons ce modèle intéressant, parce qu'il souligne et confirme l'impact de la vision de l'homme et du monde des Négro-africains, c.-à-d. l'impact de leurs théories intuitives sur la genèse et le développement des troubles et qu'il permet dans une certaine mesure d'envisager des pistes pertinentes en vue du traitement.

L'axe corps-esprit-environnement permet de comprendre plus aisément pourquoi en Afrique les troubles psychiques prennent préférentiellement une forme psychosomatique pour s'exprimer (Ebigbo, 1989a ; Ihezue, 1989a). Peltzer explique que suite à l'expérience faite durant la petite enfance où son corps est sollicité agréablement sous différentes formes (portage et bercement tout au long de la journée, partage de la couche de la mère, massages quotidiens, sevrage tardif...), « l'enfant apprend à utiliser le corps comme un moyen de communication de soi et développe une empathie kinesthésique. (...) Dans le contexte traditionnel, les activités physiques et mentales ne sont pas encore dissociées comme ce l'est dans les sociétés industrialisées : le corps et le soi (self) forment un continuum ; des

changements dans l'un produisent (...) des changements dans l'autre » (Peltzer, 1995, p. 17). Disons mieux encore : des changements dans l'un peuvent trouver lieu d'expression dans l'autre. Si cette hypothèse est vraie, il devient plus aisé d'expliquer pourquoi les Africains somatisent plus facilement que les Euro-américains.

Mais à la lumière des récentes recherches en anthropologie médicale et en psychothérapie, on peut se demander si, dans un proche avenir, on ne va pas assister à une somatisation plus accrue dans les sociétés euro-américaines pendant qu'elle décroîtra relativement dans les sociétés africaines.

En effet, on vient de voir avec Peltzer que plus les Africains "s'occidentalisent", moins ils somatisent et plus ils psychologisent leurs problèmes. Parallèlement, les Euro-américains se rebellent de plus en plus contre la médecine biologique, vantent les bienfaits des "médecines parallèles", apprécient les médecins qui font appel au "corps culturel", et les psychothérapies à médiation corporelle ont le vent en poupe, nonobstant le fait que leurs résultats ne sont pas encore corroborés par des métaanalyses ou par des statistiques fiables. (Cf. Descamps, 1992 ; Pasini & Andreoli, 1993 ; Garetta, 1998 ; Andrieu, 1999).

Après ces considérations davantage tournées vers l'appréciation du système en tant que tel et vers les causes des maladies, on va à présent apprécier les méthodes traditionnelles d'intervention.

### **3.3 Notre appréciation de la thérapeutique négro-africaine traditionnelle**

« Quiconque accepte de se laisser fasciner par le chamanisme ne peut que s'émerveiller de la quantité de convergences qui existent entre les développements modernes des recherches sur le stress, la psychoimmunologie, l'hypnose et l'imagination d'un côté et les traditions multiséculaires de l'autre. En plus, il me semble même que ces anciennes traditions peuvent fournir de précieuses indications pour la concrétisation, l'approfondissement, le renouvellement et l'intégration de la thérapie dans une société 'postmoderne et hautement industrialisée' » (van Quekelberghe, 1994, p. 4).

Ce que le professeur van Quekelberghe propose dans ce texte est fascinant. Il faut que ces multiples convergences soient relevées. Mais cela est un travail de très longue haleine qui ne peut être abattu que par plusieurs personnes après plusieurs années. Plus modeste, ce paragraphe s'efforcera de relever seulement quelques convergences entre les techniques des tradipraticiens africains et celles préconisées par la thérapie systémique. Mais avant de mettre en évidence ces convergences, nous aimerions d'abord apprécier la dimension clinique de la thérapeutique traditionnelle dans ses caractéristiques principales et au niveau de son diagnostic étiologique.

#### **3.3.1 Appréciation du diagnostic**

Comme nous l'avons déjà souligné précédemment, le *nganga* porte plusieurs casquettes à la fois. Il fait de la médecine, de la psychothérapie, du counselling dans différents domaines (social, juridique, spirituel), et plus encore. Nous nous intéressons ici plutôt à son approche psychothérapeutique, laissant à d'autres le soin d'apprécier la justesse de ses autres approches.

##### **3.3.1.1 Processus diagnostic**

La psychothérapie scientifique comprend deux phases : le *diagnostic* et l'*intervention* proprement dite. D'après Perrez (Perrez, 1985 ; voir aussi Reinecker-Hecht & Baumann, 1991), le diagnostic psychologique clinique remplit cinq fonctions : la *description* du problème ou du

trouble, *le rangement ou la classification* des plaintes du patient, *l'explication, le pronostic et l'évaluation*.

- (1°) *La description du problème* : celle-ci doit être aussi précise que possible. Elle consiste à convertir les plaintes profanes et générales du patient en un langage spécifiquement diagnostic. On l'appelle aussi : définition du problème. Elle suppose, pour être opérante, qu'elle ait trouvé l'adhésion du patient.
- (2°) *Le rangement ou la classification* : il s'agit d'ordonner les plaintes du patient dans le système des classifications des maladies admis entre spécialistes (cela permet dans certains cas de savoir déjà dans quelle direction orienter l'intervention).
- (3°) *L'explication* : il s'agit de fournir une explication du problème qui permette en même temps de le comprendre eu égard à l'étiologie présumée par l'intervenant.
- (4°) *Le pronostic* de l'évolution du problème.
- (5°) *L'évaluation* des causes possibles à partir du répertoire général des causes des troubles (cf. classification admise) et l'inventaire des tentatives des solutions déjà apportées. A partir de là, on tente d'envisager enfin l'intervention la plus appropriée ainsi que les changements éventuels à repérer.

Le diagnostic faisant déjà partie de l'intervention, la définition du problème tout comme le choix du traitement et des techniques ne se feront pas de n'importe quelle manière, mais plutôt dans les limites du cadre conceptuel et du système des croyances auxquels le thérapeute appartient. (Il arrive souvent que le thérapeute lui-même ne soit pas tout à fait conscient de cette dernière limitation). Une définition efficace du problème est toujours fonction des moyens d'intervention dont on dispose. Par ailleurs, pour comprendre et définir le problème, le thérapeute recourt à quelques moyens techniques. Les plus usités sont *l'observation, l'entretien clinique et les tests psychologiques*. Voilà pour le diagnostic psychologique scientifique.

L'étude approfondie de la médecine traditionnelle africaine révèle que les traitements traditionnels – définis par Kiev (1989) comme «des événements symboliquement significatifs, organisés culturellement, visant à pourvoir des expériences thérapeutiques standardisées en vue

de la réduction de l'anxiété et de la détresse émotionnelle devant la souffrance personnelle causée par divers troubles psychiatriques» (p. 437) - procèdent avec la même rigueur que dans la procédure scientifique que nous venons de décrire. Avec cependant quelque chose en plus : l'intégration de la dimension *médicale* et de la dimension *spirituelle*.

Le tradipraticien établit d'abord un diagnostic médico-psychothérapeutique, comme nous l'avons déjà décrit au chapitre précédent (2.6.2.1), et entreprend ensuite le traitement médico-psychologique que nécessite le cas.

Son diagnostic vise à identifier aussi exactement que possible le phénomène particulier qui lui est présenté par le patient ou la famille en le confrontant à une théorie (explication) culturelle pertinente susceptible de lui permettre plus facilement la réintégration du patient dans le groupe et dans le flux vital culturel. Il va ainsi redéfinir les vagues plaintes du patient ou de ses parents en termes de concepts spécifiques qu'il peut manipuler, parce qu'il est en effet autorisé à les manipuler. C'est cette redéfinition qu'il propose en termes de violation de tabous spécifiques, de colère de tel parent (grand-parent) défunt ou d'un esprit donné, de jalousie ou de sorcellerie des membres vivants, etc.

«En se focalisant sur quelque chose de spécifique, écrit Kiev (1989, p. 438), le tradipraticien est en position de commencer à définir les types d'enquêtes à faire pour explorer davantage le problème, les types de solutions à chercher, les résultats à découvrir et les différentes étapes à parcourir pour y parvenir».

En formulant le problème du patient en des termes spécifiques qu'il peut aisément manipuler, le *nganga* prévient que la thérapie ne se transforme en un processus interminable. (Voilà pourquoi certains classent, avec raison, son intervention parmi les thérapies brèves. On peut préciser encore davantage et dire qu'elle appartient aux thérapies stratégiques brèves).

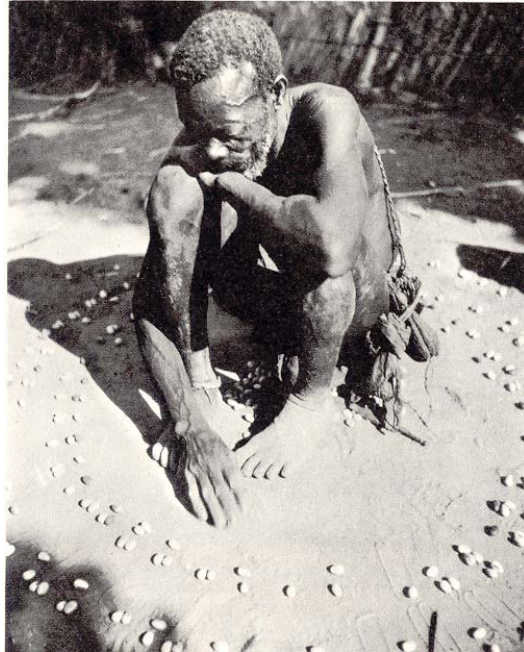
Il s'enquiert généralement sur les différents efforts déjà entrepris pour résoudre le problème (normalement sans poser des questions, conformément à la modalité que nous avons décrite plus haut :

2.6.2.1.1) et sur les mesures prises par la famille. Il sait d'expérience que celles-ci peuvent parfois aggraver le problème plutôt que de le résoudre. Ce que rend un dicton souvent utilisé dans pareilles circonstances pour désigner le patient : «Coq intrépide (ou résigné ou imprudent), qui ose dormir sous le même toit que ceux qui mijotent de le manger». Comme déjà le laisse entendre ce dicton, l'évaluation des mesures entreprises va de pair avec l'évaluation des causes éventuelles du problème. La question étant de savoir si ces causes sont biologiques ou non.

Parmi les causes non biologiques, il faut encore déterminer si elles sont interpersonnelles (causées par des hommes) ou spirituelles (causées par les ancêtres, par les génies ou par Dieu). Le *nganga* prend invariablement en considération l'impact des forces externes ou des influences maléfiques en suggérant l'importance de l'influence de ces autres. Ce qui a pour effet de déculpabiliser le patient et d'éviter ainsi certains états dépressifs.

Les techniques diagnostiques que le *nganga* utilise sont, selon les cas, l'observation psycho-médicale, l'entretien médico-social (anamnèse médicale et relationnelle), la transe et la possession et surtout cet entretien clinique spécial le *diagnostic étiologique* (cf. 2.6.2.1.2). La divination constitue l'une des variantes pour faire avancer ce diagnostic.

Photo 20 : Une forme de divination : Divination par tri, pair ou impair, de fèves blanches et rouges.  
Massa. Tchad. Cf. Balandier et al, 1968, p. 130 (Photo Pierre Ichac)



L'une des formes de divination consiste à utiliser des objets transitionnels (Nathan, 1994) dont on doit interpréter les formes ou les configurations - comme sur cette photo. Ce procédé est destiné entre autres davantage à capter et à orienter les pensées du patient et de son entourage (objectif caché du *nganga*) qu'à révéler les causes mystérieuses du problème (objectif avoué du *nganga* et attente du patient et de son entourage). Le procédé engage ces pensées dans le processus thérapeutique et les place sous le contrôle du *nganga*.

Pendant la séance, le *nganga* est très attentif aux réactions du patient et de son groupe. Ce sont elles qui l'intéressent le plus parce qu'elles trahissent quelque chose de leur problème et de leurs états émotionnels. En relation avec cela, il fera un effort constant pour déterminer quelles interactions interpersonnelles peuvent avoir provoqué la colère de l'esprit ou des ancêtres au sein de la communauté.

Cette démarche revient à souligner les facteurs qui, dans les relations humaines, peuvent avoir contribué à l'apparition, au développement et

au maintien du problème et qui doivent ainsi être changés grâce à la thérapie.

On voit donc que cet aspect de la procédure divinatoire, consistant à manipuler des objets, peut être comparé à l'utilisation des tests projectifs (Voir aussi Kiev, 1989 et Nathan, 1994). On doit donc dire que le *nganga* utilise *mutatis mutandis* pratiquement les mêmes techniques qu'en psychologie clinique.

### **3.3.1.2 Pertinence du diagnostic étiologique**

Nous avons abondamment parlé du fonctionnement du diagnostic étiologique. Quelle est concrètement sa pertinence du point de vue psychologique ? La description que nous venons de parcourir à la fin du paragraphe précédent constitue déjà la première ébauche en ce sens. Nous aimerions nous y attarder encore un peu plus, tant ce type de diagnostic est important et constitue l'une des pièces maîtresses de la thérapie traditionnelle.

Bien qu'elle soit utilisée à l'apparition de toute maladie grave, somatique ou psychique, cette technique relève beaucoup plus du diagnostic psychologique que du dépistage médical. En effet, elle peut se schématiser sous ces trois étapes<sup>161</sup> : (1) la description des symptômes par le patient ou sa famille ou par le *nganga* lui-même ; (2) la mise en relation de la maladie avec la situation personnelle de vie et avec l'environnement familial et social, en vue du traitement (ou du pronostic) ; (3) la classification du problème ou du trouble d'après les catégories (traditionnelles et culturelles).

En plus de cette fonction purement diagnostique, elle est aussi un instrument thérapeutique dans les mains du *nganga* qui s'en sert pour souder le patient à son groupe social dont il est ontologiquement dépendant (cf. le principe de *membralité*), tout en le confirmant comme unique et irremplaçable au sein du même groupe. Enfin elle permet, en donnant sens au trouble, d'apaiser toute angoisse que ce trouble aurait provoquée.

---

<sup>161</sup> L'ordre ne joue aucun rôle. Une étape peut être comprise dans une autre.



### 3.3.1.2.1 Le diagnostic étiologique ravive l'interdépendance entre l'individu et son groupe social

L'expression "diagnostic étiologique" est d'abord apparue dans la littérature africaniste anthropo-médicale. Sa prise en compte a favorisé chez les anthropologues la découverte de *l'usage social* de la maladie, c.-à-d. le fait que la société ou la culture exploite les cas de maladies (de l'individu) pour assurer sa propre reproduction ou pour faire face à ses propres mutations.

C'est ainsi que Zempléni (1985) écrit : «La 'maladie' mobilise et implique les partenaires sociaux du malade pour autant qu'elle *réactive* chez ceux-ci les **autres** troubles ou les malheurs qui les affectent à titre individuel ou collectif. Aussi ne suffit-il en aucun cas de connaître l'état et les idées du seul malade pour savoir ce qui est mis en forme dans les interprétations successives et ce qui sera "traité" dans les cures traditionnelles<sup>162</sup>. L'énonciation des interprétations et à plus forte raison leur perlaboration ne sont pas l'apanage des seuls professionnels, guérisseurs ou devins. (...) Elles répondent les unes aux autres pour autant qu'elles mettent en forme simultanément le trouble à interpréter et les stratégies personnelles ou factionnelles des interprétants. (...) Ces interprétations sont, en fait, des «actes de parole» - des messages métacommunicatifs - qui se saisissent du trouble du malade pour mettre en forme et pour promouvoir les stratégies subjectives et sociales de ceux qui les émettent. Et, par là-même, elles soutiennent des *usages sociaux*, souvent contradictoires, de la «maladie». (...) Leur effet est tout autant la modification, positive ou négative, de l'état du malade que la modification de la texture sociale du groupe ou des groupes auxquels il appartient» (Zempléni, 1985, pp. 35-36).

Dans un article plus récent, «*Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement*», Augé (1991, pp. 35-91) affirme aussi : «C'est bien le paradoxe de la maladie qu'elle est à la fois la plus individuelle et la plus sociale des choses. (...) Les schémas de pensée

---

<sup>162</sup> La médecine traditionnelle africaine appliquait déjà les principes de "la thérapie systémique" longtemps avant que celle-ci ne fût découverte dans le contexte culturel euro-américain. Voir plus loin dans ce chapitre d'autres cas d'applications des techniques systémiques euro-américaines en thérapie traditionnelle africaine.

qui permettent de la reconnaître, de l'identifier et de la traiter sont éminemment sociaux : penser sa maladie, c'est déjà faire référence aux autres» (Augé, 1991, p. 36).

Cet aspect est particulièrement évident dans les sociétés lignagères africaines : la maladie y a très fréquemment la valeur et la signification d'un rappel à l'ordre social qui suscite lui-même une redéfinition de la personne individuelle. «Elle peut être signe d'une attaque, d'un échec, d'une erreur ou d'une élection, mais dans tous les cas elle renvoie à un code de déchiffrement des symptômes qui met en cause une ou plusieurs dimensions sociales pertinentes. L'attaque peut, selon les sociétés, provenir de l'extérieur ou de l'intérieur du lignage, mais elle ne peut jamais être le fait de n'importe quel individu et ne se comprend par conséquent qu'en fonction de l'organisation sociale et politique» (Augé, 1991, p. 36).

Autrement dit : «Le diagnostic étiologique et le traitement qui en résulte *n'ont pas (...) pour seule finalité la résolution du trouble individuel qui leur est soumis. Ils ont en outre pour fonction de convertir le désordre biologique en signe ou en effet d'un désordre social.* De se servir de ce trouble bien souvent pour déclencher un processus collectif dont l'enjeu latent et primordial est la régulation ou la modification des rapports politiques, économiques ou socio-juridiques qui unissent ou désunissent les groupes - parents, alliés, co-résidents - qui constituent le cadre quotidien de la vie du malade. De mettre en forme et éventuellement de résoudre des troubles bien plus amples qui affectent la vie de ces groupes» (Zempléni, 1985, p. 41).

Voilà pourquoi, à notre avis, ces sociétés ont dû imaginer ce type de diagnostic. C'est donc une vraie aberration de tenter de réduire l'art du guérisseur à «un ersatz "magique", "primitif" ou "irrationnel" de la médecine occidentale». Il est plutôt «sa *part manquante* qu'elle a dû refouler en dissociant - à tort et à raison scientifique - le social et le biologique» (Zempléni, 1985, p. 41. Nous soulignons).

En ce sens, il est impératif de se passer des critères de l'efficacité biomédicale si on veut apprécier cette médecine à sa juste valeur. Ce qu'affirme aussi Augé (1991) : «En mesurant l'intérêt des systèmes locaux du point de vue de la vérité scientifique et, en quelque sorte, du

point de vue de la médecine plutôt que du point de vue de la maladie, on privilégie presque nécessairement une perspective évolutionniste et un regard critique qui considère les tentatives des autres comme autant d'efforts inégaux pour approcher l'efficacité de type occidental» (Augé, 1991, p. 42 ; Cf. aussi Narby, 1995 ; van Quekelberghe, 1999).

Ce diagnostic est donc l'inévitable répondant thérapeutique de la dimension *membrale* de l'individu (son interdépendance et interconnexion). Il résulte de tout ceci que tout bon guérisseur est inévitablement un fin connaisseur des mécanismes généraux du fonctionnement social, des causes et des *sens sociaux* de la "maladie". Mais cela n'exige pas qu'il connaisse nécessairement les détails de la vie de chaque famille ou clan pour pouvoir l'aider efficacement<sup>163</sup>.

Cette procédure utilisée dans le diagnostic étiologique rejoint, à notre avis, celle en vigueur dans les thérapies familiales structurales et systémiques (Voir d'autres cas plus loin dans ce chapitre). Là aussi, les injonctions du thérapeute ne visent pas ouvertement le symptôme, et encore moins son éradication. Elles entendent provoquer une petite fissure dans la structure et ainsi amorcer une possibilité de changement ultérieur (e.g. la déstabilisation de l'ancienne structure).

D'autre part, si l'anthropologie ne voit dans le diagnostic étiologique que l'utilisation de la maladie de l'individu pour soigner la maladie de la société dont celle de l'individu n'est qu'un signe, la psychologie y voit, par contre, un détour stratégique visant à soigner l'individu. En effet, ce diagnostic atteste que les *nganga* savent que certaines maladies somatiques et des troubles psychiques peuvent trouver leur origine dans les interactions sociales, voire dans le système social dans lequel l'individu s'est trouvé projeté en venant à l'existence. C'est ainsi qu'ils s'évertuent à soigner le groupe social d'abord ou en même temps que l'individu lui-même espérant ainsi opérer en profondeur (*sanatio in radice*) pour le bien-être de ce dernier. Cette stratégie se révèle, en définitive, plus économique en énergie et en moyens.

---

<sup>163</sup> Ces propos confirment le bien fondé de la thèse de Devereux. Quelques auteurs ont rapporté des séquences de cette technique. Notamment Corin (1979) et Nsiala (1979), pour la R.D.C., et Peltzer (1989, 1992, 1995) pour le Ghana, le Malawi et le Zimbabwe.

Dans sa description du traitement médical chez le peuple *Ndembu* (de l'Afrique centrale), l'anthropologue Turner explique que, pour ce peuple, le malade ne pourra jamais être considéré comme guéri tant que toutes les tensions et agressions au sein du groupe n'auront pas été portées au grand jour et soumises au traitement rituel. (Conception largement répandue chez les Négro-africains).

Kiev (1989) a commenté cela comme suit : Étant donné que la maladie peut être la conséquence d'une violation d'un tabou et des relations dans la parenté par le patient ou par un autre membre de la famille, les guérisseurs *Ndembu* « focalisent leur traitement sur la réaction du groupe à la maladie du patient plutôt que sur la maladie elle-même. En faisant de la thérapie une négociation pour modifier les solutions au problème plutôt que de modifier le problème lui-même, les guérisseurs *Ndembu* mettent en pratique ce qu'on a appelé (la recherche des) „solutions du deuxième ordre“, lesquelles peuvent être plus efficaces que tout effort spécifique visant la modification du problème de base, c.-à-d. (la recherche des) „solutions du premier ordre“. Cette approche reconnaît que chaque membre est lié à tous les autres et que la maladie d'un membre affecte chacun dans la communauté. A ce titre, le traitement implique toutes les personnes pouvant contribuer au problème du patient, restructure le groupe et résout, dans beaucoup de cas, les tensions qui sont à la base du problème. (...) Cette intervention fait bien plus qu'apporter un support culturel. Elle transforme la capacité du patient à exprimer le symptôme et la manière habituelle du groupe à réagir au problème du patient. Bref, elle réorganise la vie de chacun selon les principes du processus de groupe. Chacun est sous le contrôle du guérisseur et se soumet passivement à ce contrôle. De la sorte le guérisseur est en mesure de reconstruire aisément la structure (pattern) antérieure en se débarrassant du symptôme sans devoir l'affronter directement » (Kiev, 1989, pp. 437-438).

Rappelons que toute cette procédure repose sur le principe de base que nous soutenons dans cette thèse : **la membralité** (verticale et horizontale), c.-à-d. la solidarité et l'interdépendance entre les membres d'un même groupe social, vivants et défunts, passés, actuels et à naître. Quiconque perdrait de vue cette philosophie de base risquerait de ne rien comprendre du tout de la popularité et du succès de ce diagnostic.

### 3.3.1.2.2 Le diagnostic étiologique se préoccupe de la place de l'individu au sein du groupe

Comme déjà mentionné plus haut, l'interprétation de l'usage social de la maladie par l'anthropologie médicale, notamment à travers les auteurs cités, est unilatérale. Elle se limite à souligner l'utilisation de la maladie de l'individu par la société. Dès lors la perspective de la psychologie clinique (et respectivement de la psychologie de la santé) complète et enrichit considérablement le regard anthropologique.

En effet, à partir de son souci de préserver les intérêts de l'individu, la clinique a dû établir que la maladie est polysémique du point de vue de l'individu souffrant. Elle peut être un *allègement* pour éviter une situation sociale trop stressante, et une *chance* pour réorganiser sa vie ou même l'intensifier. Elle est aussi souvent *une stratégie* de coping dans les relations sociales : le patient l'exploite dans le sens où il en tire des bénéfices, notamment une attention plus grande et des égards de la part des autres membres, un soutien social... (Giovannini et al, 1986 ; Schwarzer, 1989). Elle peut même devenir un moyen d'exercer son *pouvoir* sur l'entourage. C'est notamment le cas du dépressif (cf. Ellgring, 1990).

Zempléni et beaucoup d'autres auteurs (Parin, Morgenthaler & Parin-Mathey, 1991 ; Ebigbo, 1994 ; Peltzer, 1995) ont souligné que le *mode de projection* est très fréquemment utilisé dans les étiologies négro-africaines. Or, Giovannini dit de ce mode qu'il est un mécanisme de défense contre le stress provoqué par la dégradation de l'état de santé. Il permet à l'individu malade (menacé dans son intégrité) de trouver un autre mode de relation à soi et au monde. Son usage peut donc être bénéfique pour le sujet. La psychologie nous révèle là un autre usage social de la maladie qui a échappé à ou a été négligé par l'anthropologie, sans doute parce que son objet d'étude est le groupe et non l'individu.

On connaît, d'autre part, depuis les études sur les interactions sociales (Bowlby) l'importance des contacts sociaux pour la santé physique et mentale de l'individu. D'après Ellgring (1990), tous les modèles d'interprétation du "*social support*" postulent qu'un stressor menace l'état de santé psychique ou physique et le soutien social combat ce stressor. Pour Nöldner (1989), le comportement de santé le plus

adéquat est celui où le patient est actif et perçoit (vit) émotionnellement de manière positive le soutien de la famille (ou des amis). L'attitude fataliste et passive, par contre, est néfaste pour la santé. On sait également que les représentations mentales de la maladie, notamment la perception de sa maladie dans les cas graves (maladies chroniques, cas d'intervention chirurgicale), ont une influence sur la guérison (Giovannini et al, 1986).

L'usage du diagnostic étiologique montre que le guérisseur traditionnel connaît aussi – de manière pragmatique – ces théories. Toute la thérapie vise à réintégrer l'individu dans le groupe, à lui trouver de nouveau sa place parmi les siens. D'après Turneret (1995), «la divination répond aux questions et aux peurs, rassure l'être face à ses doutes. (...) L'essentiel est de dénouer le patient des liens invisibles qui l'enferment dans sa maladie» (p. 61). Voilà pourquoi le tradipraticien associe tout le monde au processus (Voir aussi Bibeau, corin, Bugaza et al, 1980).

En ramenant la maladie à sa dimension sociale (à son sens social) et en voulant la traiter comme telle<sup>164</sup>, et en associant à la thérapie les parents et même les autres membres de la communauté, le guérisseur dispose là sûrement d'un instrument susceptible d'influer positivement sur l'état de santé du client. Le traitement qu'il administre relève donc du *modèle biopsychosocial*, dont psychiatres et psychologues cliniciens

<sup>164</sup> Pour Zempléni (1982), la démarche du guérisseur africain diffère de manière décisive de celles de la médecine scientifique et de la psychanalyse : «Tandis que la démarche biomédicale méconnaît et que la cure psychanalytique interprète, c'est-à-dire désamorce les conduites projectives-persécutives du sujet malade, les médecines traditionnelles activent et *homologuent* sa tendance profonde à situer la source de ses maux dans une entité subjective ou dans un autre sujet. Pour parler comme Chomsky, elles proposent des modes de performance socialisés à sa compétence projective-persécutive. (...) En ce sens, (...) la démarche de ces "médecines" est fondée sur la pleine reconnaissance de la dimension intersubjective et sociale de la maladie» (p. 9).

Notons en passant que l'hypnothérapie pratiquée par Milton Erickson procède aussi de cette manière. Voici ce qu'en dit Malarewicz : « Cette approche est dite utilisationnelle dans le sens où il s'agit de tenir compte, de reconnaître et de tirer profit de tout ce que propose et montre le patient. Ce parti pris de *connotation positive* facilite le rapport thérapeutique. (...) Le passage de l'état de veille à l'état de conscience modifiée rencontre inmanquablement des *résistances*. Les techniques utilisationnelles ainsi que l'indirection permettent de contourner ces résistances, voire de les utiliser. » (Malarewicz, 1988, p. 247).

Comme Erickson en hypnothérapie, le guérisseur contourne aussi les résistances du sujet en faisant alliance avec lui, dans la mesure où il entérine les théories projectives - ou de "mise en accusation" - du sujet. Mais la question qui reste est : le fait-il de manière consciente et stratégique comme c'est le cas chez le thérapeute systémicien ? La question est intéressante, mais pas pertinente, puisque nous sommes ici dans un contexte de théories implicites, dont Perrez (1983, 1991c) a bien montré qu'elles ne reposent pas sur un contrôle rigoureux et systématique, mais plutôt sur des conjectures et l'expérience individuelle de réussite ou d'échec.

(Eisenberg, 1977 ; Schäfer & Blohmke, 1977 ; Wittling, 1979...) ont vanté les mérites. Il intervient en même temps sur les cognitions, rejoignant par là ce fait scientifiquement analysé par les différentes théories cognitives du comportement de santé.

L'efficacité d'un tel traitement n'est donc pas à chercher d'après les seuls critères du modèle biomédical, mais également et surtout au niveau symbolique et psychosocial (Singleton, 1991). Il n'est pas exclu qu'un produit chimiquement actif opère efficacement chez le guérisseur et soit inefficace dans une institution hospitalière du type actuel.

En nous référant à la distinction que Bruner (1991) établit entre *l'exceptionnel* et *l'ordinaire*, nous pouvons dire que *la maladie organique simple* et parfois même *la maladie organique grave* relèvent de l'événement ordinaire. Celui-ci s'explique de par lui-même (Baker) et de manière simple (Grice). Mais *les maladies psychiques et celles dues (attribuées) à l'envoûtement, à la sorcellerie* relèvent de l'exceptionnel. Leur explication «consistera presque toujours en une **histoire** qui propose une *raison* (ou mentionne une intention<sup>165</sup>). En outre **l'histoire** sera presque toujours invariablement la description d'un monde possible où l'exception rencontrée peut *faire sens*, avoir une 'signification'» (Bruner, 1991, pp. 62-63. Nous soulignons).

Le diagnostic étiologique intervient, en effet, seulement lors de *l'épiphanie* de l'exceptionnel et consiste justement à trouver les éléments de *l'histoire*, c.-à-d. à «trouver une intention qui atténue ou au moins rende compréhensible une déviation par rapport à un élément culturel canonique» (Bruner, 1991, p. 63)<sup>166</sup>. C'est cela qui lui donne son caractère vraisemblable et la rend apaisante, thérapeutique pour les concernés.

Bruner dit aussi du **récit** qu'il a une fonction négociatrice et herméneutique que Hempel a ignorée (c'est Bruner qui le dit) voulant réduire l'histoire à des propositions vérifiables. Voilà aussi pourquoi nous trouvons que les critères en vigueur dans le modèle biomédical ne sont pas adéquats pour expliquer l'efficacité du traitement par les causes culturelles (du diagnostic étiologique).

---

<sup>165</sup> Ce que Bruner écrit ici va dans le sens de la théorie de Zempléni que Fainzang récuse.

<sup>166</sup> Voir aussi l'explication de Corin (1979) sur le traitement par le *Zebola*.

Par ailleurs, on sait qu'il existe une étroite relation au niveau cognitif entre l'expérience de la douleur et des significations symboliques. (Cela transparaît manifestement dans les descriptions linguistiques faites par les patients). Partant, "le fait d'interroger le patient sur la localisation de sa douleur, sur son niveau de souffrance, sur le moment où elle est apparue, sur ce qu'il ressent" (Giovannini et al., 1986, p. 125) et sur son explication de sa souffrance, permet à l'individu de se séparer de sa douleur, d'établir une certaine distance entre lui et sa maladie. Ce procédé est déjà en lui-même thérapeutique (Malarewicz, 1988). C'est justement à un tel procédé que recourt le guérisseur traditionnel négro-africain, déjà lors du diagnostic et également durant la thérapie proprement dite (voir Corin, 1982; Zempléni, 1985 ; Mbonyinkebe, 1989). On peut dès lors comprendre pourquoi cette étape occupe une place très importante, apparemment disproportionnée dans la thérapie du guérisseur<sup>167</sup> (De Rosny, 1981, 1992; Peltzer, 1992).

Ailleurs, Giovannini et al. (1986) notent que "la douleur peut persister jusqu'au moment où le médecin aura assuré au patient que sa maladie est curable : c'est souvent à ce moment que la douleur disparaît ou s'atténue" (Giovannini et al., p. 123).

A partir de là, nous estimons que dans les douleurs (sans lésion organique) rattachées à un envoûtement, à un mauvais œil..., l'intervention du médecin sera souvent assez décevante, parce qu'il ne voudra pas rejoindre l'interprétation étiologique du malade de son mal. Ceci vaut également pour les guérisseurs modernes qui se réclament du modèle médical. Et l'on sait pourtant le rôle que peuvent jouer les valeurs subjectives d'une personne, ses attentes et son évaluation de sa vulnérabilité sur son coping dans la lutte contre la maladie ou pour un meilleur comportement de santé en général (cf. Health-belief-model,

---

<sup>167</sup> Le guérisseur utilise une «démarche généreuse en mi-dires ou "symbolique", écrit Bimwenyi (1981). Sa pensée symbolique dénote une démarche "majestueuse et volontairement nonchalante" (Aguessy). Le locuteur n'est pas pressé de faire connaître son idée principale. Alors il use de tours et détours multiples pour en venir enfin, à l'essentiel. Or cet essentiel n'est pas dit. L'essentiel échappe même à la formulation du mi-dit. Il est de ce qui ne s'énonce pas» (Bimwenyi, 1981, p. 491). Le guérisseur se servira de *l'analogie* en plus. Aussi peut-il exprimer sans exprimer ce qu'il pense. Ce procédé constitue une autre face de la démarche symbolique. Il évoque un signifié qui est proféré comme parole au niveau du mi-dit, lequel est censé atteindre tous les concernés. Ce sont là certaines des techniques dont se sert le guérisseur pour favoriser le *dé-voilement* de la vérité. (Voir encore plus loin dans ce chapitre).



Theory of Reasoned Action, Protection Motivation Theory, cf. Schwarzer, 1989; Allmer, 1989).

Par contre, l'intervention du guérisseur-exorciste sera souvent bien perçue, parce que non seulement il est censé soigner les symptômes du mal, mais également sa cause. En plus, il peut conjurer la mort (*kukanyika lufu : imposer à la mort des barrières qu'elle ne doit pas franchir*). Et là, il rejoint tout à fait l'attente du malade. Voilà pourquoi la médecine africaine peut encore être attrayante en milieu négro-africain. La même raison vaut pour l'attrait exercé par lesdites «médecines alternatives» dans le contexte culturel euro-américain.

### **3.3.1.2.3 Le diagnostic étiologique comme quête du sens (Attributions causales)**

Filipp & Aymanns (1997), rapportent que selon Silver, Boon & Stones (1983), la littérature psychologique relative aux théories subjectives a commencé à s'intéresser aux questions téléologiques comme moyen possible pour surmonter les événements traumatisants. Nous nous demandons si ces recherches auront un lendemain ! Car d'après cet article de Philipp & Aymanns (1997), la recherche du sens de la maladie ne semble pas du tout préoccuper les malades (en l'occurrence les cancéreux)<sup>168</sup>. Non seulement la grande majorité des patients interrogés n'y ont pas fait allusion, mais en plus on a constaté que si le patient abandonnait assez tôt la recherche du sens, cela ne portait nullement préjudice à son bien-être psychique.

D'autre part, on sait que pour la médecine universitaire, c'est un vrai non-sens pour le médecin ou l'infirmier de chercher un sens quelconque qui se cacherait derrière l'affection « à combattre ». Cependant, on peut se demander si le désintérêt montré par les patients n'est pas dû au désintérêt montré par le médecin et le système

---

<sup>168</sup> Il semble que les patients des médecines parallèles s'intéressent eux au sens de leur maladie. Le moment à partir duquel ils commencent à se poser des questions sur leur maladie est exactement le même que dans les cultures négro-africaines, à savoir (1) lorsque l'événement est vécu comme menaçant et pesant, et/ou (2) lorsqu'il ne répond pas à certaines attentes (Cf. Hasenbring, 1990, cité par Knaus, 1993, pp. 59-60).

dans lequel il évolue. Toutefois en ce qui concerne l'Afrique les choses se déroulent autrement.

Nous avons écrit plus haut que le diagnostic étiologique n'intervient pas d'emblée en toute situation de maladie, mais seulement lorsque celle-ci a dépassé le seuil de l'événement ordinaire. Elle exige alors qu'on lui trouve un sens, c.-à-d. qu'on l'apprivoise. En effet, nous avons vu que le Négro-africain (*muntu*) se comprend comme une *recherche* assidue, toujours-en-cours, toujours-à-reprendre et jamais-achevée, ascension de ses propres épaules ou assaut de l'horizon (Bimwenyi, 1981).

Étant donné cette définition, il ne peut pas s'arroger le droit d'introniser le Néant ou l'Absurde (cf. la tentative de l'une des tendances de la philosophie existentialiste : Sartre, Camus ; voir aussi Qohelet dans l'A.T.). Se sachant inachevé au niveau de la connaissance (il s'abstient des vues totalisantes) et au plan de l'agir (cf. l'impossible assaut de l'horizon), il se reconnaît comme un être sans cesse en devenir, comme un grain en train de devenir baobab, et donc toujours en quête de sens.

La situation de maladie grave, «maladie non ordinaire», devient ainsi une occasion toute faite pour relancer la quête de sens provisoirement interrompue ou assoupie. Voilà pourquoi le malade va de consultation en consultation *jusqu'à ce qu'il ait trouvé un brin de sens à cet événement* qu'il essaie de saisir dans un contexte plus grand que celui où il est apparu.

C'est cela la mission qu'il assigne au *nganga* qu'il vient consulter. Celui-ci ne peut y parvenir qu'en recourant au diagnostic étiologique. Dès que le sens est trouvé, l'événement-maladie perd son aspect étrange et inquiétant, l'individu est calmé et peut dès lors se soumettre en toute tranquillité au traitement médicamenteux et/ou rituel. Cet apaisement n'est-il pas déjà en lui-même thérapeutique ?

En référence au contexte euro-américain (qui a une très forte connotation individualiste), Filipp & Aymanns (1997) rapportent que les processus d'attribution sont engagés dès que l'individu s'aperçoit d'une incongruence entre ses expériences concrètes d'un côté et les attentes

ou les connaissances antérieures de l'autre<sup>169</sup>. C'est apparemment surtout lors des expériences négatives.

Le recours aux attributions causales sert non seulement à la reconstruction de la genèse de la maladie et à la régulation des effets des émotions, mais également à la manière dont les patients essayent de surmonter leur maladie et ses suites. Ce rôle central attribué aux attributions est le seul susceptible d'expliquer pourquoi les malades chroniques se donnent tant de mal à modifier leur régime alimentaire ou leur style de vie : ils auraient structuré la genèse de leur maladie conformément aux causes qu'ils auraient appréhendées et seraient maintenant enclins à combattre ces causes et à limiter leur efficacité.

Bien que dans le contexte culturel euro-américain les théories d'attribution se contentent le plus souvent de la recherche des causes matérielles de la maladie sans pousser jusqu'aux causes spirituelles et à son message, nous considérons qu'elles sont à leur manière *une recherche du sens* de ce qui s'est passé. Elles font le diagnostic *étiologique* « à l'européenne ». C'est ainsi qu'elles corroborent à leur tour ce que nous venons d'expliquer du point de vue culturel africain sur ce type de diagnostic.

Nisbett & Wilson (1977) pensent que les attributions causales évoquées sont générées par les questions du chercheur, qu'elles n'ont donc pas l'importance que la littérature semble leur attribuer. Cet argument ne nous convainc pas, parce que l'analyse des cognitions causales spontanées fournies explicitement par les patients (ou implicitement sous la forme de négation de certaines causes) ainsi que par les bien-portants dans la justification de leur « invulnérabilité » soulignent bien l'importance du thème. A cet argument déjà suffisant en lui-même, on peut rajouter dans le contexte africain, la recherche du sens telle que nous l'avons analysée.

Ces différents aspects que nous venons de parcourir attestent chacun à son niveau la pertinence de la médecine traditionnelle et surtout de son diagnostic étiologique.

---

<sup>169</sup> On peut dire plus simplement que c'est la dissonance cognitive dans ses différentes articulations qui déclenche les processus d'attribution.

### 3.3.1.3 Les ancêtres et les esprits peuvent-ils être causes des maladies ?

Le discours anthropologique du chapitre deux a relevé l'importance fondamentale de la notion d'ancêtres pour les populations africaines. Il a en outre stipulé que les ancêtres peuvent être agents de maladies pour leurs descendants. Qu'en est-il de la pertinence de ce concept pour les sociétés industrialisées ? Peut-il y être aussi opératoire ? La théorie intuitive étiologique y relative peut-elle trouver une explication rationnelle valable dans un contexte où prédomine l'esprit cartésien ? Ces questions sont généralement écartées d'office dans le contexte euro-américain. A-t-on vraiment raison de le faire ? Nous allons voir dans ce paragraphe que ces questions sont pertinentes même pour les Euro-Américains comme on peut déjà l'entrevoir à travers la conceptualisation systémicienne.

Dès le début des années 1970, en développant sa théorie des *loyautés invisibles*, Boszormenyi-Nagy attirait déjà l'attention des thérapeutes sur la nécessité de devoir prendre en considération l'imbrication des générations lors du processus thérapeutique.

Il soulignait que la loyauté, bien qu'agissant généralement de manière positive, comprenait aussi des zones sombres. En effet, elle peut transmettre un droit acquis à la destruction et léguer celui-ci aux générations suivantes. Ce que Nagy a appelé un processus entropique<sup>170</sup> (un "*entitlement*" destructif).

Cependant, ce schéma n'est pas une fatalité. Il peut être interrompu, notamment par l'acquisition d'un *entitlement* constructif. Ce qui advient lorsqu'on prête un peu plus d'attention à la balance de justice, c.-à-d. *en veillant aux générations à venir et en recherchant activement des liens avec celles qui précèdent*. C'est ainsi que se crée une spirale positive (Cf. Igodt, 1988. Nous soulignons).

---

<sup>170</sup> Voici ce qu'en disent les auteurs du *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques* « L'entropie d'un système caractérise son degré de désordre. Ce terme, ainsi que celui de *néguentropie*, est emprunté à la thermodynamique. Il définit, dans le *système familial*, ce qu'il en est de l'absence ou de non-respect de *règles* claires et apparentes, d'*interactions* stables ou encore d'*alliances*. Ces éléments régulent les *relations* entre les membres de la famille et leur évitent d'avoir à affronter constamment des *situations* de *crise*. » (Cf. Benoît & Malarewicz, 1988 : p. 154).

Bien que Nagy ait déjà souligné l'importance de cette dimension *inter* et *transgénérationnelle*, on constate cependant que de manière générale, pour les thérapies issues de près ou de loin des milieux universitaires (euro-américains) ou des théories scientifiques, les défunts (les ancêtres) et la génération à venir n'interviennent dans le processus thérapeutique que s'ils constituent un problème pour les membres vivants actuels, pour les consultants. Par conséquent, elles s'interdisent de s'y référer spontanément. Ce que font, par contre, différentes formes de spiritisme (et depuis peu certains groupes de prière aussi. Cf. Kraft, 1995).

Si donc le spiritisme trouve aujourd'hui encore des clients dans les pays industrialisés – et ils sont nombreux (Cf. Panu-Mbendele, 1997) –, c'est que son discours rencontre une résonance en ces clients, sans que cette résonance soit pathologique.

Nous soutenons que tant que les religions continueront à proclamer l'existence d'une autre vie au-delà de la mort – elles ont bien raison de le faire –, les morts resteront une réalité actuelle pour les vivants, même si ces derniers n'en parlent pas habituellement. Il est regrettable que les thérapeutes continuent à considérer ce thème comme non pertinent.

De ce point de vue, la conception africaine nous semble plus cohérente quand elle revalorise clairement cette réalité qu'elle incorpore même d'office dans le processus thérapeutique, surtout la réalité des ancêtres. La sociologie et l'anthropologie culturelle reconnaissent aux ancêtres la fonction sociale de police virtuelle, de garde-fous. Vus sous cet angle, on peut bien les considérer comme superflus dans une société disposant d'une police objective. Mais ce n'est pas là l'unique raison de leur existence sociale. Ils remplissent aussi une fonction psychosociale particulièrement importante.

En effet, la principale fonction de l'ancêtre est de véhiculer les *mythes familiaux* ou les zones d'ombre, c.-à-d. les *secrets de famille*, qui lui sont attachés. « Dans la construction du *roman familial*, l'ancêtre apparaît souvent comme un personnage susceptible de servir de modèle soit dans la réalisation d'un objectif, soit pour la façon dont il a pu franchir

les différentes phases du *cycle de vie*<sup>171</sup>, peut-on lire dans le *Dictionnaire clinique...* de Benoît, Malarewicz et al., (1988, p. 15). Cette fonction ressort avec une force extraordinaire dans les épopées et les chants "nationalistes". Et on sait que ces derniers réussissent souvent à re-mobiliser les énergies d'un peuple pour se battre même pour une cause que l'on croyait pourtant déjà perdue. C'est que l'individu se sent invité à s'identifier à ses illustres ancêtres, à leur rester fidèle, *loyal*.

Ce besoin de loyauté et d'identification le pousse à placer entre parenthèses - pour un temps - son habituelle rationalité linéaire et à se laisser ainsi envahir par une logique atemporelle. Les limites temporelles (passé, présent, futur) perdent leur poids habituel. Il se sent revivre *en ce moment* dans l'individu, ce héros du *passé* qui, de nouveau, veut façonner *l'avenir*. Voilà pourquoi l'individu vibre en lui à l'écoute de la poésie ou de la musique épique.

Ne pas accomplir ce devoir sacré lui apparaît comme une vraie trahison. Les chefs militaires le savent très bien. C'est pourquoi ils font jouer abondamment les marches militaires en temps de guerre. De même, pour bien mobiliser les énergies de leurs adeptes et pour séduire des nouveaux membres, les politiciens populistes célèbrent avec pompe les fêtes des héros nationaux antiques ou celles de ceux qu'ils considèrent comme leurs héros. Ainsi, par exemple, la fête de Jeanne d'Arc pour le *Front National* français, l'anniversaire de la naissance de Hitler pour les *Néonazis*...

Ces exemples mettent clairement en lumière que le thème „ancêtre“ ne peut perdre de son actualité chez aucun peuple. Il est un référent mythique suffisamment efficace dans l'actualité de l'individu et/ou du groupe et qui les dope dans leur confrontation avec la dure réalité de la vie. Il est souvent sous-jacent aux expressions apparemment banales du type : "On ne fait pas ça chez nous", "Cela n'est pas permis", etc.

---

<sup>171</sup> Selon la distinction que Rorty (1976) établit entre personnages, figures, selfs, individus et personnes, les ancêtres sont plutôt des figures. « Les *figures* sont définies par leur place dans le cours d'un drame ; leur rôle ne leur est pas assigné du fait de leurs traits de caractère, mais elles ont les traits de leur modèle dans le mythe ou dans le texte sacré. Ce sont des personnages tracés à grands traits, qui deviennent des figures emblématiques [...] Leur rôle et les traits qui les caractérisent leur viennent des récits anciens. La narration, l'intrigue priment tout... Quoi qu'elles fassent par ailleurs, elles remplissent avant tout leur rôle. Une figure n'est pas façonnée par l'expérience ; elle n'a d'ailleurs pas d'expérience ».

Quant à la théorie intuitive apparemment irrationnelle des ancêtres causes des maladies, une explication peut être trouvée à l'intérieure de la grande théorie bien connue de l'influence des croyances sur le corps. Mais il y a aussi lieu de l'expliquer en recourant aux concepts systémiques de la thérapie familiale contextuelle de Boszormenyi-Nagy, à savoir, les concepts de *loyautés*, *legs*, *dettes* et *mérites*. Cette interprétation est moins connue. Voilà pourquoi nous aimerions nous y attarder un peu.

La *loyauté*, est pour Nagy, la force régulatrice des systèmes humains, le fondement de toute interaction familiale, aussi bien pour l'enfant que pour l'adulte. La base de la loyauté familiale est la consanguinité. Le fait d'avoir reçu la vie fait que l'enfant a un devoir éthique à l'égard de ses parents et qu'il veut s'en acquitter. C'est une loyauté existentielle qui a trait au patrimoine légué par les générations antérieures.

Au cours de la vie, les liens horizontaux de loyauté coupent ceux de loyauté verticale. Ces derniers sont asymétriques et irréversibles : on reste pour toujours l'enfant de ses parents et parent de ses enfants. On attend de chacune des relations entre les membres qu'elle réponde à la confiance mutuelle, aux engagements et aux dettes qui structurent ces liens transgénérationnels. Heireman (1989) écrit : « La loyauté de base consiste à œuvrer pour la survie du groupe. Pour être un membre loyal, on doit *incorporer* ces attentes. » (Heireman, 1989, p. 47). La rupture, le relâchement ou la négation de cette loyauté verticale entraînera de graves souffrances dans les nouvelles générations : les symptômes et le comportement autodestructeur peuvent manifester des "*loyautés invisibles*".

La notion de loyauté recouvre celle de la *balance de justice*. Nagy explique qu'il existe dans les familles, tout au long des générations, un *grand livre des comptes* dans lequel on consigne une comptabilité précise des relations entre les membres. On tente et on espère rajuster dans une génération ultérieure ce qui a été déséquilibré dans une génération antérieure (le *legs*). En ce sens, la loyauté concerne également le patrimoine des générations antérieures. « Chaque individu reçoit un legs rédigé bien avant sa naissance. Il s'agit ici d'une tâche, d'un mandat, d'une attente. La notion de patrimoine implique qu'il peut

créer quelque chose de mieux à partir du passé » (Heireman, 1989, p. 47).

Appliquée à l'Afrique et au problème des ancêtres, on peut expliquer cette étiologie de la manière suivante : la tradition véhicule avec une persuasion incontestable le message selon lequel les vivants ont une immense dette existentielle envers leurs ancêtres. Ceux-ci leur ont transmis la vie et légué le territoire national et leur nom, "*les originaires de...*", qui leur permet de s'identifier et de se différencier par rapport aux autres peuples, groupes ou familles.

Le point de fierté et d'honneur de l'enfant, (*l'originaire de...*), réside dans la perpétuation de son beau nom, de son origine, de son peuple. Ceci se fait par le respect strict de la tradition, c.-à-d. par le respect des us et coutumes de son peuple. Il peut arriver un jour que cet enfant transgresse ces us et coutumes, à l'insu de tout le monde. Cela n'empêchera pas que la transgression soit punie, car il ne peut pas se cacher à lui-même qu'il est un enfant indigne de ses ancêtres et de son peuple ou groupe, qu'il s'est montré *déloyal* en commettant cette transgression.

L'Ego du groupe intériorisé dont nous avons parlé plus haut va intervenir et préparer l'individu à subir un châtiment réparateur. Ce châtiment s'exprime sous forme de maladie psychique ou psychosomatique. Il est en fait une autopunition et intervient comme un moyen de réparation du tort commis, un rééquilibrage *de la balance de justice*.

C'est pourquoi cette maladie ne peut être guérie qu'après l'aveu public et la réparation matérielle de l'infraction. C'est cela que véhicule l'aveu des Africains selon lequel la médecine hospitalière est incapable à guérir de manière satisfaisante les *maladies non naturelles*.

D'aucuns objectent que cette conception ne se rencontrerait, à la rigueur, qu'auprès de la catégorie des gens dite traditionnelle, mais pas auprès des citadins et surtout pas auprès des jeunes nés et ayant grandi en ville. Une telle objection dénote une méprise de la complexité de la situation des citadins africains. On surestime exagérément l'impact du phénomène "ville" sur l'évolution des mentalités dans l'Afrique contemporaine. C'est comme si l'on ignorait que la grande



majorité de la population dans les métropoles africaines est encore constituée de gens de la première, deuxième et troisième génération ; que les enfants de la quatrième et cinquième génération sont une infime minorité, sociologiquement insignifiante à cause de leur nombre et de leur âge.

Autrement dit, le milieu rural et les traditions continuent encore à exercer de manière massive leur influence sur la population urbaine. Certes, l'adhésion personnelle à ces traditions n'est pas aussi forte chez les jeunes citadins que dans la population rurale. Et on doit, en outre, reconnaître que l'influence de la vision euro-américaine du monde a déjà touché toute la population africaine, car, comme nous l'avons écrit au chapitre 2, dans la remarque préliminaire, pratiquement tout Africain est aujourd'hui en transition. Cette influence est sans conteste beaucoup plus forte et plus palpable chez les citadins. Malgré cela, la survivance des traditions en milieu urbain n'est pas du tout de l'ordre du folklore, comme certains le prétendent. Voici un exemple pour corroborer notre thèse.

L'infidélité conjugale de l'épouse<sup>172</sup> est considérée dans la tradition *luba* (R.D.C.) comme un tabou très grave. Son infraction est toujours supposée entraîner une maladie susceptible de conduire à la mort si on n'intervient pas promptement au moyen d'un rite ad hoc. Or, voici qu'on rapporte actuellement en milieux urbains *luba* que certaines femmes commettent l'infidélité conjugale sans que cela ait des conséquences

---

<sup>172</sup> L'infidélité de l'homme joue un rôle moindre. Elle n'a de l'effet que sur le nourrisson. Pourquoi celle de la femme est-elle si importante ? On a souvent vu derrière les interdictions faites aux femmes – elles sont beaucoup plus nombreuses que celles dirigées vers l'homme – une manière phallocratique de s'assurer la soumission de la femme. C'est sans doute vrai. Mais si on y regarde de plus près, on verra que la plupart de ces interdits sont relatifs à la vie. Dans la représentation mentale africaine, la femme est la gardienne de la vie. Voilà pourquoi dans une société où, comme nous l'avons déjà souligné, le verbe joue un rôle fondamental dans la régulation des rapports entre les hommes, la malédiction d'une mère contre son enfant est supposée avoir un effet fulgurant, alors que celle du père agit dans le temps. De même la sorcellerie de la femme est plus redoutée que celle de l'homme. On ne badine pas avec la vie. Laisser la gardienne de la vie se comporter de n'importe quelle manière, c'est s'exposer à de graves dérives, notamment de voir toute la société se désintégrer et avec elle la vie de l'individu. Cela la société africaine traditionnelle ne l'a jamais voulu et ne l'a jamais toléré. D'où le nombre élevé de tabous sexuels. A notre avis, la société a inventé les tabous et les interdits comme une stratégie plus économique de faire respecter la loi et l'ordre social au quotidien. Comme ils s'adressent à l'hémisphère droit du cerveau, on n'a pas besoin de les expliquer en détail. Leur portée est globale et diffuse et touche tous les aspects de la vie. Une fois intériorisés par l'individu, le groupe social peut désormais vaquer à d'autres activités, l'individu devenant l'agent de contrôle de son propre comportement ! Quelle astuce !

quelconques sur elles-mêmes ou sur leurs familles, comme le prévoit la tradition.

Mais on s'empresse de préciser que pour pouvoir obtenir cette performance, la femme infidèle *doit se soumettre à un rite secret et/ou utiliser des substances susceptibles de la protéger contre la tradition*. Et on rajoute que la neutralisation de la tradition exerce son pouvoir seulement aussi longtemps que cette femme et sa famille (mari et enfants) restent en ville. Si cependant l'un d'eux foulait le sol du village du vivant de celle qui a violé le tabou, même pour une courte visite, et si surtout il partageait la nourriture du village, fût-ce un verre d'eau qu'il boirait, toute la famille se retrouverait aussitôt sous l'influence de la tradition, deviendrait vulnérable et le mécanisme de justice, qui était en sursis, se mettrait en branle aussitôt et automatiquement en vue de l'application du châtiment. D'ailleurs elle-même devra tôt ou tard avouer son forfait, au moins avant de mourir, si elle tient à s'épargner une pénible agonie. Cet exemple nous renvoie à notre thème principal, la *membralité*, et souligne à sa manière l'importance de *l'ego du groupe*.

Que peut-on déduire de cet exemple ? (1) Que la vie citadine émancipe d'une certaine manière du respect strict de la tradition. (2) Celle-ci reste toutefois vivante et se montre vivace dans l'esprit des membres : ce qui explique dans cet exemple la nécessité de recourir à une sorte d'antidote pour neutraliser l'effet punitif de la tradition. (3) Cette neutralisation n'est qu'un sursis et un trompe-l'œil. La chose devant tôt ou tard être révélée pour que l'harmonie soit de nouveau rétablie. Cette survivance et cette vivacité de la tradition dans le milieu urbain attestent que les citadins croient fermement en l'intervention des ancêtres dans leur vie.

Nous avons déjà développé au chapitre deux une tentative d'explication d'ordre épistémologico-philosophique sur Dieu, les ancêtres et la nature entendus comme causes des maladies. Nous espérons que celle-ci d'ordre psychologique (systémique) aura été un bon complément et aura permis d'avancer un peu plus dans la compréhension de l'importance de l'interconnexion et l'interdépendance (le *bonding*, la *membralité*) entre les êtres en général et particulièrement entre les êtres humains.

### 3.3.2 Appréciation des techniques traditionnelles

Après avoir parcouru l'utilisation du diagnostic et particulièrement du diagnostic étiologique, il convient maintenant d'apprécier du point de vue psychologique les techniques utilisées par la médecine traditionnelle. Comme déjà vu au niveau du diagnostic, les guérisseurs traditionnels africains recourent à bien des techniques pratiquées en psychothérapie scientifique. Ils justifient eux-mêmes leur emploi sur base de la tradition ou de l'expérience personnelle.

L'explication que nous apportons est le fruit de notre recherche personnelle, qui n'est encore qu'à ses débuts. La première ébauche de cette recherche a été le mémoire de fin de formation en thérapie familiale systémique (cf. Panu-Mbendele, 1997b). Suite à une vague intuition, nous nous étions fixé la tâche de tenter une confrontation entre les techniques des *nganga* et celles proposées par la systémique.

Nous avons pu ainsi nous apercevoir que les recoupements sont très nombreux, comme le dit van Quekelberghe (1994) dans le texte cité en exergue. Aussi nous sommes-nous laissé convaincre que les techniques des *nganga* sont d'authentiques psychothérapies, de même valeur que celles issues des milieux universitaires. La grande différence restant que les *nganga* n'ont pas beaucoup développé leur niveau de théorisation et de vulgarisation de leur savoir.

Cela fait que, même leur recours à l'expérimentation reste plutôt cantonnée dans la sphère privée. Bien qu'il leur arrive parfois d'échanger leurs connaissances lors d'une intéressante rencontre, ils sont plutôt méfiants les uns envers les autres. Aussi évitent-ils en principe d'exposer leurs techniques et savoirs à leurs collègues. Ceci est dû évidemment au fait qu'ils recourent à d'autres prémisses épistémologiques que celles de la démarche scientifique.

Nous reprenons ici une partie de ce travail en y apportant quelques éléments nouveaux. Mais avant cela, nous aimerions exposer les caractéristiques fondamentales du traitement clinique psychologique et relever dans quelle mesure le traitement des *nganga* s'accorde avec elles. Nous sommes conscient que cette démarche comparative à laquelle nous recourons continuellement dans ce travail est critiquable,

puisqu'elle vise une sorte d'homogénéisation du savoir et des techniques thérapeutiques et qu'elle implique la préséance de la démarche dite "scientifique" c.-à-d. la présence de l'imaginaire euro-américain instauré depuis trois siècles.

Mais nous pensons que c'est la démarche la plus appropriée si on veut réhabiliter la médecine des *nganga* durant cette période de la "dictature" de "la pensée scientifique"<sup>173</sup>, dont la démarche ordinaire est de toujours minimiser ce qu'elle ne saisit pas et d'ignorer ce qui ne répond pas à ses critères (Narby, 1995).

### 3.3.2.1 Caractéristiques générales du traitement en psychologie clinique

D'après Perrez & Baumann (1991a), l'intervention clinique psychologique se définit en fonction de deux caractéristiques principales et de quelques caractéristiques secondaires.

Elle se caractérise d'abord par l'utilisation de *la méthode psychologique clinique*, c'est-à-dire par le choix des moyens psychologiques d'influence dont le point de départ se situe dans le vécu et le comportement et s'actualise à travers l'interaction sociale entre l'intervenant et le client. De tels moyens psychologiques sont entre autres *l'entretien*, *l'exercice* ou *la relation interpersonnelle* lorsqu'ils sont utilisés comme facteurs d'influence<sup>174</sup>. Ces facteurs peuvent viser tout aussi bien des processus psychiques que des états somatiques quelles qu'en soient les causes.

La deuxième caractéristique principale réside dans ses *fonctions* qui la différencient de l'intervention en psychologie pédagogique, en

---

<sup>173</sup> D'une part, la démarche scientifique ne reconnaît comme valable que ce qui correspond aux critères de validité qu'elle a établis et, d'autre part, elle minimise ce qu'elle ne saisit pas (Narby, 1995). Certes, «le prodigieux développement de la science depuis trois siècles» a prouvé l'efficacité de ces critères. Mais de là à les considérer comme les seuls valables, il y a une distance qu'elle devrait s'abstenir de franchir, au moins au nom de son critère d'objectivité. Mais hélas, comme le fait remarquer Bourdieu (1972, 1980), l'objectivisme omet souvent d'objectiver sa relation objectivante. La démarche scientifique a des a priori qu'elle ne veut pas expliciter, mais qu'elle projette sur la réalité qu'elle observe et dénie en même temps à toute autre démarche la capacité d'émettre un point de vue valable sur cette réalité. C'est cela que nous considérons comme une inacceptable «dictature de la démarche scientifique», un abus de pouvoir.

<sup>174</sup> Comparez au titre du livre de Nathan (1994) : «*L'influence qui guérit*».

psychologie du travail et en psychologie de l'organisation. Ces fonctions sont : *l'épanouissement, la prévention, le traitement et la réhabilitation*. Elles sont en étroite relation avec les notions de santé et de trouble (psychique et somatique).

Les caractéristiques subsidiaires concernent :

- *Les processus engagés en vue des **buts proches** (micro-résultats) et des buts éloignés (macro-résultats) à atteindre.* L'intervention doit pouvoir définir de manière assez précise les moyens à mettre en œuvre pour pouvoir atteindre ces objectifs.
- *La rationalité de la démarche.* L'intervention clinique doit avoir un *fondement théorique* rationnel tiré du corpus psychologique et permettant un *contrôle empirique* (la répétabilité et la répliquabilité). C'est cela qui lui donne sa valeur scientifique, c.-à-d. qui fait d'elle un savoir public et partagé.
- *Enfin, elle doit être appliquée par des psychologues qualifiés (experts) et dans un cadre professionnel.*

Voilà ce que ces auteurs ont décrit au niveau général de l'intervention psychologique clinique. Plus loin, Perrez (1991b) systématise encore davantage la partie proprement thérapeutique dans l'intervention. Il y distingue quatre phases, à partir de la perspective du thérapeute : *l'indication, la construction du lien thérapeutique, la mise en œuvre de l'apprentissage thérapeutique* et enfin *l'évaluation et la fin de l'apprentissage thérapeutique*. Ces phases sont schématisées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 10 : *Phases du processus thérapeutique (Perrez, 1991b, p. 101)*

PHASE	BUTS	MOYENS
1. INDICATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicitation par le diagnostic</li> <li>- Recherche de la méthode thérapeutique appropriée : Intervention médicale ? Intervention psychologique ? Quelles méthodes de traitement psychologique clinique ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interview / Anamnèse</li> <li>- Tests de personnalité et tests cliniques</li> <li>- Examen psychologique et/ou médical, selon les situations</li> </ul>
2. ÉTABLISSEMENT DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Structuration des rôles (faciliter et expliquer au client son rôle de patient)</li> <li>- Élaboration des attentes positives de changement</li> <li>- Construction de la relation thérapeutique</li> <li>- Explication du trouble au moyen d'un concept étiologique global</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualisation de l'estime de soi et d'empathie</li> <li>- Explication des règles du jeu thérapeutique</li> <li>- Contrat thérapeutique</li> </ul>
3. MISE EN SCÈNE DE L'APPRENTISSAGE THÉRAPEUTIQUE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construction systématique des compétences (<i>comportementalisme</i>)</li> <li>- Analyse et prise de conscience des motifs du comportement et du vécu (<i>psychanalyse</i>)</li> <li>- Restructuration de l'image de soi (<i>thérapies humanistes</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recours à des techniques spécifiques</li> <li>- Observation continue et évaluation du processus thérapeutique</li> </ul>
4. ÉVALUATION AVANT/APRÈS LA FIN DU TRAITEMENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explication psychodiagnostique des moyens pour atteindre les buts thérapeutiques</li> <li>- S'assurer de la généralisation des résultats de la thérapie</li> <li>- Fin formelle de la relation thérapeutique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien</li> <li>- Procédés diagnostics</li> <li>- Réduction des rendez-vous thérapeutiques, selon les circonstances</li> <li>- Rendez-vous pour la clôture officielle de la thérapie</li> </ul>

Renvoyant à Goldfried (1987), Perrez souligne explicitement que tout processus psychothérapeutique «procure au patient, sous certaines conditions, la possibilité de faire de nouvelles expériences relationnelles, de recevoir un feed-back sur son propre comportement, d'être incité à d'autres formes d'aborder la réalité et d'exercer de nouvelles compétences. Du point de vue cognitif (...), les psychothérapies offrent au patient une explication lui permettant de comprendre les symptômes et d'en déduire les procédures thérapeutiques» (Perrez, 1991b, p. 102).

Concernant l'utilisation des moyens psychologiques pour soulager (et même pour prévenir) les problèmes des gens - que ces problèmes soient psychologiques ou simplement somatiques et même génétiques -, Perrez soutient (déjà depuis longtemps) que ce n'est pas une invention de la psychothérapie scientifique débutée au 18<sup>e</sup> siècle. Les guérisseurs de tous les temps les ont utilisés. Il rappelle entre autres que, déjà dans

(ou plutôt depuis) l'antiquité, la musicothérapie et la thérapie par la danse ont été utilisées pour soigner des états mélancoliques. Même «l'exorcisme mérite d'être considéré comme un rituel pré-scientifique de traitement des problèmes psychiques» (Perrez, 1991a, p. 22).

Revenons aux *nganga africains*. Il faut reconnaître que les caractéristiques (principales et secondaires) et les phases du processus thérapeutique, les buts et les moyens utilisés décrits ci-dessus se retrouvent tels quels dans leurs procédures thérapeutiques.

Les différences (faiblesses des procédures des *nganga*) que l'on peut relever se situent non au niveau des caractéristiques principales (méthodes et fonctions), mais au niveau secondaire, notamment dans la rationalité de la démarche, si on entend rationalité uniquement dans le sens partiel et partial retenu par la démarche expérimentale. Ainsi, comme nous l'avons déjà souligné, la théorisation est peu structurée - dans le contexte de la rationalité scientifique<sup>175</sup> - et le contrôle des hypothèses au moyen de l'expérimentation n'a pas et ne vise pas la même rigueur que celle préconisée par la psychothérapie scientifique.

Mais l'absence de la même rigueur ne doit pas être confondue avec l'absence du contrôle des hypothèses et la déduction des règles ou principes en vue de la pratique. Nous soutenons, comme Nathan (1994), que la véritable pensée des guérisseurs réside dans leurs pratiques et non dans les théories qu'ils affichent. Ces théories sont plutôt des sortes d'outils auxiliaires. Ainsi en observant attentivement la pratique d'une *nganga* réunionnaise (Mme Visnelda), armé de sa logique analytique euro-américaine (et chaussant les lunettes psychanalytiques), Nathan a pu y déceler cette rationalité : une pratique motivée par un double objectif :

- (1) Inscrire les troubles du patient dans la logique de "la vectorisation du corps". La guérisseuse (et l'ensemble de la culture) perçoit son corps comme vecteur du trouble. Celui-ci y entre en venant du patient, y circule et en sort expulsé ;

---

<sup>175</sup> Comme le montre la tentative d'explication que fournit Nathan (1994) ci-dessous (voir aussi Horton, 1967), il est impropre, inadéquat, de parler de pauvreté de théorisation. Il s'agit d'une perception qui est influencée par les critères - critiquables - de la rationalité scientifique. Leur théorisation est suffisante et cohérente et même très sophistiquée lorsqu'on la place à l'intérieure de la vision globale de l'homme où elle prend sens.

(2) Reconstruire des sortes de frontières inaliénables de la personne souffrante.

Par conséquent, sa technique évolue en deux temps : (1) inscrire dans le corps les oppositions théoriques servant à métaphoriser la notion dedans/dehors, (2) inverser une pénétration sorcière ou diabolique.

«Dans ce dispositif, écrit-il, le thérapeute est l'incarnation même de l'opérateur technique. En cela, sa vie, ses expériences passées, (...) son discours et ses actes, brefs, tout ce qui transparaît de lui, concourt – et de manière redondante – à l'identifier comme étant le lieu-même de l'expression du lien, lien lui-même. Ainsi, Madame Visnelda, lieu de passage entre les puissances du Bien et le monde infesté de sorcellerie et de malveillance, est-elle à la fois l'agent par lequel se purifie le monde et l'illustration vivante du mécanisme par lequel il est possible d'inverser la pénétration sorcière. C'est pourquoi, rien dans son discours n'est inutile ou anecdotique, rien dans ses actes n'est magique ou folklorique, tout relève d'une procédure technique, d'une entreprise cohérente et même d'une rare homogénéité» (Nathan, 1994, pp. 52-53)<sup>176</sup>.

Mais qu'on n'aille pas lui demander de justifier cela rationnellement selon la logique euro-américaine et encore moins dans des catégories de la psychothérapie scientifique euro-américaine<sup>177</sup>.

Plus loin dans son livre, Nathan approfondit davantage l'analyse de ses observations et considère les techniques des *nganga* comme des opérateurs thérapeutiques d'une efficacité redoutable. Par opérateurs thérapeutiques, il entend : *des procédures logiques induites par le thérapeute et qui agissent comme de véritables contraintes sur le malade*. Ne retrouvons-nous pas ici littéralement cela que Perrez & Baumann (1991a) entendent par utilisation des moyens psychologiques d'influence comme première caractéristique principale de l'intervention psychologique clinique ?

---

<sup>176</sup> Voir à ce propos notre description phénoménologique des *Mikendi* (Panu-Mbende, 1995), reprise plus loin dans ce chapitre : 3.2.2.5.1 : *Le langage*.

<sup>177</sup> On se souviendra que le célèbre psychiatre américain, Milton Erickson (1901-1980), se servait de lui-même comme un élément central d'un changement thérapeutique. Ce qui était entièrement nouveau en psychothérapie euro-américaine. Cette innovation est sans aucun doute tributaire des apports des techniques non euro-américaines que Erickson avait découvertes à travers ses échanges avec la célèbre anthropologue Margaret Mead sur les états de transe.



Ces opérateurs thérapeutiques sont au nombre de trois, d'après Nathan (1994) : *l'inversion*, *la médiation* et *l'analogie*.

Dans la phase **d'inversion** (intervenant surtout dans l'étiologie d'envoûtement), la théorie de sorcellerie (les démons) organise la topique imaginaire : le patient n'est pas déprimé, mais investi par les sorciers (les démons). Le *nganga* démontre ensuite concrètement l'existence du mécanisme d'inversion : il montre un objet matériel extrait du corps du patient, ou ramené de son voyage chamanique, comme signe manifeste de l'investissement par les sorciers. Cette technique vise à amener le patient (et sa famille) à conclure que "si les démons (les sorciers) entrent, ils peuvent (aussi) sortir".

Le thérapeute ne s'enquiert pas sur la vie du patient, ses relations avec les autres. Il part de l'absence de contenu qui est là, passe par un leurre (la théorie des démons) pour enfin déclencher le fonctionnement d'un opérateur thérapeutique qui s'impose ensuite au malade. Comme tous les contenus inscrits dans l'espace du dispositif thérapeutique peuvent être investis par "contagion générale", même la pathologie en question sera investie. Aussi se trouvera-t-elle entraînée inévitablement dans le processus d'inversion.

L'investissement de l'espace peut aussi advenir par contagions successives, partant du thérapeute qui l'a déclenché pour atteindre le destinataire principal en passant par les voisins (parents) et tous les objets présents.

La **médiation** s'opère dans deux espaces délimités (comme les mariages et la sorcellerie). Le médiateur principal est l'objet de divination (ex. les figurines). Le deuxième médiateur est le guérisseur qui assume la médiation principale réelle.

La médiation amène à dire que les opérateurs thérapeutiques sont toujours mis en actes dans des univers techniquement manipulables. Le guérisseur n'agit pas directement sur l'humeur dépressive du malade, mais opère une médiation dans un monde manipulable en s'attendant à ce que cette médiation, par contagions successives, parvienne jusqu'au patient qui, l'appliquant à ses propres contenus, va sortir de son état dépressif.

On remarquera ici que cette procédure applique la théorie de "la boule de neige" ou du "plus petit commun dénominateur" recommandée en thérapie systémique<sup>178</sup>. Mais dans la vision négro-africaine de l'univers, la médiation et la « contagion » dont parle l'auteur sont possibles parce que *tout* dans l'homme et dans l'univers est en communication constante, s'influence mutuellement.

Le dernier opérateur, ***l'analogie***, est utilisé du début à la fin du processus thérapeutique. Il s'agit de bombarder le sujet d'un langage analogique (utilisation redondante des métaphores, aphorismes, proverbes, etc.) pour induire chez le patient un raisonnement analogique qu'il considérera comme généré spontanément par lui-même. L'apparition de ce raisonnement sera naturellement accompagnée d'un sentiment d'*eurêka*.

La grande originalité et innovation de Milton Erickson a consisté justement dans ce qu'on a appelé *l'utilisationisme et l'indirection*. Il recourait constamment à des analogies qu'il puisait dans sa propre personne, dans l'inconscient du patient et dans leurs contextes. Tout ce qui lui tombait sous la main était susceptible d'être utilisé thérapeutiquement, si toutefois le contexte s'y prêtait en ce moment précis. C'est ainsi qu'il pouvait littéralement *bombarder* (une heure durant et même plus) le patient avec quantité de métaphores, parfois contradictoires, et d'anecdotes, parfois dépourvues de sens, de manière telle que le patient pouvait se retrouver dans une totale confusion et un état de conscience modifié, un état que Erickson utilisait alors à des fins thérapeutiques.

L'analogie révèle cette autre caractéristique des opérateurs thérapeutiques : « Ils tendent à déclencher des processus non explicables – tels les raisonnements analogiques – qui poursuivent leurs effets longtemps après l'induction première, et cela même en l'absence du thérapeute » (Nathan, 1994, p. 151). C'est ce pouvoir d'induction que visaient les interventions thérapeutiques d'Erickson, avec ou sans hypnose.

---

<sup>178</sup> Il s'agit de miser sur le plus petit changement dans la structure déjà figée. Celui-ci entraînera inévitablement l'emballement de l'ensemble de la structure, si toutefois on a pris soin de choisir l'élément pertinent pour amorcer le changement. Le principe systémique est que si vous changez une partie du système, les autres parties en subiront les conséquences et auront à s'ajuster.

Encore une fois, on se trouve ici devant l'une des "trouvailles" du courant systémique, à savoir la créativité, la pertinence, disons la supériorité du langage analogique par rapport au langage digital pour favoriser le changement.

Abondant dans le même sens que Nathan, nous soutenons que les *nganga* suivent des règles thérapeutiques déduites de la conception du monde que nous avons esquissée plus haut, de l'observation de la nature et du comportement des hommes. Ils sont tenus à les observer scrupuleusement.

Par exemple, la fin de toute grande thérapie (celle d'un trouble grave comme la folie) est marquée par une cérémonie solennelle à laquelle les membres de la famille du patient (et tous ceux qui de près ou de loin ont été supposés impliqués dans la genèse du problème) sont convoqués. La cérémonie se déroule le plus souvent durant la nuit, à la faveur de l'obscurité et de la faible lumière du feu ou d'une lampe à pétrole, et se clôture dans la pleine lumière du jour. On fait un sacrifice aux ancêtres (avec une poule/un coq ou une chèvre). On chante (et danse) et on mange. Le tout se passe dans une atmosphère d'intense échange émotionnel favorisé par la technique de dramatisation à laquelle recourt le thérapeute.

Ce rituel qui peut paraître comme un simple folklore ou de la magie répond à la théorie sur la maladie grave, sur ses causes et sur ses conséquences (ou effets). La maladie ayant impliqué toutes les composantes de la société humaine, c.-à-d. les vivants et les morts (et parfois les esprits), le milieu social et la nature en tant que telle, et le Vivant par excellence (Dieu), il faut que toutes ces composantes soient présentes à la cérémonie qui marque le retour à la vie normale du membre qui avait été malade, c.-à-d. à sa réintégration dans le flux vital que la maladie avait perturbé et affaibli.

C'est pourquoi, d'une part, le *nganga* convoque à la cérémonie tous les humains concernés, et de l'autre, il évoque et invoque les défunts, les esprits et Dieu dont tout le monde est persuadé qu'ils sont également là, présents. Le rite réunit ainsi l'univers tout entier, le ciel et la terre, le jour et la nuit, les vivants et les morts, les humains et les esprits. C'est une *réconciliation universelle, une vraie liturgie cosmique*.

Le fondement sur lequel repose toute cette conception, ces interprétations de la maladie et ces techniques de rétablissement de l'ordre et de réinsertion dans le flux vital est la *membralité*. Puisque ce *muntu* malade est parent à tout élément de l'univers et au créateur-pilier de tout, le recouvrement de sa santé perturbée ne peut se comprendre que sous l'angle de la réconciliation universelle.

Ce rite final se clôture normalement avec le rituel de la conjuration du mal<sup>179</sup>. Ce rituel engage l'avenir. Donc même le *temps* est explicitement et consciemment impliqué dans le processus thérapeutique !

Ce rituel a un rôle thérapeutique évident : le rôle de prévention pour l'avenir. Celle-ci ne vaut pas seulement pour le membre qui vient de guérir, mais pour tous les autres aussi. Tous sont explicitement conviés à renoncer au mal, à la sorcellerie en particulier, et à se conformer au respect des règles sociales garantes d'une vie longue et heureuse.

Même le sacrifice qu'on y fait et le repas que l'on prend ont également une fonction thérapeutique évidente, comme le dit aussi Eigner (1998) en se référant à l'ethnologue Mauss : «Les dons pour les dieux rassurent les hommes : que ces derniers aussi viendront et aideront sûrement» (p. 343)<sup>180</sup>.

Comme on voit, devant une telle solennité, la séance de clôture dans le cabinet d'un psychothérapeute euro-américain devient extraordinairement pâle. Comme van Quekelberghe le souhaitait dans le texte cité en exergue au début de ce paragraphe 3, la psychothérapie universitaire a tout intérêt à approfondir la connaissance de ces pratiques multiséculaires intuitives, dont les thérapies négro-africaines. Elles sont une source intarissable d'inspiration et de renouvellement des thérapies scientifiques.

<sup>179</sup> Chez les *Baluba du Kasayi*, la cérémonie se termine généralement avec cet appel :

▪ <b>Locuteur :</b>	<i>Kayi kayi ee</i>	<b>Foule :</b>	<i>Ee !</i>
▪ <b>Locuteur :</b>	<i>Katubengele ee</i>	<b>Foule :</b>	<i>Kafwa !</i>
▪ <b>Locuteur :</b>	<i>Twetu penyi ee</i>	<b>Foule :</b>	<i>Mulu eeee ! Mwa Nzambi Maweja !</i>

*Le texte signifie : A quiconque nous en veut, mort ! A nous, par contre, vie en plénitude (A nous de monter très haut, chez Dieu).*

<sup>180</sup> Selon Kalambayi-Nsumbu « le sacrifice peut avoir pour effet la réhabilitation sociale et morale, le bonheur des personnes et de la communauté. En cela le sacrifice est source de l'efficacité » (Kalambayi-Nsumbu, 1995, p. 52).

### 3.3.2.2 Pertinence de l'étiologie et des techniques thérapeutiques des nganga

*« La véritable pensée des guérisseurs réside dans leurs techniques et non dans les théories qu'ils affichent »  
(Nathan, 1994, p. 49).*

#### 3.3.2.2.1 La thérapie des *nganga* en tant que thérapie chamanique

On doit reconnaître d'emblée, ainsi que l'affirme Nathan, que les théories des thérapeutiques africaines sont plutôt des sortes d'outils auxiliaires. Mais, contrairement au charlatan et au magicien, le tradipraticien n'accorde pas non plus un pouvoir magique à sa technique. Il sait qu'elle n'a aucun effet si elle est détachée de son ensemble - qui donne sens - et qu'elle peut même avoir un effet pervers, dangereux.

Katz & Wexler (1989) rapportent, par exemple, que l'éducation du tradipraticien chez le peuple *Kung* n'insiste pas sur la structure de la danse exécutée à la cérémonie de guérison - ce que croit l'homme ordinaire -, mais sur son importance à « ouvrir le cœur à la *n/um* en ébullition » ; elle n'insiste pas sur la composition des chants de guérison, mais sur le fait de chanter de telle sorte que la voix du guérisseur puisse monter jusqu'à atteindre le ciel.

Voilà pourquoi on fait une erreur grotesque lorsqu'on pense – dans la discussion sur la collaboration entre la médecine euro-américaine et la médecine négro-africaine – qu'il suffit de ne retenir de cette dernière que les techniques et les médicaments qu'utilisent les guérisseurs. Les techniques ne sont accessibles qu'à ceux qui disposent des qualités ad hoc.

Van Quekelberghe (1992, 1994) présente les points suivants comme étant caractéristiques des thérapies chamaniques.

- (1°) La mise en évidence d'une vision cosmocentrique, intégrale, écologique et harmonieuse de l'homme ;
- (2°) la mise en évidence de méthodes intégrales qui s'efforcent d'associer une multitude d'aspects physiologiques, médicaux, psychologiques, sociaux, religieux, etc. Ces méthodes ignorant

superbement les diverses dichotomies *corps/esprit, émotion/raison, individu/société*, etc. ;

- (3°) une large intégration d'états d'esprit modifiés : *transe, possession, expérience de drogues* ;
- (4°) une intégration intensive de la communauté dans presque toutes les séquences thérapeutiques, (surtout à l'occasion des grands traitements) ;
- (5°) une large intégration d'émotions intenses, extatiques donnant lieu aux processus de régression, de catharsis, de surinvestissement, etc. ;
- (6°) le recours intensif aux récits, aux mythes et aux rituels thérapeutiques liés aux traditions.

Les thérapies des *nganga* telles que nous les avons décrites au chapitre deux rentrent parfaitement dans ces caractéristiques. Ce sont donc des thérapies chamaniques. Quelle que soit la fonction du *nganga*, il lie et relie, médiatise, protège et unit. Il se situe entre les différents mondes (d'en haut, d'en bas et le monde quotidien), entre les hommes vivant encore sur la terre et les ancêtres, entre les hommes, Dieu et les esprits (bons et méchants), entre la nature et la culture, entre la vie et la mort. Il est lui-même, durant la thérapie, le lieu focal de toutes les forces, il concrétise le lien universel (*generalized bonding*). Les différentes techniques thérapeutiques auxquelles il recourt ont pour fonction de médiatiser ce lien au bénéfice du consultant (Voir aussi Nathan, 1994).

La maladie étant par définition plus que le simple dysfonctionnement de l'organisme, il est obligé de la « combattre » à tous les niveaux. C'est ainsi qu'il recourt à des états de conscience modifiée. Ces états lui permettent de se mettre en communication existentielle avec le TOUT et d'accéder ainsi au réceptacle de toutes les énergies afin d'y puiser les forces, les énergies positives nécessaires à la guérison. A travers son union-communion au tout, il communit également avec le patient lui-même et avec les ressources dont celui-ci dispose et auxquelles il n'a pas accès parce qu'il ignore leur existence (présence) en lui. C'est ce que se propose comme objectif l'hypnothérapie<sup>181</sup>.

---

<sup>181</sup> Malarewicz (1988) définit l'hypnose thérapeutique comme un apprentissage qui est en fait « un deutéro-apprentissage : *apprendre à apprendre à se servir des capacités et des ressources que chaque*

La différence fondamentale entre la thérapeutique africaine sous hypnose et l'hypnothérapie euro-américaine est que dans cette dernière le thérapeute ne voit pas le besoin de se mettre lui-même en état de transe, alors qu'en thérapeutique africaine, c'est soit le thérapeute, soit le thérapeute et le patient. Dans la thérapeutique africaine, il est question de mobiliser conjointement toutes les ressources, du patient, du guérisseur et de tout l'univers, afin d'être en position de force avant d'engager le « combat » contre les forces négatives responsables du problème à traiter.

Étant donné que le *nganga* remplit ce rôle d'intermédiaire entre les différents mondes, et entre l'idéal culturel et l'échec humain ou individuel, il peut facilement susciter l'espoir au sein de sa communauté autant que dans l'individu malade. L'adage français « L'espoir fait vivre » renvoie à une expérience humaine universelle. L'espoir constitue une force mobilisatrice formidable, et donc soignante, reconnue par tous les peuples.

#### **3.3.2.2.2 Du processus de nomination du malheur en tant que technique thérapeutique**

Nous avons souligné plus haut que le *nganga* cherche automatiquement – mais pas uniquement – l'agent responsable du malheur ou de la maladie parmi les relations du patient (les membres familiaux et autres collègues de travail...). L'arrière-fond de cette démarche est, encore une fois, la conception selon laquelle chacun est ontologiquement un nœud inextricable de relations.

Mais cette recherche conduit le *nganga* à une situation où il doit concilier deux besoins antagoniques. Il y a d'un côté le fait que, dans le contexte africain, personne ne peut vivre pleinement en étant coupé de ses relations. Or, le malheur qui torture le plaignant trouve sa source justement dans ces relations. Il est donc dans son droit légitime en tant que victime de crier sa colère et de dénoncer cette situation. Cependant,

---

*individu possède tout en les ignorant. La solution du problème posé ne correspond pas à une construction intellectuelle du thérapeute que le sujet pourrait accepter mais à un apprentissage antérieur du patient auquel ce dernier, jusque-là, n'avait pas accès » (Malarewicz, 1988, p. 246. Nous soulignons).*

le rôle du *nganga* est de permettre au flux vital de circuler harmonieusement au sein de la communauté, c.-à-d. de favoriser l'entente et la réconciliation entre les membres et non d'y ouvrir de nouvelles blessures. Que faire ?

Le *nganga* provoque alors lui-même la colère du patient – au cas où elle ne se serait pas encore manifestée – et l'oriente ensuite discrètement vers la recherche d'un coupable. A la différence des charlatans qui désignent eux-mêmes et ouvertement le coupable, les vrais *nganga* indiquent plutôt des pistes à prospecter. C'est à ceux qui se sentent victimes de trouver eux-mêmes, avec les indices fournis, celui et/ou celle qu'ils vont, à tort ou à raison, accuser de responsable de leur malheur.

Tous les membres étant en principe soupçonnables à part égale, le fait de désigner certains plutôt que d'autres est révélateur de l'état des relations que « les victimes » entretiennent avec le(s) membre(s) rendu(s) coupable(s). Cette désignation dit donc quelque chose sur les victimes. Elle révèle *leur* perception de la situation et des relations. Généralement les membres accusés protestent et récusent l'accusation. Les victimes sont alors obligées de se justifier et donc de porter à la lumière des zones d'ombre dans les relations. Le guérisseur peut alors soigner ces zones pour le bien de tous.

« Cette stratégie subtile, écrit De Rosny (1996), a l'avantage, par sa discrétion même, de ne pas gâcher les chances d'une réconciliation tout en donnant un exutoire à la violence<sup>182</sup> » (De Rosny, 1996, p. 257). Cependant, lorsqu'il lui arrive de désigner lui-même le coupable, il veille à ce que la situation ne dégénère pas. A cette fin, il implique habilement

---

<sup>182</sup> L'auteur, qui est prêtre catholique, se démarque de cette démarche qu'il ne trouve pas *chrétienne*. Voici sa proposition :

« Pour le chrétien, le déplacement de la colère doit se faire autrement. Tout d'abord par un retour sur soi en reconnaissant sa part de responsabilité, sans systématiquement la reporter sur l'autre : la colère contre soi. Il s'agit ensuite ou simultanément de muer ses désirs de vengeance en désir de conquête de celui que l'on sait coupable, à la manière dont s'y est pris Jésus-Christ. Au lieu d'adopter une attitude agressive vis-à-vis de son ennemi, ou de défense, ce qui revient au même, on tâche de le gagner par l'exercice de ce qu'on appelle magnanimité, mansuétude, charité » (pp. 257-258). Nous approuvons la démarche que propose De Rosny. Mais nous attirons aussi l'attention sur le fait que la « colère contre soi », assez caractéristique comme démarche dans le contexte culturel euro-américain, n'est pas toujours la démarche idéale. Elle a son mauvais pendant : elle conduit souvent dans le contexte euro-américain au sentiment de culpabilité qui se mue parfois en état dépressif, dont on connaît les fâcheuses conséquences.



les membres présents dans le processus. Ceux-ci vont s'efforcer de faire accepter le verdict au *coupable désigné* et l'engager à collaborer avec tout le monde pour stopper la mort, dont le malheur présent ou la maladie est un signe prémonitoire, et soutenir et accélérer le processus de guérison de l'individu et du groupe ipso facto.

Par ailleurs, le fait de faire intervenir les ancêtres et les autres forces spirituelles dans le processus de guérison renseigne et enseigne le patient que la guérison – et la vie à laquelle elle renvoie – contiennent une dimension transcendante et spirituelle.

La guérison est un don qui nous dépasse, mais qui nous est accordé et que nous devons accueillir avec dévotion. C'est tout le contraire de la thérapeutique charlatane et celle dite « moderne », « scientifique » (euro-américaine) dans lesquelles le thérapeute (psychothérapeute) **s'attribue** le pouvoir de guérison, alors qu'il ne peut toujours pas expliquer à partir de quand la guérison est intervenue et le mécanisme exact qui l'a déclenchée. Il peut encore moins expliquer pourquoi la même technique (ou le même remède) s'est montrée efficace dans un cas et inefficace dans un autre.

L'intervention thérapeutique du guérisseur réconcilie ainsi l'individu avec lui-même, avec son groupe et avec l'invisible. Cela constitue un avantage considérable. Cette action n'est possible qu'en vertu du principe de la *membralité*.

Même le concurrent le plus farouche du *nganga* traditionnel, le « spiritualiste » ou le prophète, joue sociologiquement un rôle important auprès de l'Africain d'aujourd'hui lorsque celui-ci se trouve confronté aux problèmes. Il a d'ailleurs l'avantage de répondre aux besoins profonds de cet Africain et surtout de celui dont les problèmes sont directement dépendants des nouvelles circonstances de vie (de ce que l'on appelle « la modernité »).

En effet, le leader spirituel travaille avec les mêmes méthodes que le tradipraticien. Cependant, il braque ses phares non sur le groupe familial traditionnel, mais sur l'individu.

En ce sens, le spiritualisme (le prophétisme) se présente comme le moyen de libération pour l'individu. En adhérant à une de ces nouvelles

Églises, l'individu a la possibilité de rompre avec les liens familiaux (ressentis comme encombrants pour la vie actuelle), tout en continuant à jouir des avantages de l'appartenance à un groupe bien défini, en l'occurrence, sa famille spirituelle. Dans ces nouvelles Églises, la guérison est toujours mise en relation avec le *salut personnel*<sup>183</sup> obtenu à travers la conversion, la confession des péchés et une nouvelle vie dans le cadre de l'Église qui constitue la nouvelle référence familiale. De même, la nouvelle figure d'autorité s'incarne dans la personne du guide charismatique.

Le prophétisme offre ainsi à l'Africain «moderne», tiraillé entre son besoin existentiel de se sentir *membre* et de vivre cette *membralité* et celui d'être «moderne», ou comme on dit aussi : « être de son temps ». Or, depuis la colonisation, dont la doctrine a été efficacement véhiculée par les Églises chrétiennes, « être moderne » ou « civilisé » signifiait concrètement s'éloigner de tout ce qui renvoyait aux us et coutumes africaines, notamment des pratiques religieuses et médicales. Le prophétisme se présentant comme religion biblique chrétienne et condamnant sévèrement les pratiques ancestrales, mais vivant intensément l'esprit de ces pratiques se constitue ainsi en cette planche de salut dont les gens, victimes de l'idéologie « modernisante » ont bien besoin.

En outre, comme le disent Katz & Wexler (1989), les systèmes de guérison se situent parmi les parties de la culture qui sont les plus sensibles au changement, parce qu'ils traitent avec les moments critiques, les moments de crise, de confusion, d'opportunité (les états de peur et d'espoir).

Les sociétés africaines contemporaines étant en crise devant les changements sociaux en cours, les réponses anciennes ne suffisant plus, celles proposées par la culture euro-américaine (« la modernité ») non plus, ces Églises Indépendantes (mi-bibliques, mi-africaines) constituent pour plusieurs Africains la voie intermédiaire idéale<sup>184</sup>.

---

<sup>183</sup> On reconnaît ici l'influence de la culture euro-américaine et de son corollaire, le christianisme ou mieux un certain christianisme.

<sup>184</sup> Ajoutons ici cette remarque pertinente de Douville (1994) : « Rien d'étonnant à constater l'expansion des demandes de « thérapies traditionnelles » dans les pays traversés par l'occidentalisation. Pour autant, lorsque l'on y regarde de plus près, usitées ou réclamées en des zones urbaines déculturées ou

La longue liste des pratiques sociales qui soulignent combien l'accentuation de l'environnement socioculturel contribue positivement au bien-être de l'individu et de sa communauté (Cf. 3.2.4 et précisément 3.2.4.2.1) comprend également l'exercice comme tel de la médecine traditionnelle elle-même.

Cette pratique est déjà en elle-même thérapeutique. Elle est auto-thérapeutique. Elle confirme, en effet, la communauté dans la raison d'être de sa culture et lui donne l'assurance qu'elle n'est pas abandonnée par les ancêtres. La présence des *nganga* élus par les ancêtres et envoyés au milieu du peuple pour s'occuper de son bien-être intégral est le signe le plus évident de la proximité des ancêtres et la garantie de leur protection. Les guérisseurs spirituels rentrent évidemment dans cette catégorie des signes de la présence bienveillante des forces spirituelles. Cette assurance permet à l'individu et au groupe d'affronter l'avenir en toute confiance.

Cette attitude se trouve bien exprimée dans les **rites**. Ainsi, par exemple, chez le peuple *Kung* du désert de Kalahari (Botswana), la guérison s'opère à travers la danse cérémonielle qui se déroule toute la nuit et à laquelle chaque membre prend part. Lorsque la force guérissante (*n/um*) devient intense, un des guérisseurs du groupe expérimente le *!Kia* (état de conscience aiguë). C'est alors que la force guérissante *n/um* commence à se répandre en tous les membres et le guérisseur soigne ceux qui sont malades par imposition des mains. En fait, c'est la communauté, dans son activation de *n/um*, qui soigne et qui est soignée. Le rôle du guérisseur est d'être le point focal d'intensité d'un dévouement inébranlable à la guérison et de confirmation de la capacité de la communauté de s'auto-guérir (Cf. Katz & Wexler, 1989).

---

en terre d'émigration, ces techniques se déforment, s'appauvrissent tant elles s'apparentent à des exercices expéditifs de désenvoûtements, sans qu'il s'y accomplisse les transitionnalités d'autrefois. D'où le recours plus net à la sorcellerie, à la magie, que l'observateur ne peut saisir tant qu'il ne le situe pas dans le contexte plus vaste de l'émission des ritualités et des mythologiques. D'où encore cet usage plus singulier, parce qu'affranchi ou éloigné des montages entre symptôme et sens collectif, de la maladie comme rite de passage » (Douville, 1994, p. 379).

### 3.3.2.3 A propos du succès de la médecine des *nganga*

Qu'il s'agisse des guérisseurs traditionnels ou des guérisseurs modernes (psychiatres et psychothérapeutes), le succès de leur travail est attribuable à la même source.

Contrairement à la guérison médicamenteuse qui peut s'expliquer largement – mais pas uniquement – au moyen de l'action chimique dans l'organisme, la guérison psychothérapeutique, elle, ne peut s'expliquer que par l'activation de la zone guérissante qui se trouve dans le malade lui-même, comme nous l'avons déjà souligné plus haut dans ce chapitre. La particularité du savoir des guérisseurs (traditionnels et modernes) consiste à accéder ensemble avec le patient à cette zone et à l'activer. Ils recourent pour cela aux différentes techniques de manipulation de l'individu que les manuels des psychothérapies décrivent et dont nous avons exposé ci-haut certaines utilisées par les *nganga* africains.

Les guérisseurs traditionnels et les psychiatres recourent en plus aux médicaments pour accéder à ces ressources, tandis que les psychothérapeutes euro-américains utilisent les seuls moyens psychologiques.

Après ces considérations générales sur la pertinence et le succès des techniques des *nganga*, nous aimerions à présent montrer l'actualité de cette médecine millénaire en la comparant à un courant euro-américain qui a aujourd'hui le vent en poupe : la *systémique*. Nous avons préféré ce courant aux autres uniquement à cause de sa philosophie holiste sous-jacente.

### 3.3.2.4 La thérapie des *nganga* et les techniques systémiques

La palette des techniques systémiques est assez vaste. Certaines sont particulières aux écoles, d'autres sont communes à plusieurs écoles systémiques, d'autres encore sont partagées par les courants systémiques et les autres psychothérapies, p. ex. par le comportementalisme cognitif. Nous commencerons ainsi par celles qui

vont au-delà des écoles et des situations. Ce sont le cadre et le lien thérapeutique ainsi que l'autorité ou le pouvoir du thérapeute.

Nous procéderons de la manière suivante : nous décrirons d'abord la technique telle que la conçoit ou la propose la théorie systémique, ensuite nous relèverons son usage courant chez les *nganga*. Cette procédure nous offre l'avantage d'utiliser la conceptualisation déjà élaborée par la systémique et nous dispense ainsi de devoir justifier le bien fondé de l'utilisation de la technique en question par les tradipraticiens.

#### **3.3.2.4.1 Le cadre thérapeutique<sup>185</sup>**

Le cadre normal dans lequel travaille la thérapie systémique familiale est un cadre familial au sens strict et au sens large. Il comprend la famille restreinte et élargie, y inclus aussi parfois les membres défunts, et le milieu de vie et de travail. Même lorsque l'individu est soigné tout seul, loin de son lieu d'origine, la famille est toujours présente sous l'une ou l'autre forme, par exemple dans la pensée ou à travers les allusions. La thérapie consiste en une tentative de modification du mode d'interaction à l'intérieur de ce cadre.

Dans la thérapie des *nganga*, il est presque inconcevable de s'imaginer un traitement sérieux sans la famille. Celle-ci s'étend de la famille restreinte à toutes les autres relations - y inclus les membres défunts et surtout les ancêtres -, les amis et ennemis du milieu de vie et/ou de travail, et enfin l'environnement physique et spirituel.

Ce cadre renvoie évidemment à la conception multidimensionnelle de la maladie : dimension psychosociale (comme dans la systémique), religieuse et cosmique (dimensions présentes aussi dans la thérapie systémique, du moins théoriquement).

La raison apparente pour laquelle la famille et l'ensemble de la communauté sont impliqués dans le processus thérapeutique est plutôt *négative* : ils sont présumés d'office d'être de l'une ou l'autre manière impliqués dans l'apparition du malheur chez l'un de leurs membres,

---

<sup>185</sup> Voir aussi au chapitre précédent : 2.6.2.2.2 : Quelques techniques concrètes. Voir : « Espace »

conformément à l'adage : «Si la gousse de haricot a été rongée, c'est que le ver se trouvait déjà dedans» (*Cishi cidyadya lukunda ncidi munda mwa lukunda*).

Ainsi chacun doit-il prouver qu'il n'y est pour rien, voire, qu'il *com-patit* avec celui qui souffre et qu'il est prêt à tout entreprendre pour que toute la famille recouvre l'harmonie. En fin de compte, cela constitue une stratégie *positive*, puisqu'elle mobilise toute la famille. Étant donné que la famille en tant que telle ou seulement certains de ses membres peuvent être générateurs du trouble, du malheur, il peut arriver que le *nganga* écarte certains membres ou isole le patient de tout contact avec la famille durant la période de traitement.

Lebigot et Mongeaux (1965) rapportent d'avoir utilisé la même stratégie dans un cadre hospitalier. Apparemment, ils n'ont dû rencontrer aucune résistance particulière de la part de la famille. (Sans doute, parce que celle-ci interprétait cette attitude en référence au cadre traditionnel). Résultat : le patient a récupéré relativement vite.

Bien que la famille joue parfois ce rôle prépondérant dans la genèse des troubles psychiques, généralement elle remplit plutôt un rôle thérapeutique, elle crée les conditions favorables à la guérison : elle n'isole pas, ne rejette pas le malade, mais essaie de l'intégrer. L'intégration se fait par un système de représentations qui prévoit la maladie et les moyens de la guérir.

«Le groupe familial participe à la thérapeutique en proposant une explication au malade. Cette explication – si elle est acceptée – apaise l'angoisse et permet une évolution favorable. La maladie est en quelque sorte prise dans le tissu social et "métabolisée" par la dynamique collective», écrit Collomb (1965). C'est en tenant compte de cette potentialité thérapeutique du groupe familial (au sens large) que les *nganga* s'en servent - autant que possible - comme "co-thérapeute"<sup>186</sup>.

---

<sup>186</sup> Janzen (1980) parle de la famille comme étant un «pretreatment therapy management group». D'après Obot (1989), l'hôpital psychiatrique d'Aro (Nigeria) considère la famille comme "therapeutic community". En considérant la pratique des *nganga* ainsi que les résultats de l'expérience faite dans cet hôpital, Obot recommande dans le cadre du traitement de la toxicomanie: «the members of the family social support should be an integral part of treatment of substance dependence» (p. 341). Ebigo (1989) conseille aussi l'utilisation de la famille comme co-thérapeute dans la prise en charge psychologique des Africains. Cet article laisse à désirer cependant, dans la mesure où Ebigo, qui a déjà travaillé avec des guérisseurs, recourt uniquement au background théorique euro-américain.

Cependant, l'étude relativement récente de Bibeau et al. (1980) faite au Congo démocratique renvoie à un changement radical d'attitudes. Selon ces auteurs, les *nganga* accorderaient au patient pris comme individu un rôle de plus en plus important dans le traitement, laissant à la famille plutôt le rôle ingrat d'assistance financière.

C'est très possible. Mais cela ne veut nullement dire que les *nganga* minimiseraient aujourd'hui l'influence de la famille. Loin de là. Disons qu'il s'agit "d'un contre-pied" efficace dans cette période de bouleversements sociaux et surtout de mauvaise conjoncture économique.

Pour survivre au niveau individuel, pour éviter d'être noyé par les événements, dont l'insuccès personnel, les individus recourent plus facilement au *modèle persécutif* qui a déjà fait ses preuves : il leur faut un bouc émissaire. Où le trouver plus facilement et plus sûrement sinon en famille, lieu de prédilection des jalousies, des haines et des luttes cachées ? En avalisant le modèle – avec ou sans conviction, peu importe (c'est ainsi que procédait aussi Milton Erickson, cf. *l'utilisationisme*) – le *nganga* se fait l'allié du patient et se présente comme le pilier solide contre lequel il peut s'appuyer en toute confiance pour affronter la menace, c.-à-d. la famille. Puisque celle-ci est plus forte que l'individu – d'où le sens de la menace qu'elle présente –, celui-ci se voit contraint de la ménager, de se l'amadouer, bref, de revoir son mode d'interaction à l'intérieur de la famille.

On voit donc que le modèle autant que la stratégie du *nganga* n'aboutissent qu'à accentuer le rôle de la famille dans la vie de l'individu. Ce qui confirme ces propos de Nathan (1994) : «*Les accusations de sorcellerie* sont une méthode – "efficace à tous les coups" – pour déclencher les théâtres familiaux et les structurations transgénérationnelles» (Nathan, 1994, p. 106).

La famille – et par elle, la communauté entière – est impliquée dans le processus de guérison non pas tellement par sa présence physique, mais surtout au niveau des émotions. Lorsque tous les membres sont présents, les émotions peuvent atteindre, sous l'action du *nganga*, un très haut niveau d'intensité à l'intérieur du groupe et dans chacun des membres. Mais même lorsqu'il travaille avec le patient seul, il essaie

sans cesse de susciter chez lui (le patient) de fortes émotions qui sont en relation avec la famille ou le groupe. C'est avec et sur ces émotions qu'il travaille.

#### 3.3.2.4.2 Le joining (Minuchin)

D'après Minuchin, le thérapeute est tenu à nouer un solide contact personnel avec la famille lors de l'intervention. Ce lien, ce joining, a pour fonction de rassurer la famille et le patient surtout au moment où commencera la déstabilisation de l'ancienne structure familiale destinée à céder la place à une nouvelle structure plus appropriée. La famille perçoit le thérapeute comme un appui solide à partir duquel elle pourra oser avancer vers l'inquiétante nouveauté.

Le tradipraticien sait que la thérapie est un combat dangereux contre les forces de la nuit (Kalambayi-Nsumbu, 1995<sup>187</sup> ; Panu-Mbendele, 1995; De Rosny, 1996), et qu'il est, lui, plus fort que l'individu malade et sa famille. C'est pourquoi dès le début de la thérapie - et pour certains *nganga*, dès l'entrée dans leur cour -, le *nganga* se constitue en "bouclier" du client. Il le répétera plusieurs fois au client et à sa famille, qu'ils n'ont rien à craindre tant qu'il est là.

Par cette insistance, il fait d'une pierre deux coups : il rassure le consultant et sa famille et assoie en même temps son autorité. Aussi n'est-il pas étonnant de constater l'attitude de soumission que lui témoignent le client et ses accompagnants. D'ailleurs, dans la plupart des cas, durant le traitement et même après, le patient et sa famille appellent le (la) *nganga* "père" ou "mère" pour signifier cette relation particulière qui s'est établie entre lui (elle) et eux. (Voir aussi Kiev, 1989)<sup>188</sup>.

---

<sup>187</sup> En Annexe I, nous reproduisons le récit de Kalambayi-Nsumbu qui rapporte comment un jeune chef coutumier, enseignant, a été attaqué dans son propre corps pour avoir délivré un de ses sujets des griffes d'un *mukishi* (esprit méchant). Cf. Kalambayi-Nsumbu, 1995, pp. 54-55.

<sup>188</sup> Kiev souligne que la première démarche du *nganga* au début du traitement consiste à gagner le patient à coopérer et à participer au traitement.



### 3.3.2.4.3 L'autorité ou le pouvoir du thérapeute

Dans la théorie systémique, le concept d'autorité est corrélatif du concept plus univoque de *hiérarchie*, lequel, parce que fondé sur les notions de niveau de statut ou de pouvoir, a une place essentielle dans la théorie et la pratique systémiques. Haley (1979; 1987<sup>2</sup>) est le premier à avoir perçu et souligné l'importance du thème du pouvoir. Ce thème revient constamment dans ses écrits. C'est même l'un des points où il se sépara de Bateson.

Comme ce fut déjà le cas avec le concept «manipulation thérapeutique», celui de l'exercice du «pouvoir» par le thérapeute crée un malaise au niveau éthique. Ce malaise trouve sa genèse dans la conjugaison du côté odieux de la manipulation avec cela que Nathan (1994) dénonce comme une idéologie lénifiante du bien qui fait des thérapeutes (euro-américains) des chevaliers de la santé de l'humanité, dont les intentions sont "claires comme le cristal".

On trouve, en effet, comme totalement antinomiques le sublime dévouement chevaleresque et l'ignoble manipulation et exercice du pouvoir sur les affligés qui viennent chercher secours. Si nous chaussons les lunettes psychanalytiques, nous qualifierions cette idéologie sociale de tentative (infructueuse) de vouloir surmonter le conflit interne à chaque individu entre ses pulsions inavouables de puissance et leur sublimation dans le dévouement.

«Aussi justifiées (que) soient (sic) les discussions éthiques concernant le thème du pouvoir et ses abus ou excès, écrit Benoît (1988), les individus en position basse participent eux-mêmes à la stabilité et à la clarté hiérarchique dans leurs interactions avec les individus en position haute (cf. l'item : "on ne peut pas ne pas organiser"). (...) Dans tous les contextes, des règles précisent les primautés en statut et en pouvoir et "lorsqu'un individu présente des symptômes, cela signifie que la structure hiérarchique de l'organisation est confuse". Le dysfonctionnement familial va de pair avec des infractions hiérarchiques et, en particulier, avec des alliances illégitimes, des coalitions déniées et des triangles pervers. Bien des efforts thérapeutiques consistent à replacer chacun dans un système de

communication aux hiérarchies claires et reconnues» (Benoît, 1988, p. 239).

On voit donc que le thérapeute doit absolument exercer l'autorité sur ses clients pour pouvoir favoriser la réorganisation ou la restructuration du ou dans le système. Son pouvoir constitue un moyen thérapeutique. Celui-ci est bon en soi. Mais il contient un côté pervers. Le thérapeute doit seulement veiller à ne pas succomber aux pièges et paradoxes de la position haute, surtout lorsqu'un changement se dessine. Voilà comment la systémique (J. Haley) a systématisé l'autorité et le pouvoir en thérapie.

Le *nganga* n'en est pas arrivé là au point de vue théorique. Mais il sait que si son autorité est sapée, il n'a aucune chance de réussir une guérison, sauf *peut-être* au niveau purement médicamenteux. L'autorité donne pouvoir, permet d'intervenir efficacement. On comprend dès lors pourquoi les adolescents du niveau scolaire gymnasial (collégiens et lycéens) sont les moins perméables à la thérapeutique traditionnelle : ils sont rebelles à l'autorité du *nganga*, de la tradition et des anciens (Rosny, 1992).

Voilà pourquoi le tradipraticien utilise tous les moyens possibles pour inscrire son autorité dans les esprits de ses clients, notamment la théâtralisation, le déni de l'échec et, dans une certaine mesure, la voyance et la divination.

Kiev (1989) écrit à ce propos : « In this process the healer clearly establishes his identity as someone with special powers or properties to help the patient. This occurs whether special powers are demonstrated or not, simply by virtue of the healer's knowledgeability and ascendancy in this situation. Of special importance is that the healer demonstrates that he has special knowledge and abilities setting him apart from the patient and others, which enable him to deal in non-common-sense ways with the problems presented to him » (Kiev, 1989, p. 438).

D'après Pfeiffer (1991), l'attitude autoritaire du *nganga*, qui est récusée par les tenants des thérapies d'orientation psychanalytique, peut apporter au patient sécurité et assurance et de cette manière contribuer favorablement au processus de guérison. (Cf. Eigner, 1998, p. 339).

A propos de la voyance, nous ferons remarquer qu'elle induit chez les clients l'idée que le *nganga* connaît plus qu'il ne dit (c'est vrai en plus) et qu'il peut donc agir efficacement sur la maladie. Ce processus d'induction correspond à ce que Nathan (1994) appelle "*mouvement progrédient*" qui part du *senti* vers le *perçu* pour aboutir enfin au *concept*.

Selon Tourneret (1995), «la divination répond aux questions et aux peurs, rassure l'être face à ses doutes (...). L'essentiel (étant) de dénouer le patient des liens invisibles qui l'enferment dans sa maladie» (Tourneret, 1995, p. 61).

Peltzer (1989, Cf. pp. 469-472) reproduit un dialogue d'une séquence de divination chez une tradipraticienne du Malawi. Dans cet exemple, on voit clairement les tentatives de la guérisseuse de restaurer son autorité chaque fois qu'elle se trompe dans la divination. Dans ce texte, la *nganga* rappelle aussitôt après son erreur qu'elle est "la guérisseuse en chef" (staff Healer) dans la région.

Dans la résolution des problèmes familiaux, le *nganga* veille aussi beaucoup à ce que la hiérarchie sociale et surtout le droit d'aînesse soient respectés par tous les membres. Il rappellera toutefois aux détenteurs du pouvoir – en partant de sa propre situation et expérience – que celui-ci est une lourde responsabilité. Elle leur est confiée uniquement pour le bien du groupe. Ils ne l'exercent que par procuration. Ils ne doivent donc pas en abuser, de peur de révolter ceux qui leur sont soumis. Ce qui aurait pour conséquence de diminuer la cohésion entre les membres du groupe et de favoriser la sorcellerie et donc d'introduire le loup dans la bergerie.

Il va sans dire que ce conseil n'est pas donné d'une manière aussi banale, mais plutôt sous forme d'injonctions et de conjuration et, qui plus est, dans un contexte spatio-temporel lourd de sens. Les deux formules de conjuration les plus usitées en la circonstance sont : (1) « *swa, swa, swa... swakalaka. Katupinganyi mwitu cyakabidi* » et (2) « *Kayi, kayi, ee ? Katubengele, kafwa ! Twetu penyi ? Mulu mwa Nzambi Maweja !* »<sup>189</sup>

---

<sup>189</sup> La première formule conjure de quitter une fois pour toutes la forêt – entendue comme lieu dangereux, peut-être parce que demeure des esprits. La deuxième formule – nous l'avons déjà

Dans ce contexte, Dieu et les ancêtres, les vrais détenteurs de l'autorité et du pouvoir, sont convoqués et pris à témoin. Ce sont eux, en tant que juges, qui se chargeront de punir le fautif qui abuse de la portion d'autorité et de pouvoir qui lui est accordée. Cette procédure remplit le message d'une autorité particulière et lui permet ainsi d'atteindre plus efficacement l'objectif et donc d'être thérapeutique.

Les chefs des mouvements religieux et les guérisseurs charlatans sont eux aussi très conscients du rôle de l'autorité au sein de leurs groupes respectifs. Aussi l'affirment-ils plus massivement encore que les *nganga*, versant très facilement dans l'abus. Sur ce point précis de l'abus du pouvoir, les prêtres catholiques et les pasteurs protestants ont énormément évolué. Mais une certaine dose d'affirmation de leur pouvoir reste importante pour la bonne guidance des fidèles<sup>190</sup>.

Voilà en ce qui concerne les techniques communes à toutes les thérapies. Qu'en est-il des techniques spécifiques à la systémique ?

L'une des caractéristiques générales des thérapies systémiques est qu'elles ne s'embarrassent pas de la recherche des *pourquoi* de l'explication causale, mais se préoccupent uniquement du *comment*. Elles cherchent à faire ressortir qui *fait* quoi lorsque se manifeste le symptôme. C'est ainsi qu'elles sont pratiquement toutes centrées sur le symptôme à l'intérieur de l'interaction. Les différentes techniques sont ainsi conçues en vue de cette finalité.

Perrone (1993-1994) regroupe les techniques d'intervention systémique en un tableau à deux axes : un axe regroupe les techniques davantage orientées vers l'objectif, tandis que l'autre regroupe celles orientées vers

---

*rencontrée plus haut – maudit quiconque en voudrait à cette assemblée pendant qu'elle souhaite au groupe une longue vie (A nous de monter très haut, chez Dieu).*

<sup>190</sup> Il y a quelques années, nous participions à une rencontre de réflexion entre prêtres congolais sur le thème de la magie. A un moment donné un des conférenciers lança une boutade pour faire rire et dit de l'un de nos évêques que s'il n'était pas devenu prêtre et surtout évêque, il se serait fait ou «féticheur» ou chef d'un mouvement religieux. (En fait, ce prêtre admirait le «mysticisme» de l'évêque dans son art de célébrer l'eucharistie). Aujourd'hui, en reconsidérant cette déclaration avec recul, nous nous apercevons que ce prêtre ne croyait pas si bien dire. L'évêque en question partageait aussi avec les guérisseurs-charlatans et les chefs des Églises Indépendantes ce sens abusif de l'autorité et du pouvoir. Ainsi il ne cessait de rappeler à qui voulait l'entendre que son pouvoir (*bukalenga*, entendez son élection épiscopale) venait de Dieu et non des hommes. (Il était, par conséquent, incontestable) !

la façon de faire du thérapeute. Chaque axe s'étendant sur un continuum allant d'interventions directes aux interventions indirectes.

Tableau 11 : *Techniques d'intervention systémique (Perrone, 1993-1994)*

<b>direct</b>	
<b>I</b>	<div> <div>conseil</div> <div>consignes</div> <div>modélage</div> <div>confrontation</div> <div>encouragements</div> <div>expériences alternatives</div> <div>explication pédagogique</div> </div>
	<div> <div>jeux</div> <div>dessins</div> <div>contes</div> <div>sculpture</div> <div>histoires, anecdotes</div> <div>utilisation de l'espace</div> <div>questionnement inductif</div> <div>génogrammes</div> <div>hypnose</div> </div>
<b>Comportement /thérapeute</b>	
<b>direct</b>	<b>indirect</b>
<b>III</b>	<div> <div>recadrage</div> <div>connotation</div> <div>positive</div> <div>questionnement simple</div> <div>questionnement circulaire</div> <div>prescription du symptôme</div> </div>
	<div> <div>rituels</div> <div>métaphore</div> <div>paradoxe</div> <div>prescription paradoxale</div> <div>prescription métaphorique</div> </div>
<div> <div>prescription double</div> <div>prescription récurrente</div> </div>	
<b>indirect</b>	
<b>IV</b>	

Ce tableau n'est évidemment pas exhaustif, qu'il s'agisse des techniques des systémiciens ou de celles des *nganga*. Mais il regroupe la plupart d'entre elles. La thérapie est un art. Il va sans dire que ces techniques sont utilisées par le thérapeute selon les situations ou plutôt selon son flair et le premier but qu'il veut atteindre. Voyons à présent leur utilisation chez les tradipraticiens négro-africains.

#### 3.3.2.4.4 Le langage

Dans *Le langage du changement*, Watzlawick (1986) rappelle les faits de spécialisation des deux hémisphères cérébraux. Ainsi, pour un droitier, l'hémisphère gauche, considéré comme dominant, traduit toute perception en termes logiques ; il ordonne tout ce qui concerne la communication *digitale* : c'est le cerveau rationnel. L'hémisphère droit,

au contraire, a une perception holistique de toute situation et s'exprime selon un langage *analogique*. Il est dit inventif et irrationnel.

Ces distinctions permettent d'élaborer une stratégie du changement. Tout se passe comme si les possibilités de changement provenaient du cerveau droit. L'art du thérapeute serait de faire en sorte que le cerveau gauche soit bloqué afin que, par ses rationalisations, il ne compromette pas la réalisation du changement. C'est ainsi que le thérapeute systémicien, s'inspirant de Milton Erickson, recourt largement au langage figuratif qui permet de dire les choses sans les dire et disant plus qu'il ne dit. C'est le langage des mythes et des symboles, des contes, des métaphores, des rituels, etc. C'est aussi le langage du corps.

A ce point de vue, on sait que le *nganga* est un expert dans le maniement du langage figuratif (Cf. Watzlawick, 1986). Il recourt tantôt à la danse et la musique, tantôt à la dramatisation et la théâtralisation dans lesquelles les mythes anciens jouent un rôle non négligeable ; il utilise continuellement des proverbes et des rituels, parle parfois "une langue mystérieuse" (la langue des esprits) que seuls les initiés peuvent comprendre, et il manie admirablement la métaphore. Son apparence (la parade) lors des grands traitements est déjà elle-même une métaphore, comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire et de le montrer. La photo ci-dessous montre un autre exemple de la métaphore vivante que sont les *Mikendi-Bilumbu*.



Photo 21 : Une Cilumbu du Katanga en costume d'apparat. Carte postale achetée au Musée royal de Tervuren (Belgique).

En plus de l'aspect esthétique évident, l'exubérance de cet habillement truffé de tant de symboles est un message de mise en garde à l'endroit des méchants (sorciers) qui voudraient s'en prendre à ceux qui sont venus chercher de l'aide, message de sécurisation à l'endroit de ceux-ci et message de mise en communication avec l'au-delà (kaolin blanc).

Par cet appareil, cette *Cilumbu* transmet le message non verbal de dangerosité du travail qu'elle fait, mais elle laisse aussi entendre qu'elle peut entreprendre ce travail sans risque, parce qu'elle est pure, qu'elle est en contact avec les ancêtres et donc qu'elle appartient à ce monde-ci autant qu'à l'autre, bref, qu'elle est établie médiatrice entre les deux mondes et qu'elle est, en conséquence, habilitée à aider efficacement celui ou celle qui vient la consulter...

Donc non seulement son apparence est langage métaphorique, mais voire sa personne tout entière. « Sa vie, ses expériences passées, son discours, ses actes, bref, tout ce qui transparaît de lui (d'elle), concourt – et de manière redondante – à l'identifier comme étant le lieu-même de l'expression du lien, lien lui-même. Ainsi, lieu de passage entre les puissances du Bien et le monde infesté de sorcellerie et de malveillance, est-elle à la fois l'agent par lequel se purifie le monde et l'illustration

vivante du mécanisme par lequel il est possible d'inverser la pénétration sorcière » (Cf. Nathan, 1994, pp. 52-53).

Il faut dire que le patient n'a pas beaucoup de peine à comprendre ce langage analogique. Il y baigne continuellement. Ce qui dispense le tradipraticien de devoir expliquer ce dont il est question. Si le langage digital a l'avantage d'être clair, il contient aussi en lui-même cette faiblesse qu'il peut facilement être contesté, parce qu'il révèle facilement ses failles devant l'analyse rationnelle, il peut être cohérent **ou** incohérent, vrai **ou** faux.

Le langage analogique ne donne pas lieu à la contestation, du moins pas au niveau de sa cohérence, parce qu'il suit une autre logique, il peut être en même temps vrai **et** faux, sans que cela choque l'esprit. Il est relativement flou et laisse assez de marge à la fantaisie personnelle. Le sujet peut interpréter le signe dans le sens qui l'arrange. Il peut compléter le message comme il l'entend.

En s'en servant, le thérapeute rejoint donc le langage du patient et fait appel à la force imaginative et créatrice de son cerveau droit (celui du patient). Il est lui-même un *récit* (Bruner, 2000). Voilà pourquoi le courant passe bien entre les deux. C'est exactement cela que ne fait pas souvent la médecine hospitalière, malheureusement. Le psychothérapeute non plus. Ce qui conduit parfois au malaise que nous avons décrit dans l'introduction à ce travail (Cf. Kleinman, Eisenberg & Good, 1978; Israel, 1994).

#### **3.3.2.4.5 Le recadrage et la connotation positive**

D'après la définition donnée dans le *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques* (Benoît & Malarewicz, 1988), on entend par *recadrage* «tout ce qui modifie pour un patient ou une famille son modèle de représentation de la réalité, en termes de pensées, de comportements et d'affects» (Benoît & Malarewicz, 1988, p. 438).

Watzlawick, Weakland & Fisch (1981) nous semblent encore plus explicites : «Re-cadrer signifie donc modifier le contexte conceptuel et/ou émotionnel d'une situation, ou le point de vue selon lequel elle est



vécue, en la plaçant dans un cadre, qui correspond aussi bien, ou même mieux, aux «faits» de cette situation concrète, dont le sens, par conséquent, change complètement» (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1981, p. 116).

«En termes plus abstraits, re-cadrer signifie faire porter l'attention sur une autre appartenance de classe, tout aussi pertinente, d'un même objet, ou surtout introduire cette nouvelle appartenance de classe dans le système conceptuel des personnes concernées» (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1981, pp. 119-120). Et plus loin, «Ce qui rend le recadrage aussi efficace comme outil de changement, c'est que, à partir du moment où nous percevons l'autre appartenance de classe possible, nous ne pouvons pas facilement revenir au piège et à l'angoisse de notre ancienne vision de la "réalité"» (p. 120).

Dans *Le langage du changement*, Watzlawick (1986) précise que le recadrage devient efficace «à condition de parvenir à investir une situation donnée d'une nouvelle signification tout aussi pertinente et même plus convaincante encore que celle que le malade lui avait attribuée jusque-là. Cette nouvelle signification (devant) être compatible avec son image du monde, et (devant) lui être communiquée dans le "langage" de cette même image» (Watzlawick, 1986, p. 125).

Cette explication convient parfaitement à ce que fait le *nganga* lorsqu'il propose au patient (ou à la famille du patient) une nouvelle compréhension (signification) de sa maladie en recourant à «l'étiologie mystique» (Ebigbo, 1994) du type : «*Cette maladie n'est pas naturelle*» (Cf. Romme, 1989; Panu-Mbendele, 1993, 1997). «*Quand tu as reçu ton premier salaire (ou la dot de ta première fille, ou quand tu t'es acheté la voiture...), tu n'as pas respecté les droits des aînés (tu as oublié ton oncle X, ta tante Y...). Ils sont fâchés. Cela exige réparation*».

Un autre exemple de recadrage - et peut-être le plus parlant - est le sens qu'on donne parfois aux maladies et surtout aux troubles psychiques lorsque le trouble est interprété comme étant un signe que le malade est appelé à devenir *nganga*, (exemple *cilumbu*), intercesseur et bienfaiteur de la communauté (voir chap. 2 : 2.6.1.1). Et qui plus est, le guérisseur soutiendra que la guérison ne sera possible que si l'élue(e) accepte sa vocation, se soumet à la volonté supérieure (Cf. Panu-

Mbendele, 1995). Ce que la famille n'accepte pas volontiers, car on sait qu'il s'agit d'un travail très exigeant et dangereux. Si toutefois la famille accepte le diagnostic du *nganga*, on se trouve aussitôt devant un renversement total de situation. De victime, le sujet-patient devient guérisseur et donc bienfaiteur de la communauté.

En plus, dans les cas de "trouble psychotique", de "dissociation de la personnalité", ce qui auparavant était *maladie* se trouve revalorisé comme manifestation de l'esprit. La dissociation de la personnalité, sa folie, devient la *possession par l'esprit* qui veut faire du bien à la communauté. Aussi l'ancien "malade" est-il encouragé à se laisser posséder. On lui apprend dès lors à entrer en transe sous l'effet des psychotropes ou simplement sous l'effet de la musique (chant et tambour, marquis...). Certains apprendront à n'entrer en transe qu'après avoir entendu une mélodie et/ou un rythme donnés (de Heusch, 1971).

Si les signes extérieurs du comportement restent encore les mêmes, le sens en est complètement modifié. Il ne s'agit plus d'une *folie* passivement subie, mais d'une *folie* maîtrisée, délibérément déclenchée pour se mettre au service de la communauté. Le contenu de sa communication qui était perçu auparavant comme des hallucinations, et donc des expériences purement subjectives, est maintenant perçu comme message renfermant des représentations culturelles connues des autres membres du groupe, lesquels se sentent obligés de les prendre au sérieux et de les interpréter, d'autant plus que ces visions reprennent les mythes de la communauté et s'appuient sur des formes largement représentées dans l'environnement social (Nathan, 1994).

Autrement dit, ce que l'ancien patient et son groupe subissaient malgré eux (la dissociation de la personnalité) est maintenant sous contrôle : Il peut entrer en transe quand il veut. Quelle transformation ! Il n'est dès lors pas étonnant que des psychologues avertis s'émerveillent devant cette transformation. Ainsi Kiev (1989) peut s'écrier : « To the extent that such dissociative behaviour occurs in the context of therapy, it is sanctioned. Moreover, it allows the patient to become comfortable

through a paradox of the emotional experiences that frightened him » (Kiev, 1989, p. 442)<sup>191</sup>.

Dans le même sens, Figge (1989) écrit : « So, what is focused on are not the "real" difficulties of the patient him or herself as seen by scientific medicine and psychology but difficulties of others that can be overcome precisely through the help of the person who came in need. Thereby the focus of attention which so often disturbs autonomous processes of healing and problem solving, is directed to other objectives; anxiety disappears and is replaced by self-confidence and the impression of importance » (Figge, 1989, p. 448).

Ce type de discours est sémantiquement identique au discours que se tenait le patient sur son problème ou son trouble. Voilà pourquoi il est facilement accueilli par le client. Cependant, il apporte une nouveauté dans le cadre épistémologique du client. Il l'extrait du sens privé et ordinaire de son problème et le place à un niveau social, c.-à-d. à un niveau supérieur et plus grand. Il l'introduit «dans un sens aussi partagé qu'extraordinaire» (Nathan, 1994) et déclenche "*l'Aha Erlebnis*" dans son esprit, cette expérience de soudaine illumination, qui vous permet, l'espace d'un clin d'œil, d'entrevoir ou même de voir enfin éclairé le problème qui, jusque là, semblait sans issue.

Ce nouveau sens, plus large, rappelle au client qu'il est membre d'un

---

<sup>191</sup> De Heusch (1971) a fait une belle description ethnologique de ce phénomène chez le peuple *Lovedu* : « Une série de maladies rebelles à tout traitement, mais non spécifiquement mentales, relèvent, aux yeux des *Lovedu*, du diagnostic de la possession au sens large : un esprit ancestral s'est logé dans le corps de la victime, provoquant le trouble dont elle souffre. Pour débarrasser le patient de cette affection résistante, anomalique, un docteur spécialisé provoque, par l'excitation de la danse, une transe qui présente franchement cette fois une valeur *curative*, et non plus seulement une valeur de diagnostic... *La transe est devenue le traitement lui-même*. Le médecin qui mène le jeu thérapeutique est lui-même un ancien "possédé" qui s'est soumis jadis, pour son propre compte, à cette procédure magico-religieuse. Il se met à grogner et à trembler en présence de son client qu'il invite à danser jusqu'à l'épuisement pour forcer l'esprit à se manifester (...). Pour faciliter cette épiphanie l'on applique des médecines sur le corps du patient et on l'invite à boire des infusions. La première sortie de l'esprit pathogène est pénible. Le patient vacille lorsqu'il s'annonce ; ses mouvements deviennent de plus en plus frénétiques ; il traîne péniblement les pieds et finit par s'effondrer en état de transe. Il entonne alors le chant d'arrivée de l'esprit, salué par l'assistance. Après ce traitement, le patient se sent mieux. L'esprit n'a pas été expulsé ; bien au contraire, il reviendra périodiquement dans le corps de l'initié, mais sans lui faire de mal. Le malade guéri recherche délibérément, parfois sous l'empire de la culpabilité (lorsqu'un interdit a été négligé) le retour de l'ancêtre : "c'est ainsi que très souvent, lorsqu'un possédé ne se sent pas bien il réclamera les tambours, proclamant qu'il éprouve le désir de danse". (...) Au cours de la danse, la personnalité du possédé n'est pas altérée : seule l'initiation fait appel à la transe ; celle-ci ne cesse d'être (...) la révélation foudroyante, exceptionnelle, de l'esprit possesseur... » (de Heusch, 1971, pp. 265-266).

groupe social qui le *comprend*<sup>192</sup> et le dépasse, lequel se sait aussi dépendre de ce client pour sa survie. Cette découverte lui confère de nouvelles valeurs et une nouvelle responsabilité qui l'engage alors à devoir soigner ses relations avec les autres membres (*membralité horizontale*).

Revenant à la situation ordinaire de maladie et de souffrance, nous attirerons l'attention sur ce fait que dans son fonctionnement habituel, le tradipraticien expérimenté ne désignera pas clairement la personne susceptible d'avoir causé une maladie, même s'il a de fortes présomptions autour de quelqu'un. Il utilisera une description assez vague du type, «*Quelqu'un qui travaille avec toi t'en veut pour ta promotion*». «*Un membre de famille est mécontent... Il est du côté paternel...*» Ce faisant, il induit le patient et sa famille à désigner eux-mêmes «l'agent responsable» de cette situation, tout en les laissant croire que c'est lui, le guérisseur, qui l'a désigné. (Ce qui renforce en même temps son autorité sur eux).

Ou bien, comme le dit Peltzer (1995), «ils s'identifient aussitôt avec d'autres gens qui ont été soignés de problèmes semblables» (Peltzer, 1995, p. 187). Ils se souviennent de l'explication qui en fut donnée et du traitement administré. La situation qui leur semblait bloquée, sans issue, se dégage et une solution devient possible.

Cette nouvelle définition du problème est acceptée sans trop de peine, puisqu'elle ressort du sens culturellement partagé par le patient, sa famille et le reste du groupe social.

Ce que nous affirmons ici est soutenu aussi par Kiev (1989) qui trouve qu'en reliant la détresse individuelle – à travers le système des croyances – à la grande communauté des humains et des esprits alliés qui se sentent concernés par la détresse de l'individu (*membralité cosmique*), le *nganga* redéfinit cette détresse en termes du groupe, réintègre l'individu dans la culture et l'absout de toute culpabilité pour ses erreurs. Autrement dit : il recadre magistralement le problème au bénéfice du malade et de la communauté.

---

<sup>192</sup> Nous renvoyons ici au sens originel latin de cette locution : *cum-prehendere*. Le *cum* laisse entendre qu'il s'agit d'une saisie totale, globale, pleine.

#### **3.3.2.4.6 La connotation positive**

Nous ne nous étendrons pas beaucoup sur cette technique pour la simple raison qu'elle est souvent utilisée ensemble avec le recadrage que nous venons d'exposer. Guitton (1988) la décrit de la sorte : «Il s'agit de qualifier positivement les comportements et les règles familiales en leur restituant leur valeur d'homéostasie systémique. (...) Pratiquement, en fait, cette connotation positive consolide le processus d'affiliation et délimite le contexte comme thérapeutique» (Guitton, 1988, p. 78).

Bien qu'il soit parfois brutal et presque cassant, le *nganga* sait toujours se faire l'allié de la famille. Au début surtout, durant la phase du joining, il renforce la démarche de la famille en montrant combien elle est persécutée ou menacée par les envieux et les sorciers, et qu'elle a absolument besoin de se mettre à l'abri, qu'elle a bien fait d'être venue à temps. Bref, il tient à la famille le discours qu'elle attend dans son angoisse provoquée par la maladie. (Technique utilisée également en hypnothérapie).

Il ne passe au discours cassant que plus tard, lorsque son autorité est déjà acceptée, à moins que ce soit un *nganga* dont la notoriété n'est plus à établir. Celui-ci peut se le permettre d'emblée, comme technique pour imposer son pouvoir -, parce qu'il sait que généralement ceux qui accourent vers lui sont d'office déjà gagnés à sa cause, ou qu'ils ont déjà fait des tentatives infructueuses dans la médecine hospitalière et qu'il est pour eux comme le dernier recours.

#### **3.3.2.4.7 Le questionnement inductif**

Ce questionnement est l'une des techniques que Perrone (1993-1994) a imaginées et qu'il nous a transmises durant la formation. On ne la trouve encore dans aucun livre. Il s'agit d'un questionnement qui vise à induire une croyance ou un état affectif chez le client afin de le situer à un niveau donné à partir duquel on peut facilement le rencontrer. Le client sent comme si le thérapeute s'était transformé en caisse de résonance de ses propres états émotionnels. Ce qui lui procure sécurité et confiance et le dispose ainsi à une plus grande collaboration.

Ce questionnement est comme l'empathie, mais va au-delà d'elle parce qu'il est un instrument heuristique. Il rejoint la technique rogérienne quant à l'utilisation des émotions du client comme moyen pour le rejoindre, mais s'en distingue nettement, du fait qu'il est massivement directif ; on suggère continuellement la compréhension émotionnelle du problème orientant ainsi le sujet vers un niveau quelconque sur lequel on peut agir pour induire le changement. C'est une *manipulation thérapeutique* conforme à cette idée de base : toute thérapie (psychothérapie) est fondamentalement une tentative de remplacement d'une vision de la réalité par une autre vision.

Ce questionnement inductif comprend trois modalités :

- (1) *un mode négatif* : le questionnement vise à induire que le sujet n'a pas une émotion ou un état affectif donné qu'il prétend avoir (mais qui joue un rôle négatif sur lui). Généralement, on fera suivre aussitôt ce mode du mode affirmatif. Ce qui est thérapeutiquement conseillé pour éviter de laisser la personne dans un no man's land émotionnel.
- (2) *un mode affirmatif* : il induit que le sujet a une émotion ou un état affectif dont le thérapeute sait qu'il modifiera positivement l'état de la personne. On peut ajouter ici le mode affirmatif futur : le sujet développera de manière certaine cet état affectif. Cette modalité renvoie à la modalité bien connue de «la prédiction qui se réalise». Elle est également équivalente aux injonctions et prescriptions faites à un sujet que l'on a placé dans un état hypnotique à des fins thérapeutiques.
- (3) *un mode conditionnel* : il induit l'idée que le sujet pourrait développer un état affectif donné. Il s'agit d'un état que le thérapeute sait qu'il sera bénéfique pour son client.

Nous croyons trouver cette technique chez le guérisseur dans son processus de "nomination de la maladie", c'est-à-dire dans le processus de divination ou de diagnostic que nous avons analysé plus haut. Nous avons vu qu'il s'abstient de poser des questions, mais qu'il décrit les états d'âme du client et ses malaises d'ordre physiologique ainsi que les interprétations et préoccupations que le client s'en fait. Cette description se déroule dans un climat d'intense émotion partagée entre

le patient et le guérisseur. Les paroles qu'il prononce tombent comme des vérités venant d'un autre monde dont le guérisseur ne serait que porte-parole.

On remarquera une fois de plus que grâce à cette technique également le tradipraticien opère d'une pierre deux coups : il montre qu'il sait et qu'il a donc le contrôle de la situation, ce qui peut rassurer le patient, et en même temps l'autorité du guérisseur s'en trouve renforcée. Un coup de maître !

On pourrait s'étendre sur les autres techniques mentionnées dans le tableau. Mais ce ne serait que de la redondance. Hormis ces techniques, génogramme, questionnement circulaire, sculpture, peut-être aussi l'utilisation calculée et stratégique des prescriptions, nous pensons que toutes les autres techniques sont d'utilisation courante dans la thérapie traditionnelle. Dès lors se pose la question : les *nganga* négro-africains sont-ils des systémiciens ? Et puisque leur pratique remonte très loin dans le temps, ne sont-ils pas donc des systémiciens avant la lettre ?

## Conclusion

Nous avons abordé ce troisième chapitre concernant les considérations psychologiques sur la vision africaine du monde en attirant l'attention sur les critiques qui sont adressées à l'ethnologie et à l'anthropologie. De ces critiques nous avons retenu que nous devons être attentif à ne pas enfermer le Négro-africain dans un passé révolu, mais en même temps à ne pas oublier que ce passé se continue dans le présent sous de nouvelles formes et constitue la base sur laquelle le négro-africain moderne s'appuie pour se lancer à l'assaut de l'avenir. Ce passé est sa colonne vertébrale.

Nous avons souligné que la vision négro-africaine du monde met un accent particulier sur le contexte, sur l'environnement vital dans lequel la personne se trouve jetée. Cet environnement est multidimensionnel. L'individu entretient une relation *intrinsèque, existentielle, ontologique* avec chacune de ses dimensions. Chacune le constitue dans son être profond et fait de lui responsable ou co-responsable du contexte.

La mutilation de l'une des dimensions du contexte ainsi que des dimensions de la personne peut entraîner, du point de vue étiologique, des troubles graves de la personnalité, des maladies de tout genre et même la mort. Ces troubles ou perturbations peuvent affecter circulairement l'individu, sa communauté et leur biotope.

Il existe des « esprits de la nature ». Ils peuvent se charger de sanctionner le comportement irresponsable des hommes envers la nature, envers les autres humains et envers les individus eux-mêmes, parce que les hommes sont éléments de la nature et qu'ils sont constitutivement membres de l'environnement écologique. Cette accentuation souligne la conception holiste et systémique de la vision négro-africaine de l'homme et du monde, vision dont la *membralité* est le concept clé.

Tout en relevant la pertinence de cette vision ou le côté bienfaisant de l'environnement socioculturel et de toutes ses dimensions sur l'individu et sur sa communauté, nous avons également souligné les dangers qu'elle peut présenter lorsqu'elle est mal comprise et mal utilisée. C'est son côté négatif qui n'est pas toujours pris en compte par les défenseurs de la culture négro-africaine. Mais la pratique qui consiste à rejeter en bloc la vision traditionnelle, parce qu'il y a des abus possibles est une attitude qui n'est pas du tout scientifique.

L'appréciation critique des thérapies traditionnelles africaines a montré que ces thérapies offrent beaucoup de convergences avec les thérapies psychologiques scientifiques, comme le disait déjà Van Quekelberghe (1994) au sujet du chamanisme en général. Les *nganga* se servent des techniques médicales et des techniques psychologiques. Du point de vue psychologique, ils procèdent de la même manière qu'en psychologie scientifique, non seulement dans le recours aux processus de base en clinique, à savoir le *diagnostic*, le *traitement* et la *réhabilitation*, mais même dans l'utilisation des éléments à l'intérieur de chaque phase. La comparaison que nous avons pu faire au niveau du diagnostic concernant les fonctions du diagnostic scientifique telles qu'elles sont décrites par Perrez (1985) et Reinecker-Hecht & Baumann (1991) et la comparaison concernant les caractéristiques de l'intervention clinique d'après Perrez & Baumann (1991a) ont confirmé



ce que plusieurs auteurs cités au début du chapitre 1 de ce travail (cf. 1.1.2) affirmaient : la parallélité des structures du savoir empirique, en l'occurrence du savoir des *nganga*, avec celles du savoir scientifique. Autrement dit, nous nous trouvons en face d'un savoir sérieux et qui procède avec méthode.

Ce sérieux a été plus largement encore corroboré par les résultats de la longue comparaison entre les techniques de la systémique universitaire et les techniques thérapeutiques millénaires des *nganga*.

L'avantage des techniques du savoir universitaire peut être dans le fait qu'elles reposent, en principe, sur des règles théoriquement falsifiables et admises par la communauté scientifique, alors que les savoirs des *nganga* s'appuient sur des lois issues de leurs expériences souvent individuelles ou en tout cas limitées à un cercle restreint. Mais elles ont un avantage réel sur les thérapies scientifiques dans le sens où elles sont ancrées dans une vision holiste de l'homme qui intègre automatiquement tout son environnement, physique, socio-économique et spirituel. Si bien que lorsqu'un *nganga* soigne une affection ou un trouble quelconque, c'est tout l'homme qui est redynamisé, et parfois – selon les cas – c'est l'homme et son environnement qui sont rétablis dans l'harmonie, faisant de la guérison une recreation.

Avec ce chapitre, nous avons terminé la partie théorique de notre travail. Il nous faut maintenant contrôler sur le terrain, si ces théories subjectives exposées par l'ethnologie et l'anthropologie culturelle sont effectivement utilisées par l'homme ordinaire. C'est la préoccupation du chapitre 4 qui sera aussi le dernier de notre travail.

## **Chapitre 4 : Partie empirique**

## A. Cadre expérimental

« Seules les représentations (sociales) peuvent canaliser les échanges qui ont lieu entre nous et la réalité que nous affrontons. *Elles sont partagées par un grand nombre de personnes, transmises d'une génération à l'autre, imposées à chacun de nous sans notre assentiment conscient...* Chaque fois que nous acquérons ou modifions une représentation sociale, nous changeons par la même occasion un certain nombre de comportements dirigés vers les autres et vers nous-mêmes » (Moscovici, 1996, pp. 53 et 55. Nous soulignons).

### 4.0 Hypothèse générale

Dans les chapitres 2 et 3 de ce travail nous nous sommes efforcé de développer un discours méta-théorique sur les représentations mentales négro-africaines de la santé et de la maladie telles qu'elles sont véhiculées dans les discours des experts africains de la santé (les *nganga*) et des autres experts de la culture et de la tradition (les sages).

Nous avons montré que la compréhension de ces représentations repose sur une conception qui présente l'homme comme étant existentiellement, inextricablement interconnecté (*membre*), c'est-à-dire comme étant ontologiquement une relation tripolaire : comme relation à Dieu, comme relation aux hommes vivants et défunts et comme relation au monde.

Nous avons soutenu également qu'il existe une relation de complicité entre la médecine des *nganga* et la vision africaine du monde et de l'homme. En effet, la médecine des *nganga* n'est pas simplement portée par cette conception, elle en est en même temps un miroir à travers lequel la vision traditionnelle se contemple et apprécie sa propre actualité et pertinence.

Or, ce savoir traditionnel est un *savoir partagé* (Bruner, 1991 ; Moscovici, 1996). Étant donné cela, on doit s'attendre à retrouver cette conception dans les propos et comportements des gens ordinaires, notamment dans leurs énoncés sur les causes des maladies qui les accablent ou qui pourraient les affecter.

On devra la retrouver également dans leur appréciation positive des traitements et de la médecine africaine dans son ensemble, en dépit de la longue lutte qui a été menée contre elle.

Nous présumons l'existence de cette même longueur d'ondes entre les théories des *nganga* et celles de leurs patients compte tenu, entre autres, des résultats des recherches que nous avons exposées au chapitre premier. Notamment celles de Scheer & Moeller (1976) et de Ahrens & Elsner (1982).

Selon Scheer & Moeller, le succès de l'intervention psychothérapeutique dépend beaucoup sinon principalement des attentes du patient sur le traitement. Une trop grande divergence entre les représentations mentales du psychothérapeute et du patient se traduit souvent en un échec du traitement.

Ahrens & Elsner (1982) abondent dans le même sens et montrent que les préférences des patients pour un traitement corrélaient avec les types d'étiologies envisagés par eux.

En outre, la médecine négro-africaine ne sera pas perçue comme étant concurrente de la médecine euro-américaine (selon la vision coloniale de la médecine), mais plutôt comme étant en complémentarité avec elle.

Enfin, comme la maladie d'un membre affecte également la communauté, le recours aux soins ne sera pas l'affaire du seul malade mais impliquera aussi son groupe social.

#### ***4.1 Hypothèses opérationnelles (relatives à l'étiologie, au traitement, à l'aspect communautaire et à l'acceptabilité sociale)***

Pour contrôler, dans la mesure du possible, la solidité de ce discours, nous avons élaboré sept hypothèses relatives aux théories subjectives sur les causes des maladies et leurs traitements, sur l'implication de la communauté dans le choix d'un traitement ainsi que sur l'acceptation de la médecine africaine. Ce travail se situant encore au niveau exploratoire, nous n'avons pas jugé utile de formuler des hypothèses pointues, devant différencier de manière claire et nette un groupe d'un autre. Cela appartient aux recherches futures.

*A. Par rapport aux théories subjectives sur les causes des maladies*

Hyp. 1 : L'évocation des causes des maladies dans les discours quotidiens comprendra des causes physico-objectives (celles évoquées par la médecine scolaire). Mais elle comprendra également des causes psychosociales et des causes de l'ordre « mystique ». Les catégories sociales plus proches de la culture traditionnelle les évoqueront plus fréquemment que les autres sujets.

Hyp. 2 : L'évocation des causes socio-écologiques et « mystiques » sera indépendante du niveau de formation intellectuelle, de la profession, de l'âge, du lieu d'habitation et de l'appartenance religieuse.

*B. Par rapport aux théories subjectives sur les traitements*

Hyp. 3 : Le choix du traitement sera en relation avec les causes subjectives supposées de la maladie. Ainsi pour le traitement des troubles récurrents ou des maladies chroniques et des maladies psychiques, les traitements africains seront principalement préférés aux traitements de la médecine euro-américaine.

Hyp. 4 : Les sujets plus traditionnels attribueront les succès autant aux compétences objectives du praticien qu'à ses capacités de neutraliser les causes occultes.

Hyp. 5 : Les attributions de l'échec d'un traitement en médecine scolaire ou traditionnelle comprendront des catégories d'ordre socio-écologique et « mystique » indépendamment de la catégorie sociodémographique du sujet.

*C. Par rapport à l'implication de la communauté dans le choix du traitement*

Hyp. 6 : La décision de recourir aux soins des tiers aura été dans un nombre de cas une décision personnelle du sujet malade, mais dans la plupart des cas, une décision influencée par les autres membres de la famille ou par les amis.

*D. Par rapport à l'acceptation sociale de la médecine*

Hyp. 7 : Tous les groupes plus proches de la mentalité traditionnelle

(villageois, paysans, ouvriers, études primaires, femmes, vieux, adeptes des Églises indépendantes) se sentiront plus gênés que les groupes plus proches de la mentalité euro-américaine (citadins, employés, cadres, personnel médical, études secondaires et supérieures, hommes, jeunes, Catholiques et Protestants) d'avoir été chez un guérisseur et plus à l'aise d'avoir été dans un service de médecine euro-américaine.

## **4.2 Concepts opératoires**

### **4.2.1 Variables indépendantes**

Encore une fois, parce que nous menons une recherche exploratoire, nous avons jugé bon de recourir à autant de variables que possible. Nous espérons ainsi pouvoir détecter les variables que nous pourrions recommander aux recherches plus pointues. Nous avons ainsi choisi ces variables classiques : *confession*, *lieu de résidence*, *formation scolaire*, *profession*, *sexe*, *âge*. Toutes les six variables sont en relation avec la proximité ou l'éloignement par rapport à la culture traditionnelle négro-africaine.

La variable *confession* comprend les Catholiques, les Protestants et les Églises indépendantes. Elle pourra nous montrer si les membres de ces Églises indépendantes africaines, plus proches des pratiques traditionnelles qu'elles combattent cependant, adoptent un comportement différent par rapport aux Protestants et aux Catholiques (dont une tendance théologique - la théologie de l'inculturation - a relancé l'intérêt pour la connaissance des cultures africaines). Autrement dit, nous nous attendons à ce que les Catholiques soient tendanciellement plus favorables à la médecine des *nganga* que les Protestants et les adeptes des Églises indépendantes.

Concernant la variable *ville-village*, nous avons distingué trois niveaux au départ : *ville*, *centre extra coutumier* et *village*. Pour des raisons d'effectifs, nous les avons réduits à deux : *ville* et *village*. Cependant étant donné que le *centre extra coutumier* a ses caractéristiques propres, une étude plus discriminée devrait le considérer séparément. Comme il tient des éléments du village et de la ville, il serait intéressant pour la clinique de suivre de près comment la population gère cette

ambivalence. Ebigbo & Ihezue (1981) l'ont tenté et ils ont trouvé, par exemple, que ce contingent de la population était plus représenté parmi les patients de l'hôpital psychiatrique universitaire d'Enugu (Nigeria), Cf. Ebigbo (1989c, p. 551).

La variable « *études* » distinguera trois niveaux : (1°) *études primaires*; (2°) *études secondaires* et (3°) *études supérieures*<sup>193</sup>. Elle est une variable clé.

Dans la variable *profession*<sup>194</sup>, nous nous intéresserons particulièrement au comportement des professionnels médicaux eu égard à la médecine africaine.

<sup>193</sup> La catégorie *études primaires* comprend ceux qui n'ont jamais été à l'école et ceux qui n'ont pas dépassé le Cycle d'Orientation, soit la 8<sup>e</sup> classe.

La catégorie *études secondaires* comprend tous ceux qui ont fait un cycle d'études de quatre ans après le Cycle d'Orientation. Ce cycle est sanctionné par un diplôme d'État (BAC) donnant accès aux études supérieures techniques ou pédagogiques ou à l'Université. Mais pour simplifier l'information, nous avons aussi inclus dans cette catégorie ceux qui ont fait le *Cycle court* : un cycle de formation professionnelle qui dure de deux à trois ans après le Cycle d'Orientation pour la plupart des métiers ou quatre ans après l'école primaire pour les enseignants du degré inférieur et du degré moyen de l'école primaire.

La catégorie *études supérieures* renvoie à ceux qui ont fait des études supérieures à l'université ou dans une école supérieure technique ou pédagogique.

<sup>194</sup> Nous avons rencontré différentes catégories de professions. Pour des raisons de commodité de traitement, nous les avons regroupées de la manière suivante :

- (I) *paysans, pêcheurs, chasseurs, ménagères (n'ayant pas dépassé les études du Cycle d'Orientation), « chômeurs »;*
- (II) *ouvriers, petits commerçants, artisans...;*
- (III) *employés, fonctionnaires, enseignants ;*
- (IV) *cadres, avocats, psychologues, étudiants des écoles supérieures ou de l'université;*
- (V) *personnel médical (allopathes) : (médecins, infirmiers, pharmaciens);*

Le premier terme représente tout le groupe. Nous avons fait ce regroupement en fonction de la dépendance de la nature et/ou de la *chance* pour la réussite de sa profession, et en fonction de l'acculturation. Nous avons été conduit en cela par l'hypothèse suivante : Les gens dont les professions ne nécessitent pas une haute formation intellectuelle, mais les confrontent aux caprices de la nature sur lesquelles ils n'ont aucun pouvoir de contrôle, recourent plus facilement à une interprétation "surnaturelle" ou "magico-religieuse" (domaine des croyances) des événements naturels comme stratégie pour échapper à la situation de *helplessness* que provoqueraient ces événements. La cohérence du système traditionnel de pensée (omniprésent dans leur vie quotidienne) leur offre une plus grande sécurité. Tandis que les professions plus intellectuelles permettent de prendre des distances par rapport à ces événements et favorisent ainsi une explication déterministe et plus rationnelle (domaine scientifique ou objectif) des mêmes événements. Thomas & Luneau (1977) ont tenté de donner une explication rationnelle de la résurgence des croyances traditionnelles en milieu urbain. Leur lecture va dans ce sens. Lire leur chapitre 2, surtout le paragraphe "*La magie dans la ville*", pp. 212-217.

La catégorie *personnel médical (allopathes)* fait certes partie de la catégorie *cadres*. Mais nous l'avons constitué en catégorie séparée pour mieux observer son comportement. Nous considérons ainsi la troisième catégorie comme la plus acculturée mais aussi la moins dépendante des caprices de la nature et de la chance, parce que susceptible de compter sur un cadre professionnel plus rassurant pour l'avenir.

Pour la variable *sexe*, nous retenons que l'attitude des femmes envers la médecine africaine devrait présenter des différences notables par rapport à celle des hommes, parce que dans leur comportement quotidien, les femmes congolaises semblent très attirées par la modernité occidentale qui leur offre, peut-être, un moyen de se libérer de certaines contraintes traditionnelles érigées par une société masculine en sa faveur.

Pour la variable « *âge* », nous distinguerons trois niveaux : (1°) *18-25 ans* (les jeunes); (2°) *26-39 ans* (les moyens) ; (3°) *40 ans et plus* (les "Vieux").

Par rapport à ces variables, nous formulons l'hypothèse que les *citadins*, les *femmes*, les *jeunes* et éventuellement les *moins jeunes* (*26-39 ans*), les *adeptes des Églises indépendantes* et éventuellement les *Protestants*, les sujets les *plus scolarisés* (*niveau 'études supérieures'*), les *cadres* et les sujets de *profession médicale hospitalière* seront plus réservés à l'égard de la médecine traditionnelle que les *villageois*, les *hommes*, les '*vieux*', les *catholiques*, les sujets les *moins scolarisés* (*niveau 'études primaires'*), les *paysans* et les *ouvriers*. Nous disons « plus réservés », parce que compte tenu de l'hypothèse générale et de tout le développement théorique, tous devront être favorables à la médecine africaine. La différence sera plutôt de l'ordre du degré d'acceptation.

#### **4.2.2 Variables dépendantes**

Les items retenus pour cette recherche devront nous dévoiler les théories subjectives des sujets sur l'étiologie des maladies somatiques et psychiques, sur l'intervention des guérisseurs et des agents de la médecine euro-américaine et leur attitude globale par rapport à la médecine africaine et à la médecine euro-américaine.

A cause de son but exploratoire, le questionnaire global formulé en 1990 envisageait beaucoup d'aspects. De cet ensemble, nous avons retenu, pour l'actuelle phase de la recherche, les items suivants que nous avons regroupés sous quatre thèmes, comme nous l'avons fait plus haut au niveau des hypothèses opérationnelles :



*I. Les théories subjectives relatives à l'étiologie des maladies.* Nous avons une question ouverte et une question fermée.

Items : Q27 et Q28

*II. Les théories subjectives relatives aux traitements*

1) le choix d'un traitement en cas de maladies chroniques ou de troubles psychiques : 1<sup>er</sup> choix

Items: Q1a, Q2a, Q2b, Q2c,

2) le choix d'un traitement en cas de maladies chroniques ou de troubles psychiques : 2<sup>e</sup> choix

Items : Q3, Q6b, Q6c, Q12a

3) les attributions du succès du *nganga* et du médecin

Items : Q15, Q24

4) les attributions de l'échec du *nganga* et du médecin :

Items : Q16, Q25

*III. L'implication communautaire dans le choix du traitement*

Items : Q7d, Q11, Q20

*IV. Les normes sociales :* il s'agit d'appréhender les sentiments du sujet (aise, malaise) sur les soins du *nganga* et de l'allopathe à partir du regard des autres.

Items : Q26a, Q26b

Comme les hypothèses qui les ont motivés, ces items n'ambitionnent pas d'entrer dans les détails des connaissances ou des comportements des sujets interrogés. Cela devra se faire un jour. Pour le moment, nous nous contentons de recueillir les impressions générales.

### **4.3 Stratégie de confirmation** (*Procédé méthodologique*)

#### **4.3.1 Présentation**

Le matériel que nous utilisons pour ce travail est celui que nous avons récolté alors que nous préparions notre licence. En ce temps-là déjà, nous estimions que *l'enquête* était l'instrument le plus adapté. En effet, le recours au guérisseur et à la médecine scientifique comme objet d'étude était (et est encore) un domaine largement *inexploré*, particulièrement au Congo, et ne dispose pas encore d'une abondante littérature.

En plus, l'angle sous lequel nous envisageons la problématique, à savoir, les théories subjectives des gens ordinaires sur la médecine traditionnelle (et euro-américaine) et surtout leurs théories sur les causes des maladies, sur leur choix des traitements et sur les facteurs qui auront influencé leur prise de décision, n'est accessible que par le langage. Dans ces conditions la méthode indirecte sous forme d'enquête s'est avérée la plus indiquée (Cf. Barrios cité par Baumann et Perrez, 1990). Cette méthode "consiste à susciter un ensemble de discours individuels, à les interpréter et à les généraliser" (Ghiglione & Matalon, 1978, p. 6).

Cependant l'interview présente des limites avec lesquelles nous devons compter. Notamment, le fait que les réponses du sujet sont influencées par multiples interactions sociales, dont la relation qui s'établit entre l'enquêteur et l'enquêté, par la représentation qu'il a de la situation, par ses propres objectifs qui ne coïncident pas nécessairement avec ceux de l'enquêteur, etc.

En outre, le matériel sur lequel on travaille étant verbal, il se pose des problèmes du sens. Les normes de la plupart des groupes sociaux imposent qu'on ne parle pas de certains thèmes avec l'étranger. Pour le peuple congolais, le domaine de la santé (et de la maladie) est un domaine ultra sensible. On ne se confie pas à n'importe qui, sans savoir au préalable s'il est une personne bienveillante. Car, comme nous l'avons évoqué dans la partie théorique (Cf. 2.6.1.3), l'interviewer (étranger) peut être un sorcier à la recherche des personnes à nuire. Il pourrait ainsi utiliser les informations fournies pour nuire à la santé de celui qui s'est confié à lui. C'est pourquoi il nous a fallu prendre quelques précautions.

#### **4.3.2 Précautions**

Pour faire face à ces difficultés d'ordre culturel, conjoncturel, cognitif et affectif, nous devons d'abord mettre tout en œuvre pour créer un climat de confiance et motiver le sujet à apporter sa contribution en répondant aussi sincèrement que possible, sans considération de ce que les autres membres de la communauté en penseraient. Ce faisant, on visait à limiter les effets de la désidérabilité sociale (du souci de conformisme

social). Pour cela, on devait prendre le temps d'expliquer le bien fondé de la recherche (et du choix du village *Musangana*<sup>195</sup> et du centre *Lwebo-Kasenga*), d'expliquer le rôle de l'enquêté et de l'enquêteur ainsi que la bonne foi de celui-ci. Après chaque interview, on remettait 3000 Zaires (l'équivalent d'environ 5 euro) à l'interviewé en signe de remerciement<sup>196</sup>.

Les questions de l'interview devaient être exprimées dans le langage le plus accessible. A *Musangana*, bien que nous appartenions nous-même à ce peuple *luba*, nous avons dû nous faire aider par un jeune lettré du village<sup>197</sup>, pour trouver les expressions les plus adéquates en notre langue, le *Ciluba*. Dans la ville de Kinshasa, nous nous étions placé sous la supervision du professeur Mpinda de l'université de Kinshasa. Le professeur avait mis à notre disposition l'un de ses assistants. Celui-ci maîtrisait parfaitement le *Lingala*, la langue de la capitale congolaise.

Pour éviter le biais d'acquiescement et éventuellement l'effet de halo, nous avons mélangé les questions ouvertes et les questions fermées. La logique des questions était la suivante : (1) des questions d'ordre général et hypothétique, (2) les expériences auprès du guérisseur, (3) les expériences auprès de la médecine allopathique, (4) les attitudes envers la culture traditionnelle en général.

---

<sup>195</sup> *Musangana* est l'un des grands groupements des *Bakwa Luntu* qui, avec les *Bena Luluwa* et les *Baluba-Lubilanji*, constituent le peuple *Luba-Kasayi*.

<sup>196</sup> Cette somme était plutôt symbolique. Au village, elle eut cependant un grand impact, car les gens ne manquaient pas de se le communiquer. Mais elle pouvait aussi constituer une difficulté supplémentaire dans ce sens que les gens pouvaient venir uniquement pour mériter la récompense. Cependant nous ne croyons pas que ce danger ait joué un rôle susceptible d'influencer les résultats. Au village, toujours par souci de limiter les effets de la désidérabilité sociale, nous consacrons nos soirées à des entretiens ordinaires avec les gens sur différents problèmes qui se posaient au village et dans la région, sur la politique du pays, sur la situation du SIDA en Europe et sur l'état des recherches (sur le SIDA)... Le tout se passant dans une ambiance cordiale et décontractée, parfois en sirotant un bon vin de palme que nous payions et offrions à nos hôtes. En faisant cela, nous appliquions les conseils de l'anthropologue Bonvin (1982) au sujet des enquêtes sur le terrain.

<sup>197</sup> Notre interprète était marié et père d'un enfant. Il avait toujours vécu dans ce village. Diplômé des humanités pédagogiques (6 ans), sans emploi, il exerçait momentanément les fonctions de secrétaire du chef coutumier. C'est lui qui nous accueillit et nous présenta au frère aîné du chef, lequel gérât les affaires courantes du village en l'absence du chef titulaire. A titre d'anecdote : à notre arrivée à *Musangana*, la première personne que nous avons croisée et à laquelle nous nous sommes adressé pour nous enquérir de la résidence du chef était justement ce frère aîné et donc chef lui-même. Il ne se présenta pas. Il nous informa seulement (très gentiment) que le chef était en voyage - ce qui était vrai - et que nous pouvions nous entretenir avec son secrétaire pour toute question utile. Et il le fit venir aussitôt. Ce n'est qu'après que ce dernier avait approuvé nos "lettres de créance", que l'on nous laissa savoir que l'interlocuteur que le hasard nous avait fait rencontrer en premier était le chef et qu'il nous accueillait dans son village.

En outre, comme les phénomènes sociaux ne se réduisent que rarement à ce qu'on peut tirer d'une seule enquête (Devereux, 1977)<sup>198</sup> et que les réponses individuelles ne sont pas nécessairement les réponses d'un groupe social (Ghiglione & Matalon, 1978), nous avons pris la précaution de compléter l'information en parcourant la littérature ethnologique, anthropologique et sociologique, notre propre expérience culturelle jouant le rôle d'observation directe.

La consigne donnée aux enquêteurs était : (1) éviter autant que possible d'influencer de manière consciente<sup>199</sup> les réponses du sujet; (2) ne pas exprimer ses propres opinions, même si l'interviewé les demandait ; (3) prendre le temps d'expliquer les raisons de la recherche, lesquelles se résument en ceci : *“Mieux comprendre les raisons qui poussent les gens à recourir aux soins du guérisseur ou à les rejeter. A partir de cette compréhension, on pourra faire des propositions pertinentes à ceux qui doivent prendre des décisions politiques en matière des soins de santé”*; (4) motiver le sujet à ne donner que ses opinions personnelles, car aucune opinion n'est en soi meilleure que l'autre.

### 4.3.3 Procédure

L'enquête s'est déroulée en trois endroits : dans la ville de Kinshasa, dans le village *Musangana* et dans le centre administratif de Lwebo. Elle a duré à peu près deux mois : de mars à avril 1990.

Dans **la ville de Kinshasa**, eu égard aux facteurs conjoncturels, nous avons jugé bon d'interroger les sujets malades se trouvant à l'hôpital, ou dans un centre médical, ou chez le guérisseur. Nous espérions ainsi obtenir des réponses pertinentes et pas de simples fabulations, surtout en ce qui concerne le recours aux soins du guérisseur.

Parmi les malades venus en consultation ce jour-là, le médecin ou le guérisseur en envoyait un, au fur et à mesure, causer avec l'enquêteur.

---

<sup>198</sup> L'auteur renvoie à l'exemple de Róheim “qui a donné deux interprétations différentes de deux cultures, moins parce que ces cultures étaient en effet différentes que parce que les indigènes de l'une et de l'autre ne lui avaient pas attribué, dans leurs communautés, le même statut social” (Devereux, 1977, p. XVIII).

<sup>199</sup> Nous pensons que malgré toutes les précautions que le chercheur pourra prendre, il influencera toujours de l'une ou l'autre manière le sujet, ne fût-ce que par son comportement non verbal qu'il ne peut toujours pas maîtriser. Cf. Watzlawick, (1978, 1981); Hall, (1979); Rosenthal, (1969) pour l'effet Rosenthal.

En institution médicale euro-américaine, il s'installait à l'écart derrière la clinique. On le présentait au malade comme faisant partie de l'équipe soignante. Chez le guérisseur, il s'installait dans la cour. Le guérisseur encourageait les patients à pouvoir répondre franchement aux questions qui leur seraient posées. Pour être sûr de ne pas manquer d'intellectuels et des gens bien-portants<sup>200</sup>, on a dû interviewer d'autres sujets (une dizaine) choisis au hasard qui acceptaient de participer à la recherche. L'interview se passait à domicile ou au bureau, selon leur choix et leur disponibilité.

**A Musangana et à Lwebo**, nous n'avons pas pu procéder exactement de la même manière qu'en ville.

(1) Si à *Lwebo* on pouvait facilement rencontrer des malades hospitalisés, il n'en était pas question à *Musangana*, qui ne disposait que d'une "boîte de secours", avec un infirmier au chômage technique, parce qu'il était à court de médicaments. La pauvreté des gens et la grande distance qui éloigne *Musangana* de l'hôpital le plus proche font que les gens sont condamnés à utiliser les moyens de bord.

(2) Si à Kinshasa et dans d'autres grandes villes, les guérisseurs ont des "cabinets" institutionnalisés, au village, il est rare de rencontrer un guérisseur qui ne vivrait que de cette profession. Ce qui est commun, c'est qu'il soigne de temps en temps<sup>201</sup>. Aussi avons-nous circulé dans le village, comme à la cité de *Lwebo*, à différentes heures de la journée (y compris tard le soir) pour ne pas manquer la population active.

Dans le village *Musangana*, une bonne partie de l'enquête s'est déroulé chez le chef coutumier. C'est chez lui que nous avons stratégiquement sollicité un logement pour nous faire accepter plus facilement par la population. Ainsi quiconque viendrait causer avec nous aurait ipso facto l'autorisation du village tout entier de pouvoir "dire des choses" et devrait se sentir à l'abri d'éventuelles représailles.

Étant prêtre originaire du centre *Lwebo*, et notre famille y étant bien connue, nous n'avons pas eu beaucoup de peine à convaincre les gens

---

<sup>200</sup> Ghiglione & Matalon (1978) attirent l'attention sur le fait qu'un "sujet fortement impliqué par un thème risque d'ignorer les expériences déplaisantes, et par là même de tarir les sources d'information" (p. 65).

<sup>201</sup> Cette situation est également attestée en d'autres lieux par d'autres études : Peltzer (1992), Coppo (1983).

de la rectitude de nos intentions. Nous avons veillé à interroger malades et bien-portants, gens cultivés et non scolarisés. Nous n'avons pu interroger que ceux qui acceptaient volontairement de participer à la recherche.



Photo 22 : *Interview d'une équipe des ngangas et de leurs patients dans la cour de la responsable*

#### **4.3.4 Difficultés rencontrées**

En ville, tout s'est déroulé sans problème, une fois la confiance du médecin ou du guérisseur acquise. Ailleurs, surtout à *Musangana*, la résistance a été assez longue: parce que nous étions étranger, intellectuel et prêtre, et qu'on n'osait pas croire que nous nous soyons déplacé depuis l'Europe tout simplement pour nous informer sur des pratiques autrefois condamnées et méprisées par les intellectuels et par les Églises. Et pourquoi avons-nous choisi précisément leur village? On soupçonnait d'autres raisons.

Certains sujets croyaient au départ que nous testions leurs connaissances dans les pratiques traditionnelles. Il était parfois difficile d'isoler l'enquête comme la photo ci-haut le montre. Tout le monde

venait et tentait d'aider celui qu'on croyait être en mal de répondre<sup>202</sup>. Signe de leur solidarité (cf. *membrealité* horizontale).

Pour parer à la fatigue due à la longueur de l'interview, nous avons évité de dépasser un maximum de cinq interviews par jour. Chaque interview durait en moyenne 45 minutes. Malgré ces difficultés, l'enquête s'est déroulée de la manière la plus correcte possible.

#### 4.3.5 Techniques d'analyse

Les réponses récoltées avaient été préalablement codées en vue du traitement statistique sur ordinateur de l'Institut de Psychologie de l'Université de Fribourg en 1992. Nous les avons réintroduites dans l'ordinateur de l'université de Landau pour un nouveau traitement statistique. Ce deuxième traitement s'est avéré indispensable, d'une part, parce que nous nous sommes rendu compte que nous avions perdu une partie des résultats lors de nos différents déménagements. D'autre part, il nous fallait regrouper certaines catégories des réponses pour pouvoir disposer des effectifs plus utilisables.

Le calcul utilisé consiste en l'analyse univariée avec le test du Chi<sup>2</sup>. Ce test présente quelques limites par rapport à notre corpus du fait que nous ne disposons pas de groupes totalement distincts. Cela veut dire qu'on devra interpréter les résultats comme étant indicatifs d'une direction et rien de plus.

#### 4.3.6 Problème de fidélité interne

A ce niveau, nous avons attiré notre attention sur quatre facteurs susceptibles d'influencer la validité des résultats. Il s'agit de *nos propres attentes*, des *attentes des sujets*, des *fluctuations de l'instrument de mesure* et de *la sélection des sujets*.

Au sujet des attentes des sujets, cette validité peut être entachée par la désidérabilité sociale du sujet: faire bonne impression, notamment en s'affichant émancipé des pratiques traditionnelles. Mais même cette

---

<sup>202</sup> Bonvin (1982) rapporte aussi de son expérience au Burundi, qu'il avait toujours vécu "des situations de groupe et non d'individus", "contrairement au contexte d'enquête européen, qui est généralement individuel".

attitude reste un indice intéressant<sup>203</sup>, car elle révèle un certain conflit entre le traditionnel et le moderne.

Lors du premier traitement de ce matériel (en vue du mémoire de licence), nous avons confronté notre codage des réponses des sujets avec celui de trois autres juges (étudiants en psychologie) pour parer aux fluctuations de l'instrumentation et à nos propres attentes. Nous avons choisi au hasard 20 copies. Chacun des trois juges devait corriger seulement les 36 questions ouvertes dont les réponses avaient été codées. (La plupart des questions étaient fermées, pour faciliter le traitement).

Les différences constatées étaient minimales : 4 différences avec le premier juge, 5 avec le deuxième et 2 avec le troisième. Nous avons recodé nous-même cinq copies tirées au hasard. Nous avons constaté une seule différence. Le tableau ci-contre montre ces différences en termes de corrélation.

Tableau 12 : *Corrélation entre le codage des juges et le nôtre propre*

<b>Juges</b>	<b>Corrélation avec Panu</b>
1 <sup>er</sup>	.89
2 <sup>e</sup>	.86
3 <sup>e</sup>	.94
Corrélation moyenne	.90
Re-test	.97

#### **4.4 Échantillonnage**

Nous présentons l'échantillon d'abord au niveau des localités, car c'est d'abord à ce niveau que se situe la représentativité. Ensuite nous présentons les caractéristiques des sujets. Le fil conducteur de notre description des caractéristiques des localités est constitué par ce

<sup>203</sup> Voici ce que Bastide écrit dans la Préface au livre de Devereux (1977): "Si les résistances, les contre-transferts, les mécanismes de défense contre l'intrusion des fantasmes provoqués par le spectacle des mœurs des indigènes sont une source d'erreur, en effet, lorsque l'observateur n'en a pas pris conscience, par contre, *lorsqu'ils sont traités comme les données de base d'une science du comportement, alors ils peuvent se révéler comme une source de création scientifique*" (p. 17. C'est nous qui soulignons).



présupposé philosophique : l'infrastructure éco-systémique influence et détermine le mode de penser et d'agir (Berry, 1975, cité par Segall, 1979). Mais nous reconnaissons en même temps que cet éco-système sera à son tour rétroactivement et dialectiquement influencé par ce mode de penser et d'agir (Bateson, 1977, 1980).

#### **4.4.1 Lieux**

##### **4.4.1.1 Ville : population, économie et infrastructure sociale**

La ville se caractérise par une population dense et hétérogène dans sa provenance ethnique, avec peu ou presque pas d'attachement à la terre, des rapports assez relâchés avec le village (Ethnie) d'origine, mais encore relativement forts entre membres ethniques résidant en ville. Elle est fortement scolarisée. La population euro-américaine est assez nombreuse. La législation et l'organisation politique sont de facture euro-américaine. Les coutumes et les croyances traditionnelles subsistent, mais généralement sous forme de syncrétisme culturel : chaque ethnie a emprunté des éléments provenant des autres ethnies. Ceci prouve que les traditions ne sont pas aussi fermées que certains veulent le prétendre. Elles restent ouvertes à des nouveaux apports, mais en se les appropriant.

Du point de vue économique, la ville dépend, en nourriture, des villages environnants et du commerce international. Les individus peuvent s'enrichir sans entraves sociales et la richesse constitue une grande valeur dans l'appréciation sociale de quelqu'un. Il existe beaucoup de négoces et d'écoles. Les gens instruits sont en nombre élevé. Le chômage est endémique. Les services médicaux euro-américains sont en assez grand nombre et disposent d'un personnel compétent, mais ils sont relativement chers par rapport aux revenus de la population. Cependant, ils restent loin en deçà des besoins réels (Comparer avec Kalambayi-Nsumbu, 1995 ; Richard, 1995). Elle est largement orientée vers le style de vie euro-américain.

#### **4.4.1.2 Village :** *population, économie et infrastructures sociales*

Le village se caractérise par une population homogène quant à l'appartenance ethnique et même clanique. On n'y trouve presque pas d'étrangers. La densité de la population est relativement faible. La législation est coutumière et l'organisation sociale est du type patriarcal. Les coutumes exercent un grand impact dans la vie quotidienne. La scolarisation est assez limitée, les intellectuels résidents sont rares. Les jeunes tendent à le désertir pour aller vivre en ville, avec espoir d'y trouver un emploi et une vie plus aisée.

Presque tout le monde est paysan, hormis les enseignants et quelque rare commerçant et artisan; il y a peu de différences entre les habitants quant à la possession de la richesse et il n'y a presque pas de chômeurs. Relativement autonome quant à la nourriture de base, grenier des centres urbains, mais dépendant de la ville pour tous les autres produits, le village sera le plus souvent situé le long d'une grande route. Il n'y a pas d'adduction d'eau, pas d'électricité, pas d'hôpital, sinon un "Centre de santé" ou une "boîte de secours" desservi par un aide infirmier, pour les soins primaires. Aussi la vie y est-elle précaire. Du point de vue scolaire, on y trouve une école primaire et parfois un *Cycle court* professionnel ou seulement un *Cycle d'Orientation*. La population expérimente continuellement beaucoup de tracasseries des agents de l'État et de la gendarmerie de la ville ou du centre extra coutumier le plus proche.

Ces éléments montrent que le village n'a plus tout à fait le style de vie traditionnel. Il est inévitablement influencé par la "modernité". Mais la prépondérance du style traditionnel reste encore très élevée. C'est pourquoi, par un procédé de simplification, nous le considérons encore comme le milieu traditionnel par excellence.

#### **4.4.1.3 Centre extra coutumier :** *population, économie et infrastructure sociale*

Intermédiaire entre ville et village, le *centre extra coutumier* est appelé "territoire" ou "district" selon son importance administrative. Sa population est relativement homogène au niveau ethnique, relativement

nombreuse (parfois plus de 10.000 habitants), avec différentes catégories sociales. La législation est mixte : coutumière et de type européen. Comme pour le village proprement dit, la jeunesse tend à le désertier pour aller vivre en ville, avec espoir d'y trouver un emploi et une vie plus aisée.

Le *centre extra coutumier* jouit d'une organisation sociopolitique de type "Cité" (grande agglomération). Il est doté de bonnes écoles, d'un hôpital au moins, mais pauvre en équipement et en personnel soignant. Il peut avoir de l'eau courante, voire de l'électricité. Les tracasseries des agents de l'ordre sont assez limitées. Sur le plan économique, il est dépendant de la ville et des villages environnants. Les chômeurs y sont relativement nombreux.

Le centre *district* ou *territoire* est ainsi à cheval entre la tradition et la "modernité". C'est en fait un grand village tendant à devenir ville.

Les trois lieux choisis pour la recherche (ville de **Kinshasa**, centre de **Lwebo**, village **Musangana**) répondent à ces critères : ils sont donc typiques des localités congolaises<sup>204</sup>. A part les plus petits villages, (d'une cinquantaine de familles par exemple), tous les autres qui correspondent à l'appellation administrative de *groupement* auraient les mêmes chances de faire partie de cet échantillon.

**Kinshasa**, capitale de la république démocratique du Congo (Rdc), a une population estimée à 6.000.000 d'habitants provenant de toutes les ethnies qui peuplent l'immense Congo. La population étrangère euro-américaine est estimée à 40.000. Kinshasa a un seul grand hôpital "Mama Yemo", trois cliniques, dont une universitaire équipée d'un *centre de neuropsychopathologie* (C.N.P.P.), quelques centres médicaux officiels dirigés par des médecins, plusieurs cliniques et pharmacies privées ou appartenant à des associations et confessions religieuses chrétiennes. Mais actuellement, toute l'infrastructure médicale laisse à désirer.

Depuis 1975 (!), les guérisseurs traditionnels sont officiellement reconnus et sont organisés en *associations des tradipraticiens*. On en dénombre à peu près 600. Mais tous n'ont pas le même prestige. Les

---

<sup>204</sup> Tel était aussi l'avis du sociologue congolais, M. Bukasa, à l'époque, responsable d'un secteur de projets de développement rural dans l'archidiocèse de Kananga.

scientifiques s'intéressent à leurs activités, notamment ceux du laboratoire universitaire de la médecine nucléaire de Kinshasa. Mais trop peu de recherches en dehors de l'analyse chimique des constituants des plantes médicinales autochtones ont déjà vu le jour.

Du côté des sciences anthropologiques, on a quelques grands noms qui s'intéressent à eux, notamment Bibeau et Corin, Devisch et Mbonyinkebe (Mbonyinkebe, 1989). Mais leurs travaux sont encore limités à l'une ou l'autre zone ethnique. On n'a pas encore un répertoire général de tout ce qui se fait.

**Musangana** est un grand village de plus de 2000 habitants. Son Chef (le maire) est en même temps le chef du groupement de tous les villages de *Bakwa Cisumba*. La quasi totalité de la population résidente est paysanne, hormis les enseignants, l'infirmier et quelques rares commerçants ambulants. Les chasseurs et artisans sont en même temps cultivateurs. *Musangana* est situé le long de l'axe routier *Kananga-Mbujimayi*, deux grandes villes et chefs-lieux des provinces respectivement du Kasayi Occidental et du Kasayi Oriental. Il est à  $\pm 120$  Km de *Mbujimayi* et  $\pm 80$  Km de *Kananga* dont il dépend administrativement (cf. carte 1 supra); à  $\pm 60$  Km de la Mission catholique de *Katende* qui a un hôpital dirigé par un médecin et qui est responsable de tous les centres de santé de la zone.

On y trouve un petit centre de santé (dispensaire et maternité) qui soigne les cas simples. Les cas graves doivent être amenés à *Katende*, sinon à *Kananga* et parfois à *Mbujimayi*. Le transport en direction de ces deux villes est relativement abondant. Mais il est cher pour les maigres revenus de la population et présume l'acceptation des conditions de voyage plutôt désagréables. Car lorsque les véhicules arrivent à *Musangana*, ils sont déjà normalement pleins de marchandises et de passagers.

Le transport vers *Katende* est plutôt rare. On est obligé de s'y rendre à pieds ou à vélo<sup>205</sup>.

---

<sup>205</sup> Un film Vidéo de cette enquête, très intéressant, est disponible à l'Institut de Psychologie de l'université de Fribourg (CH), département de psychologie clinique. Les interviews ont été réalisés sous la direction du Prof. Mpinda Mukumbi. Nous nous sommes occupé de l'enregistrement des interviews dans les localités rurales. Sur ce film, on peut voir entre autres la sortie de la maternité avec un nouveau-né (un groupe de femmes accompagne la mère) et l'arrivée d'un malade grave (un parent tient le malade assis sur une bicyclette et un autre pousse la bicyclette).

*Musangana* a aussi une école primaire, un cycle d'orientation et un cycle court technique, section "Bois"<sup>206</sup>. Les catholiques constituent la majorité de sa population, mais les Églises indépendantes y sont aussi très influentes, notamment "*l'Église des disciples du Christ*"<sup>207</sup> à laquelle le chef et sa famille appartiennent, hormis le fils aîné, âgé de 23 ans.

Nous avons préféré ce village à cause de la densité et de la diversité relative de sa population. Nous espérions pouvoir y rencontrer toutes les catégories de sujets dont nous avons besoin. Son emplacement géographique aussi nous facilitait l'accès. Dans un pays où il n'y a pratiquement plus d'infrastructure routière et où le carburant est rare et cher, et compte tenu du temps dont nous disposions, ce choix était bien le meilleur.

Par ailleurs, nous pensons que le choix d'un village éloigné d'une route importante, sans dispensaire et sans aucune possibilité de rejoindre un centre médical moderne aurait faussé l'enquête et n'aurait pas du tout été représentatif de la situation de la majorité de notre population rurale. Dans cette situation, le choix de la médecine traditionnelle aurait été le seul possible.

A *Musangana* et dans ses environs immédiats, il n'y a pas de *nganga* de grande renommée. Ceux qu'on y trouve travaillent occasionnellement, comme c'est le cas dans la plupart des villages. Ils étaient consultés en fonction de leurs spécialités. Les cas les plus courants concernaient des maladies infantiles (cf. Annexe III). On n'oubliera pas que la mortalité infantile est très élevée dans les villages.

**Lwebo** est un centre semi-urbain, semi-rural. C'est un district administratif et siège épiscopal. Il fut un centre protestant très important jusqu'à la fin des années 60. On y rencontre deux cités séparées par la rivière Lulua et situées à 3 km de distance l'une de l'autre : Lwebo-Etat, centre administratif comprenant une structure

---

<sup>206</sup> Un institut sans avenir. Il était presque vide lors de notre séjour. Les élèves n'y trouvaient aucun intérêt. A notre avis, ils avaient pleinement raison : cela eût été une vraie perte de temps et d'argent pour eux, car c'était une école non viable.

<sup>207</sup> En Ciluba: *Balondi ba Yezu*. Le prophète-fondateur, originaire de la région, est un ancien politicien (de la première heure après l'indépendance en 1960).

plus urbaine, et *Lwebo-Kasenga* ou *Mishionyi*<sup>208</sup>, qui est plutôt une agglomération rurale. C'est dans cette agglomération que l'enquête a été effectuée. Sa population est estimée à 6.000 habitants. La population totale de *Lwebo* est évaluée à 9.000 habitants, dont la majorité est paysanne (cf. supra).

Cette population est en constante diminution depuis une trentaine d'années, surtout dans la cité rurale. Les jeunes désertent *Lwebo* pour aller chercher du travail ailleurs dans les villes, notamment à *Cikapa*, à *Kananga*, à *Mbujimayi* et à *Kinshasa*.

On rencontre à *Lwebo* presque toutes les professions qu'on rencontre en ville. *Lwebo* a deux hôpitaux, un dans chaque cité. Mais la carence en médicaments et en matériel est énorme<sup>209</sup>. Une épidémie de la dysenterie amibienne y sévissait de manière endémique et causait à chaque apparition plusieurs dizaines de morts. Peu après notre enquête, un service de distribution d'eau pour endiguer cette épidémie venait enfin d'y être installé (novembre 1990). Mais les gens avertis doutaient qu'il ne devienne vraiment opérationnel à cause de la difficulté d'approvisionnement en carburant nécessaire pour faire tourner les pompes d'eau<sup>210</sup>.

On y trouve beaucoup de guérisseurs, mais tous travaillent isolément et occasionnellement et sans statut "officiel".

*Lwebo* a plusieurs écoles primaires et secondaires, dont un institut technique médical. Nous avons pu interviewer quelques étudiantes de cet institut. L'une d'elle était religieuse et tradipraticienne<sup>211</sup>.

Nous avons choisi *Lwebo* parce qu'il est typique de ces localités intermédiaires entre ville et campagne et parce qu'étant notre résidence d'origine, nous espérions ne pas rencontrer une trop grande résistance de la part des sujets.

---

<sup>208</sup> *Mishionyi* est une déformation en "*Ciluba*" de l'anglais *Mission*. En effet, ce sont les missionnaires presbytériens américains qui ont fondé cette cité dans la dernière décennie du 19<sup>e</sup> s. comme leur poste de mission.

<sup>209</sup> Au près cette enquête, la situation s'est beaucoup suite au pillage opéré par les militaires dans le dernier trimestre de 1991 et début 1992.

<sup>210</sup> C'est ce qui s'est produit. Le service n'a travaillé que quelque deux petites années.

<sup>211</sup> On trouvera une interview avec elle sur la bande vidéo. L'interview avait eu lieu durant la pause de midi. On la voit en train de préparer un produit traditionnel pour un client qu'elle allait rencontrer après les cours de l'après-midi. Le client souffrait d'hémorroïdes. Nous n'avons malheureusement pas eu la chance de rencontrer ce malade.

#### **4.4.2 Sujets : représentativité de l'échantillon et généralisabilité des résultats ?**

L'échantillon ne respecte pas la condition des proportions par rapport à la population totale, mais les dispositions ont été prises pour qu'il contienne autant que possible diverses catégories de la population. Nous n'avons pas jugé utile d'interroger plus de femmes que d'hommes du fait que, le plus souvent, c'est à l'homme qu'il incombe de prendre la décision. Même pour que la femme accepte de participer à l'enquête, il lui fallait une autorisation informelle préalable du mari ou des autres hommes ou femmes présentes (lorsque nous étions considérés comme étrangers dans la localité). Du reste, nous avons un échantillon « tout venant ».

Nous avons interviewé 106 sujets au total. Deux sujets ont été écartés : l'un, parce que ses réponses étaient trop fantaisistes. L'autre, parce qu'il avait interrompu l'interview après quelques questions seulement : membre d'une église indépendante africaine, il trouvait que le contenu de l'interview n'était pas compatible avec les exigences de sa confession. Son comportement est informatif pour notre recherche et va dans le sens de la relation conflictuelle existant entre les Églises indépendantes et les médecines africaines (Cf. 2.6.2.2.4). Un troisième sujet a été écarté parce qu'il n'avait pas fourni les données sociodémographiques. Nous avons tout de même retenu plusieurs sujets qui n'avaient pas répondu à toutes les questions notamment par manque d'expérience sur certaines situations. Exemple, ceux qui n'avaient jamais été chez un guérisseur. Ainsi, l'échantillon se compose finalement de 103 sujets qui se répartissent de la manière suivante en fonction des variables indépendantes :

Tabelle 13 : *Distribution des sujets en fonction des variables indépendantes*

Résidence	Études			Professions				Age			Sexe		Confession		
	I	II	III	I	II	III	IV	I	II	III	H	F	C	P	K
<b>Ville</b> n=53	19	16	18	19	3	16	5	14	22	17	30	23	27	12	13
<b>Village</b> n=50	26	21	3	33	5	8	4	7	23	20	29	21	26	23	1
<b>N=103</b>	<b>45</b>	<b>37</b>	<b>21</b>	<b>52</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>45</b>	<b>37</b>	<b>59</b>	<b>44</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>14</b>

**résidence** : *ville* vs. *Village*;

**études** : (I) *primaires*, (II) *secondaires*, (III) *supérieures*;

**professions** : (I) *paysans*, (II) *ouvriers*, (III) *employés*, (IV) *cadres*, (V) *personnel médical*;

**sexe** : *femmes* vs. *Hommes*;

**âge** : (I) “*jeunes*” (18 à 25 ans), (II) “*moyens*” (26 à 39 ans), (III) “*vieux*” (40 à 74) ;

**confession** : (I) *catholiques*, (II) *protestants*, (III) *Églises indépendante*

Même si on peut considérer les trois localités *Kinshasa*, *Lwebo* et *Musangana* comme typiques pour les villes et les villages congolais, le problème de la généralisabilité des résultats à toute la population congolaise reste intact, étant donné les effectifs parfois très réduits, comme le tableau ci-dessus le montre.

En vue de la validité comparative et interprétative des résultats, nous n'avons retenu que les résultats statistiquement significatifs au test du **chi<sup>2</sup>** avec seuil d'erreur maximum de .10 (tendance). Nous avons dû ainsi laisser de côté bien des résultats, pourtant intéressants au niveau informatif.



## B. Présentation des résultats

### 4.5 Niveau étiologique

**Hypothèse 1 :** *L'évocation des causes des maladies dans les discours quotidiens comprendra des causes physico-objectives (celles évoquées par la médecine scolaire). Mais elle comprendra également des causes biopsychosociales ou socio-écologiques et des causes de l'ordre « mystique ».*

La catégorie « causes d'ordre socio-écologique » n'est pas souvent prise en compte par la médecine officielle. La catégorie « causes d'ordre mystique » y est simplement inexistante<sup>212</sup>. La raison de cette méconnaissance et mise à l'écart réside dans le fait que ces catégories ne rentrent pas dans les critères retenus par la science officielle.

Leur évocation par les sujets révèle l'impact de la représentation culturelle de la maladie. Comme Rivers (1924) le disait : les maladies ont un lien intime avec les cultures dans lesquelles elles apparaissent et sont influencées par ces cultures ; en plus, le comportement est fonction des représentations mentales et des croyances qui lui servent de support. Ces représentations et croyances sont elles-mêmes fonction de la vision du monde (worldview, Weltsicht) de la société qui les a imaginées.

Pour contrôler cette hypothèse, nous avons demandé à notre population de recherche ce qu'elle pense des causes des maladies. Nous avons posé cette question sous deux formes : comme question ouverte (*Qu'est-ce qui fait qu'on tombe malade ?*) et comme question fermée (*Quelle cote attribuez-vous à ces causes des maladies d'après leur importance : importance négligeable, moyenne, grande ?*).

Les réponses données à la question ouverte ont été regroupées en six catégories dont cinq énumèrent des causes des maladies. En tout, ce sont 101 personnes qui ont répondu à cette question. L'ordre ci-

---

<sup>212</sup> La littérature anthropomédicale désigne ces causes différemment selon les accentuations. Zempléni (1985) les appelle modèle *socio-culturel projectif-persécutif* ; Jehoda (1971) utilise le terme *modèle superstitieux*, Fainzang (1989) *modèle à causalité reproductive*, Ebigbo (1989, 1994) *modèle à « causalité mystique »*. Cette dernière dénomination est la plus expressive du mental négro-africain. Nous la préférons à toutes les autres. Mais pour leur faire justice, nous les utiliserons aussi de temps à autre.

dessous est fait en fonction des 44 sujets qui n'ont évoqué qu'une et une seule catégorie.

- (1) *situation économique déplorable (travaux pénibles, voyages à pied) entraînant malnutrition, épuisement physique et stress (soucis) : (14 fois)*
- (2) *microbes, manque d'hygiène, déficience immunitaire... : (12 fois)*
- (3) *Dieu, Ancêtres (en tant que garants de l'ordre social) : (11 fois)*
- (4) *fautes personnelles, violation des coutumes et des lois de Dieu : (2 fois)*
- (5) *forces occultes maléfiques : (2 fois)*
- (6) *causes inconnues (réponse "comme ça") : (3 fois)*

Si on peut considérer l'impact de la cause psychosociale (*fautes personnelles, violation des coutumes et des lois de Dieu*) et celui de la cause magique (*forces occultes*) comme étant totalement négligeables (2 sujets chacune), par contre on voit que la cause psychosocio-religieuse (*Dieu et ancêtres en tant que garants de l'ordre social*) a pratiquement le même poids que les causes biomédicales (1) et (2) considérées séparément.

Comme la majorité des sujets (57 sur 101) a donné plusieurs réponses à la fois, il s'est avéré utile de nous intéresser à ces réponses bien qu'elles soient difficiles à traiter statistiquement. Nous constatons ainsi que 24 autres sujets ont évoqué à la fois les réponses (1) et (2). Cela veut dire que presque la moitié des sujets (50 sur 101) ont évoqué les facteurs biomédicaux comme étant les causes principales des maladies. A ce niveau, on peut conclure que les facteurs religieux et psychosociaux jouent un rôle plutôt d'arrière-plan.

Mais ils sont là et ils ont été spontanément évoqués. Cela suggère que si on les propulsait au premier plan, si on en faisait l'objet principal de l'interview, il y a beaucoup à parier que les gens leur donnent en cette situation plus de poids qu'ils n'en ont eu dans les réponses actuelles spontanées.

On ne peut pas à partir de ces résultats parler de confirmation ou d'infirmerie de notre hypothèse. Mais on peut dire qu'ils vont dans le même sens que notre hypothèse.

Une dernière remarque. Il est étonnant que cette population ait spontanément évoqué la situation économique parmi les causes de maladie. Étonnant, parce que cette catégorie étiologique relève du modèle que l'anthropologue française Fainzang (1989) appelle *modèle politique contestataire* ou *subversif*.

Or, elle a soutenu qu'un tel modèle étiologique est propre aux sociétés euro-américaines, parce que ce sont des sociétés tournées vers l'avenir, et qu'il ne peut pas se rencontrer dans les sociétés lignagères africaines parce qu'elles visent plutôt la perpétuation du passé (Cf. 2.6.2.1.2) !

Le fait que ce modèle apparaisse parmi les réponses *spontanées* de nos sujets enquêtés - dont les villageois - montre à quel point même des scientifiques avertis peuvent être victimes de leurs propres préjugés ethnoculturels<sup>213</sup> !

**Hypothèse 2 :** *L'importance accordée aux causes socio-écologiques (biopsychosociales) et « mystiques » sera indépendante des données démographiques.*

Avec la question fermée nous voulions discerner en plus l'importance que les sujets accordent à chacune de ces catégories. Les valeurs ont été : *importance négligeable, importance moyenne, grande importance*. Nous avons soumis cinq catégories aux sujets :

Q28-1 *malnutrition, mauvaise alimentation*

Q28-2 *infections, microbes, manque d'hygiène*

Q28-3 *violations des règles sociales, des traditions, des lois de Dieu...*

Q28-4 *forces maléfiques (sorcières, mauvais esprits...)*

Q28-5 *volonté de Dieu (fatalisme)*

Les deux premières catégories des causes (Q28-1 et Q28-2) relèvent du modèle « biomédical ». Ce modèle est accepté autant par la médecine des *nganga* que par la médecine euro-américaine. Les trois autres catégories des causes (Q28-3 ; Q28-4 ; Q28-5) sont méconnues dans la

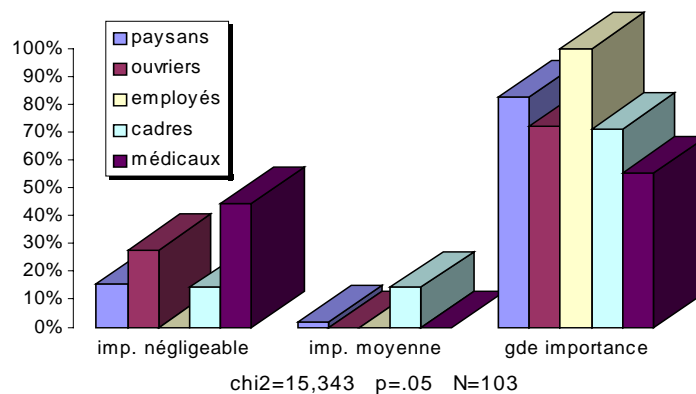
---

<sup>213</sup> Au Congo – ceci doit valoir pour toute l'Afrique noire -, ce sont surtout les villageois qui réclament l'amélioration de leurs conditions de vie. Le désir de meilleures conditions de vie constitue un des facteurs principaux qui expliquent l'afflux vers la ville. Comment un tel phénomène banal pouvait-il passer inaperçu à l'analyse d'une anthropologue aussi avertie ! Leyens (1983) met les psychologues en garde contre « leur tendance naturelle à vouloir donner un cachet scientifique à leurs théories implicites de la personnalité ». La conclusion hâtive de Fainzang (1989) montre que cette mise en garde vaut également pour les anthropologues.

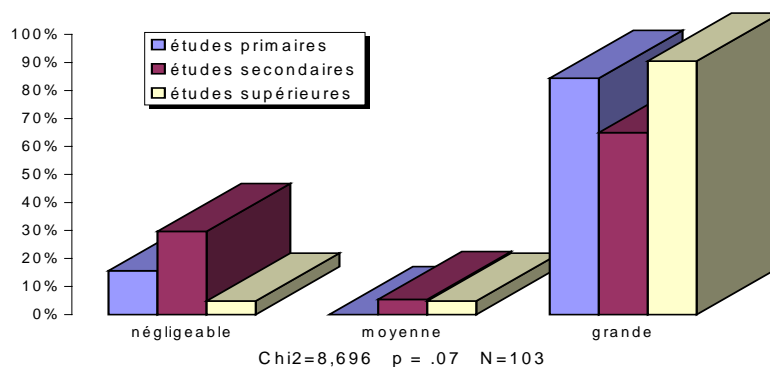
médecine officielle euro-américaine. Par contre, elles constituent le pivot de la médecine des *nganga*. Elles renvoient à la notion centrale de la *membralité* envisagée sous ses différentes dimensions. Quel impact exercent-elles auprès des gens ?

Pour la première catégorie « malnutrition, mauvaise alimentation », les résultats sont significatifs pour les variables *résidence* (.003) et *professions* (.05) et indiquent une tendance pour la variable *études* (.07). On observe que les sujets lui ont attribué la valeur « grande importance » : 90,6% des citadins contre 66% des villageois ; 90,5% du niveau supérieur contre 64,9% du niveau moyen et 84,4% du niveau inférieur. Voici sous forme graphique quelques représentations de ces résultats.

Graphique 1: Importance attribuée aux causes physico-objectives des maladies d'après les "professions" (Q28-1)



Graphique 2 : Importance attribuée aux causes physico-objectives des maladies selon les études (Q28-1)

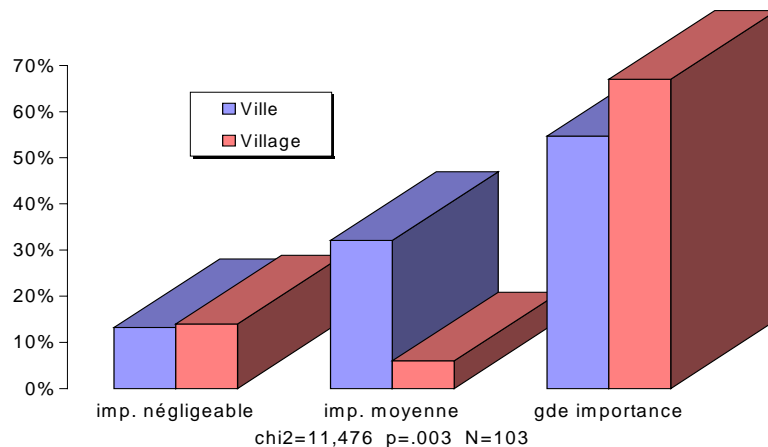


Pour la deuxième catégorie « infections, microbes, manque d'hygiène », les sujets sont unanimes dans la reconnaissance de son importance

(grande importance : 82,2%). Aussi n'y a-t-il statistiquement aucune différence significative entre les groupes.

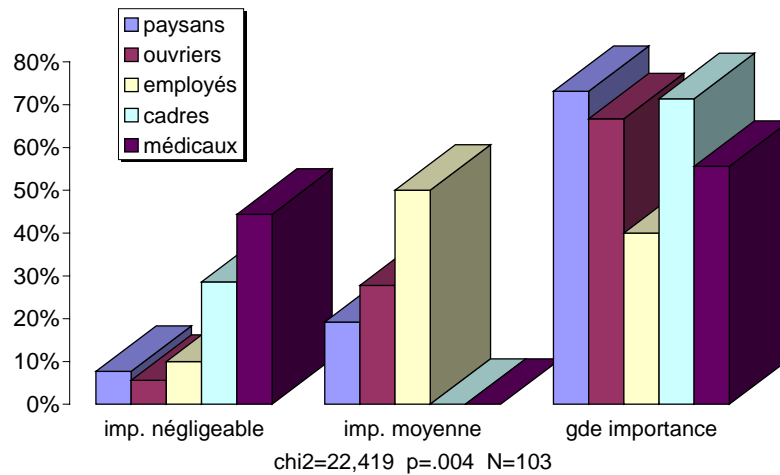
La troisième variable « *violation des règles sociales, des traditions, des lois de Dieu...* » (*causes socio-écologiques*) a donné des résultats significatifs pour les variables *résidence* (.003) et *professions* (.004). La variable *études* indique une tendance (.08).

On observe que les villageois sont les plus convaincus de son importance : 80,0% d'entre eux lui attribuent la valeur « grande importance ». Suivent ensuite le niveau primaire (77,8%), les paysans (73,1%), les cadres (71,4%) et les ouvriers (66,7%), le niveau scolaire secondaire (64,9%), le personnel médical (55,6%) et les citadins (54,7%). Les seuls qui ne semblent pas très convaincus sont les employés (40,0% grande importance, 50,0% importance moyenne). Les graphiques ci-dessous (3 à 5) en représentent les données.

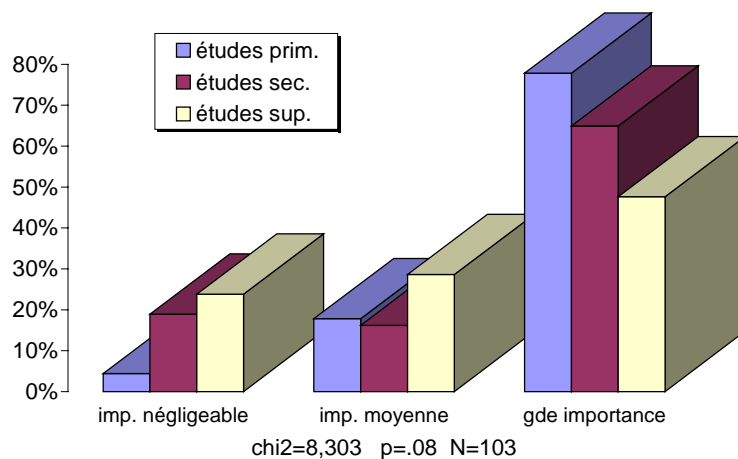


Graphique 3: Importance attribuée aux "causes psychosociales" des maladies (Q28-3) selon la "résidence"

Graphique 4 : Importance des causes psychosociales des maladies (Q28-3) selon les "professions"

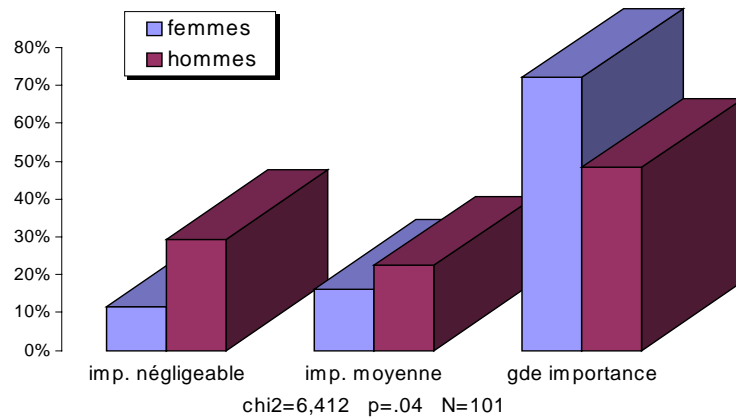


Graphique 5 : Importance attribuée aux "causes psychosociales" (Q28-3) selon les études

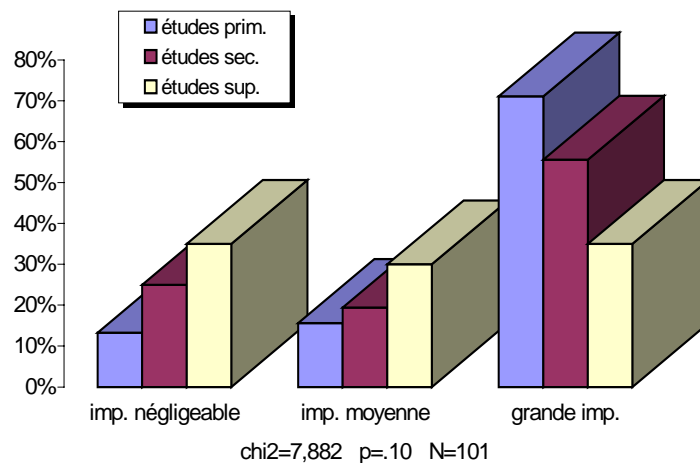


Pour la quatrième variable, la catégorie des *forces occultes*, les résultats sont significatifs pour la variable *sexe* ( $p = .04$ ) et montrent une tendance pour la variable *études* ( $p = .10$ ). 72,1% des femmes interrogées et 71,1% des sujets avec faible niveau d'études attribuent la valeur « grande importance » à l'intervention des sorciers et autres méchantes personnes dans l'apparition des maladies. Par contre, seulement 48,3% des hommes et 35,0% des sujets ayant fait des études supérieures pensent que les sorciers y jouent un rôle quelconque.

Graphique 6 : Importance attribuée aux "forces occultes" en tant que causes des maladies (Q28-4) selon la variable "sexe"

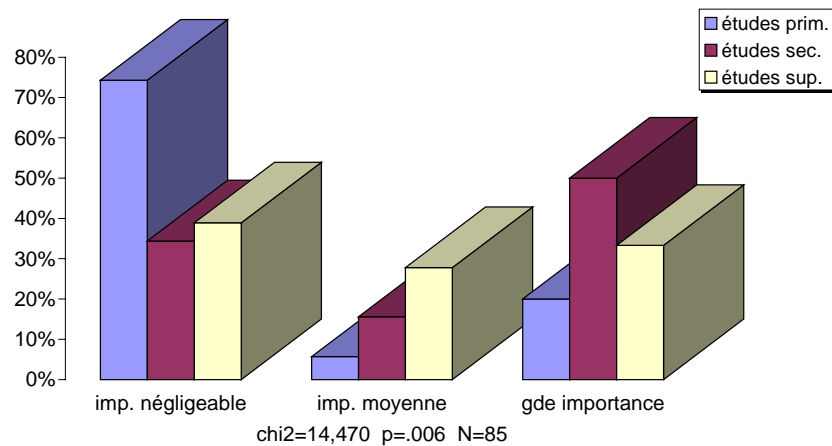


Graphique 7 : Importance attribuée aux "forces occultes" entendues comme causes des maladies, d'après la variable "études" (Q28-4)

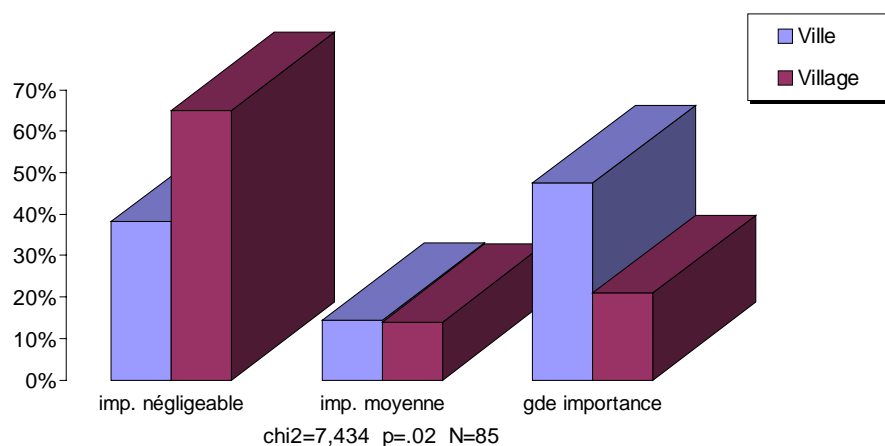


La dernière catégorie « la volonté de Dieu », une variable plutôt fataliste et démobilisante dans la lutte contre les maladies selon la psychologie euro-américaine, s'est révélée significative pour les variables *études* ( $p=.006$ ) et *résidence* ( $p=.02$ ). Les résultats indiquent en fait un rejet de cette catégorie (51,8% la déclarent être d'une importance négligeable). Voici les graphiques relatives à cette variable.

Graphique 8 : Importance attribuée à "la volonté de Dieu entendue comme cause des maladies (Q28-5), selon la variable "études"



Graphique 9 : Importance attribuée à "la volonté de Dieu" entendue comme cause des maladies (Q28-5). Appréciation selon la variable "résidence"



## Conclusion

Cela que nous n'avons pas pu contrôler statistiquement avec la question ouverte (Cf. hypothèse 1), nous avons pu enfin le faire grâce à cette question fermée. Elle nous a fait constater clairement que, pour toutes les catégories démographiques, les causes biomédicales jouent un grand rôle dans l'apparition des maladies. Toutes lui ont attribué la valeur « grande importance » (Cf. catégories 1 et 2). Du point de vue des théories d'attribution, nous nous trouvons devant des causes contrôlables soit en modifiant sa disposition intérieure (s'accorder une meilleure alimentation), soit en modifiant l'environnement (meilleure hygiène...).



La deuxième hypothèse a trois volets : un volet social, un volet « mystique » ou « magique » et un volet « fataliste ».

Par rapport au volet social, nous pouvons dire dans l'ensemble que l'hypothèse est confirmée. Car, 86,4% des sujets se partagent les réponses « grande importance » et « importance moyenne ». Seuls 13,6% des sujets rejettent le rôle joué par l'environnement social dans l'apparition des maladies. Même en ne prenant en compte que la seule valeur « grande importance », on trouve que pratiquement toutes les catégories démographiques attribuent un rôle important à l'environnement socio-écologique dans l'éclosion des maladies. De toutes les variables significatives, on n'a que *les employés* et le groupe « *études supérieures* » qui ont des valeurs inférieures à 50% comme on peut le constater dans le tableau 14 ci-dessous.

Tableau 14 : Attribution de la valeur « grande importance » aux causes socio-écologiques par différentes catégories sociodémographiques

<b>Catégories démographiques</b>	<b>Valeur : «grande importance»</b>
Villageois	80,0%
Études primaires	77,8%
Paysans	73,1%
Femmes*	72,7%*
Cadres	71,4%
Ouvriers	66,7%
Études secondaires	64,9%
Hommes*	62,7%*
Personnel médical	55,6%
Citadins	54,7%

N.B. : La variable « sexe » n'a pas donné des résultats significatifs. C'est pourquoi nous avons marqué les catégories « femmes » & « hommes » avec un astérisque (\*). Nous les avons insérées dans le tableau à titre informatif uniquement.

Quant à la catégorie « causes mystiques » ou « causes magiques », l'hypothèse est légèrement confirmée. Sur 101 sujets, 58,4% seulement ont attribué la valeur « grande importance » à cette catégorie. Par contre, la catégorie « volonté de Dieu » a été rejetée. Les sujets semblent

dire plutôt : « il ne faut pas impliquer Dieu dans cette question ! » Ce qui est surprenant, compte tenu de la tradition. Bien que la proportion des sujets qui ont rejeté l'implication divine soit assez faible (51,8%), elle constitue tout de même la majorité parmi tous ceux qui ont répondu à cette question (N=85).

On peut partiellement expliquer cette attitude par l'influence grandissante du christianisme sur les mentalités. En effet, 60,7% des protestants (contre 52,3% des catholiques) ont rejeté la catégorie. Par contre, 50,0% des Kimbanguistes lui attribuent une grande importance. On se souviendra que cette confession est la branche chrétienne la plus proche des pratiques des guérisseurs.

Une autre explication possible est que les sujets aient mal compris le sens de la question. Une étude plus ciblée pourrait arriver à d'autres observations que celles fournies par nos résultats actuels. Il est surprenant d'observer que le groupe « études primaires » ait rejeté catégoriquement l'intervention de Dieu, alors que le groupe « études secondaires » l'accepte à 50,0% et que le groupe le plus instruit reste indécis. Nous avons la même surprise par rapport à la variable « résidence ». Les villageois (65,1%) sont plus déterminés que les citadins (38,1%) à refuser de faire intervenir Dieu.

Telles ont été nos observations sur les théories étiologiques quotidiennes de la population congolaise. Qu'en est-il de ses théories sur les traitements ?

#### **4.6 Niveau des traitements**

Les traitements des maladies sont fonction des croyances fondamentales sur ce qui constitue l'être humain et sur les événements supposés capables de perturber son épanouissement. Ils sont donc des théories subjectives en application. En cas de maladie quelconque, le choix du traitement sera donc en relation avec les causes subjectives supposées de cette maladie.

Nous postulons que les sujets préféreront les traitements africains aux traitements de la médecine euro-américaine pour les maladies

récurrentes ou les maladies psychiques parce que celles-ci sont supposées avoir une cause qui va au-delà du simple dysfonctionnement de l'organisme. Elles sont donc supposées avoir des causes qui ne rentrent pas dans les catégories de la médecine euro-américaine, mais que la médecine africaine prend en considération comme nous l'avons étayé dans les chapitres précédents.

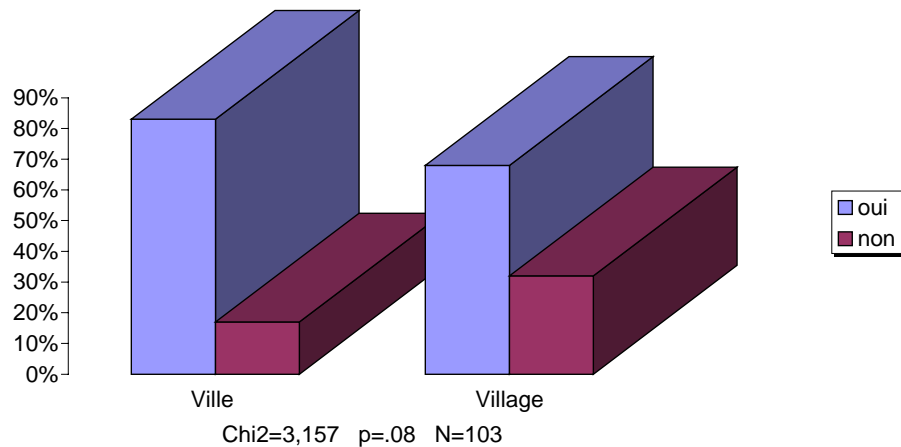
L'échec d'un traitement introduit un doute. Aussi voudra-t-on tenter la chance dans l'autre système thérapeutique. On expliquera le succès du médecin en référence à ses connaissances scientifiques et à la performance de ses moyens, tandis que le succès du *nganga* comprendra en plus une référence à des « pouvoirs surnaturels ».

***Hypothèse 3 :*** *Pour le traitement des troubles récurrents ou des maladies chroniques et des maladies psychiques, les traitements africains seront principalement préférés aux traitements de la médecine euro-américaine.*

Pour parvenir à cerner le problème, nous avons d'abord posé une question d'ordre général (Q1a). Il s'agissait de dire d'emblée quelle médecine on consulterait en premier lieu en cas de maladie quelconque. On devait choisir entre : (1) la médecine euro-américaine ; (2) la médecine des *nganga* ; (3) la médecine la plus accessible financièrement ; (4) la médecine la plus accessible spatialement ; (5) le choix dépend de la nature de la maladie.

Une seule possibilité (*la médecine euro-américaine*) a donné un résultat utilisable statistiquement : une tendance ( $p = .08$ ) en fonction de la résidence. 75,7% des sujets se présenteraient d'abord à l'hôpital quelle que soit la maladie. De ces sujets, les citadins se démarquent sans ambiguïté : 83,0% contre 68,0% chez les villageois.

Graphique 10 : Consulterait en premier lieu la médecine euro-américaine (Q1-1).  
Réponses en fonction de la "résidence"



Après cette première question théorique, nous nous sommes intéressé dans un deuxième temps à l'expérience personnelle du sujet. Il devait nous dire s'il connaissait des maladies pour lesquelles où il vaudrait mieux consulter d'abord la médecine traditionnelle africaine plutôt que la médecine euro-américaine. La réponse est largement positive : 87,5% des « oui » contre 3,8% des « non » et 8,8% de « je ne les connais pas ». Ces résultats sont significatifs pour la variable *confession* ( $p = .03$ ) et indiquent une tendance pour trois variables : *âge* ( $p = .06$ ), *résidence* ( $p = .09$ ), *études* ( $p = .10$ ).

La distribution interne des résultats montre qu'ils sont très logiques. On peut dire que plus on est proche de la culture négro-africaine – et, par conséquent, moins accoutumé avec l'univers euro-américain –, plus on connaît les maladies susceptibles d'être mieux soignées par la médecine des *nganga*. On trouve ainsi que les villageois (93,0%) les connaissent plus que les citadins (81,1%) ; les sujets plus âgés (40-74 ans = 92,9% et 26-39 ans = 89,5%) plus que les plus jeunes (18-25 ans = 71,4%) ; les moins scolarisés (études primaires = 94,4%, études secondaires = 89,3%) plus que les plus instruits en connaissances euro-américaines (études supérieures = 68,8%).

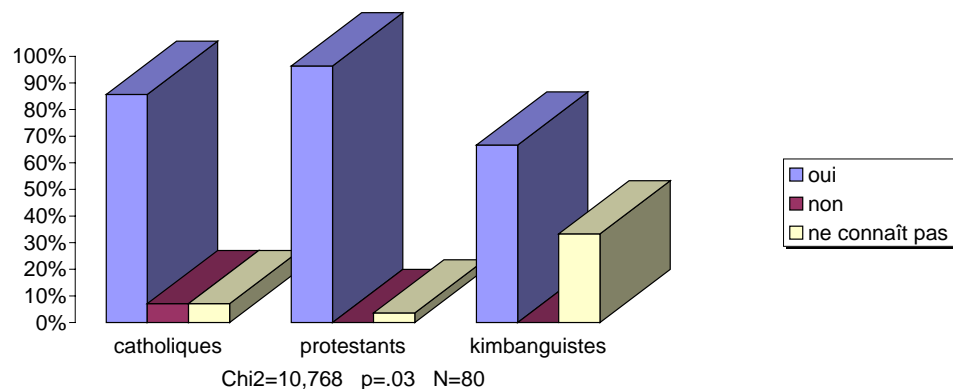
Seule la variable « *confession* » ne suit pas cette logique. Nous ne parvenons pas à nous expliquer pourquoi les protestants (96,4%) les connaissent mieux que les catholiques (85,7%). Pour les Kimbanguistes, nous avons une explication plausible. Eux, qui sont les plus proches

culturellement de la mentalité congolaise (cf. rituels semblables), sont ceux qui prétendent connaître le moins (66,7%) les maladies que l'on peut mieux soigner avec la médecine traditionnelle. Ils obéissent à une autre logique que nous avons déjà relevée : la lutte idéologique contre les pratiques ancestrales auxquelles ils recourent pourtant sous couvert de la bible.

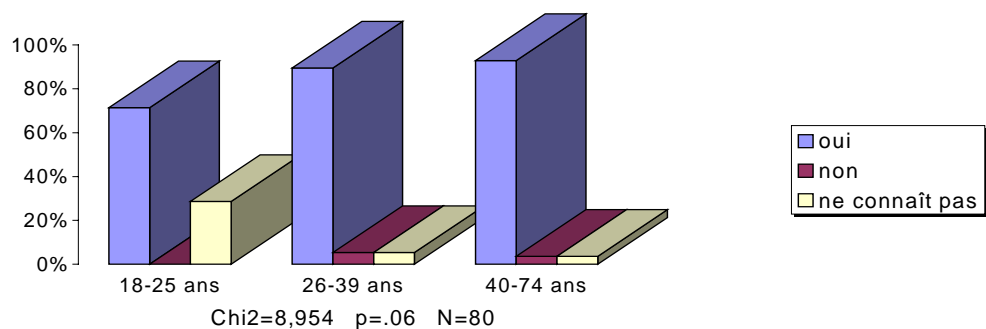
Dans tous les cas, la réponse est massivement positive. Il convient de remarquer le pourcentage très élevé des citoyens (81,1%) et des plus jeunes (71,4%). Ils figurent pourtant parmi les sujets les plus distants de la culture traditionnelle !

Cependant, ce « oui » massif ne confirme pas encore l'hypothèse. Il indique seulement que l'on s'avance dans la bonne direction. Une autre étape doit être franchie. Voici d'abord les représentations graphiques des résultats à cette question.

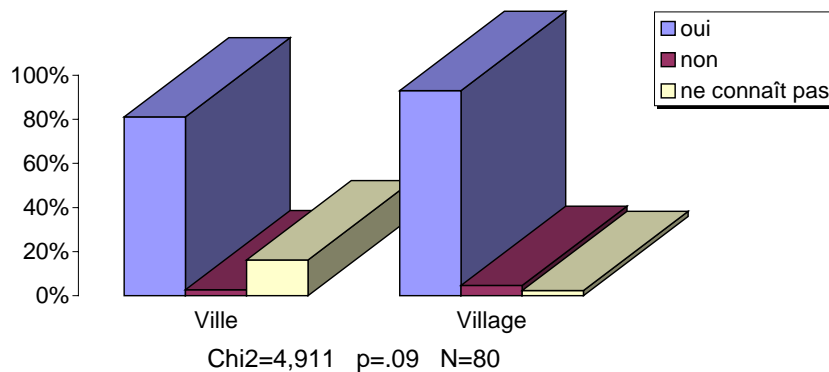
Graphique 11: Le sujet connaît des maladies pour lesquelles on doit préférer la médecine africaine à la médecine euro-américaine (Q2-1). Variable "religion"



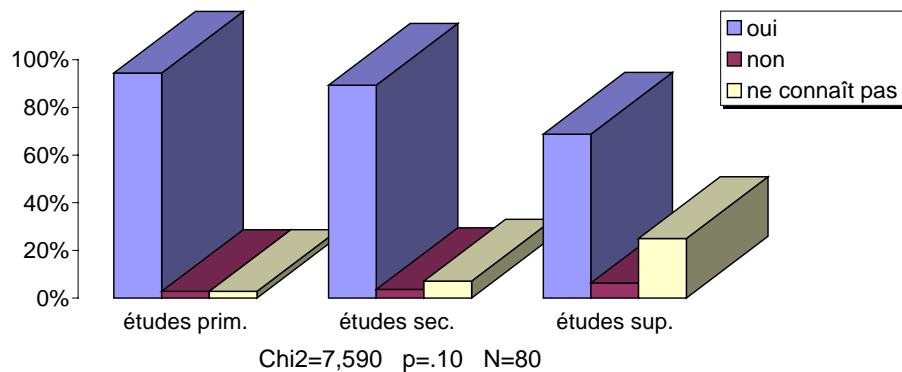
Graphique 12: Le sujet connaît des maladies pour lesquelles on doit préférer la médecine africaine à la médecine euro-américaine (Q2-1). Variable "âge"



Graphique 13: Le sujet connaît des maladies pour lesquelles on doit préférer la médecine africaine à la médecine euro-américaine (Q2-1). Variable "résidence"



Graphique 14: Le sujet connaît des maladies pour lesquelles on doit préférer la médecine africaine à la médecine euro-américaine (Q2-1). Variable "études"



Notre troisième pas a consisté à demander au sujet d'énumérer ces maladies qu'il prétend connaître. Nous avons ensuite classé ces maladies (selon l'un des schémas que nous avons décrits plus haut au chapitre 2) en *maladies somatiques simples*, en *maladies somatiques graves*, en *maladies psychiques* et *maladies somatiques dues à un envoûtement*<sup>214</sup>.

Les résultats à cette question nous permettraient de nous prononcer sur notre hypothèse. Malheureusement ils n'ont fourni aucun tableau significatif au test du Chi2. Toutefois, les résultats bruts sont éloquentes. Ils montrent que sur 93 personnes qui ont répondu à cette question, 35 prétendent préférer la médecine africaine à la médecine euro-américaine pour *les maladies psychiques et les maladies dues à un envoûtement*, 33 pour *les maladies somatiques simples* ; 15 personnes

<sup>214</sup> L'annexe III contient la liste de toutes les maladies qui ont été citées par les sujets. Nous les avons réparties dans ces trois catégories.

ont cité à la fois des maladies appartenant à ces deux groupes. Trois personnes seulement préféreraient la médecine traditionnelle à la médecine euro-américaine en cas de *maladies somatiques graves*.

Comme notre étude est exploratoire, nous avons prévu autant de questions que possible. C'est ainsi qu'il était prévu que le sujet nous fournisse une justification personnelle, pourquoi il estimait que ces maladies étaient mieux soignées par la médecine africaine que par la médecine euro-américaine. Nous espérons à présent, grâce à cette question, de parvenir – quoique de manière indirecte – à contrôler si le choix du traitement en cas de maladies psychiques ou récurrentes ou chroniques est en relation avec la conception de l'existence de causes surnaturelles.

Nous avons classé les réponses en cinq groupes ci-dessous :

- (1) *Ces maladies ne sont pas naturelles*. Cette réponse comprend entre autres que ces maladies exigent des connaissances extra médicales, des dons spéciaux, des médicaments naturels et frais - conformément à la volonté des ancêtres - et beaucoup de dévouement. (N = 44 sur 86)
- (2) *La médecine euro-américaine ne parvient pas à soigner ces maladies*. Elle calme seulement ou n'en soigne que les symptômes ou recourt à la chirurgie qui est une atteinte à l'intégrité corporelle. (N = 22 sur 86)
- (3) *La médecine euro-américaine ne les connaît pas encore*. (N = 13 sur 86)
- (4) *Je n'en sais rien*. (N = 5 sur 86)
- (5) *Par influence du psychisme*. (N = 1 sur 86)

Les réponses (1), (2) et (3) soulignent subjectivement les limites de la médecine euro-américaine à partir d'une perception culturelle négro-africaine des maladies. Elles confirment notre hypothèse. On préfère se rendre chez le *nganga* pour les maladies dont la découverte des « causes réelles » n'est pas à la portée de tout le monde. Dans tous les cas, ces causes ne rentrent pas dans les catégories étiologiques de la médecine universitaire, alors qu'elles sont très importantes aux yeux de la population.

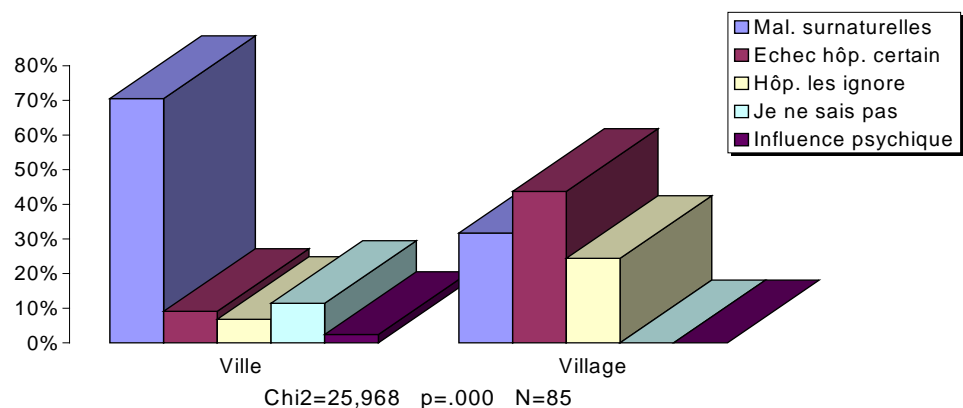
Les résultats sont significatifs pour les variables *résidence, âge et confession*. Seul le premier groupe (*ces maladies ne sont pas naturelles*)

a obtenu des scores supérieurs à 50,0%. Cette réponse est exprimée surtout par les Kimbanguistes (72,5%), les citadins (70,5%) et le groupe des 40-74 ans (63,3%), dans une moindre mesure les catholiques (56,6%) et le groupe des 18-25 ans (52,9%).

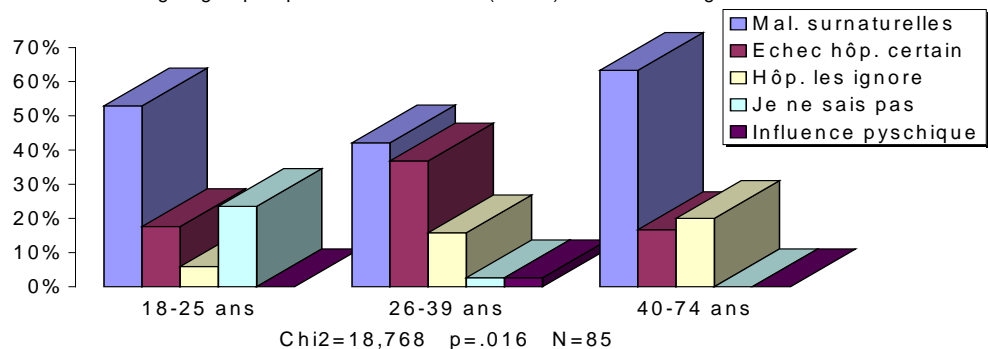
Nous attirons de nouveau l'attention sur l'ambiguïté d'attitudes chez les Kimbanguistes. Alors qu'ils étaient plutôt réservés sur la question de savoir s'ils connaissaient des cas où on doit se rendre d'abord chez le *nganga*, ils sont ici les plus convaincus au sujet des raisons pour lesquelles, il faut, dans certains cas, absolument recourir à ses soins. Tout devient clair cependant si on se souvient qu'ils fonctionnent sur le même registre que les tradipraticiens. Autrement dit, ils sont en train de plaider pour leurs propres soins.

Notons aussi l'attitude étonnante des villageois : ils ont plutôt privilégié la deuxième réponse : « *La médecine euro-américaine ne parvient pas à soigner ces maladies* » (43,9%).

Graphique 15 : Pourquoi certaines maladies sont mieux soignées par les nganga que par les médecins (Q2-3). Variable "Résidence"

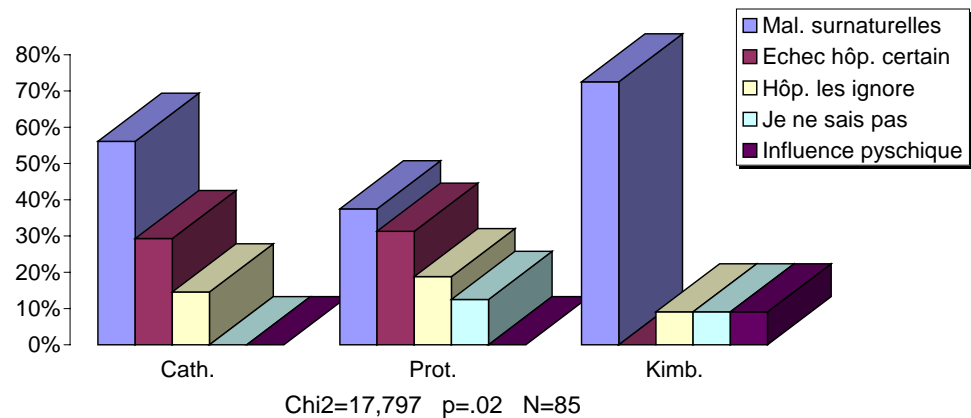


Graphique 16 : Pourquoi certaines maladies sont mieux soignées par les nganga que par les médecins (Q2-3). Variable "Age"





Graphique 17 : Pourquoi certaines maladies sont mieux soignées par les nganga que par les médecins (Q2-3). Variable "Religion"



## Conclusion

Ces différents résultats nous montrent que les réponses que les sujets donnent de prime abord lors d'une interview ne restituent pas nécessairement la totalité de leurs croyances sur ce sujet-là. On a donc intérêt à aborder la même question sous d'autres angles, quitte à être redondant.

En ce sens, notre démarche autour de cette hypothèse aura été productive. Nonobstant le fait que la population a déclaré préférer de prime abord et de manière générale la médecine universitaire, elle discrimine aussi des cas où elle pense qu'il faut absolument se rendre chez les *nganga* plutôt qu'à l'hôpital.

Ces cas concernent les envoûtements et les maladies psychiques ainsi que les maladies somatiques simples devenus chroniques chez certaines personnes, alors qu'elles se laissent facilement soigner chez d'autres. La raison est que ces maladies (ou ces situations de non guérison) sont supposées être provoquées par d'autres hommes ou par des esprits. Dans ce cas, il n'y a que la médecine africaine qui puisse en venir à bout.

On peut donc déduire que, pour la population concernée, la réponse « *il faut consulter en premier lieu la médecine euro-américaine* » sous-entendait : « Pour les maladies dont les causes sont organiques ». Nous pouvons donc conclure que le choix du traitement se fait effectivement

en fonction des causes subjectives présumées. L'hypothèse est confirmée.

**Hypothèse 4 :** *Les sujets plus traditionnels attribueront les succès autant aux compétences objectives du praticien qu'à ses capacités de neutraliser les causes occultes.*

L'hypothèse 3 concernait les théories subjectives sur le traitement considéré dans son ensemble. Avec l'hypothèse 4 et l'hypothèse 5, nous considérons les attributions causales face à deux aspects importants : le succès et l'échec du traitement. Il faut considérer ces attributions comme le sommet visible de l'iceberg qu'est la conception de l'homme et des maladies dans le contexte culturel négro-africain.

Pour contrôler l'hypothèse nous avons deux questions : l'une relative au succès du traitement en médecine négro-africaine (Q15 : « A laquelle des causes suivantes attribuez-vous le succès du nganga? Donnez une de ces valeurs à chaque cause : pas du tout; peut-être; partiellement; surtout ») ; l'autre relative au succès de la médecine euro-américaine (Q24 : « A laquelle des causes suivantes attribuez-vous le succès de l'allopathe? Attribuez une de ces valeurs à chaque cause : pas du tout; peut-être; partiellement; surtout »). Pour chacune des questions nous avons retenu les catégories (causes subjectives) suivantes :

- (1) *son succès est dû à sa connaissance (scientifique) des maladies et des médicaments appropriés*
- (2) *son succès est dû à sa connaissance de nos coutumes*
- (3) *son succès est dû à sa capacité d'influencer les causes occultes des maladies (sorcellerie, forces maléfiques, malchance...)*
- (4) *son succès est dû au hasard*
- (5) *son succès est dû à la nature des maladies*
- (6) *son succès est dû à son équipement matériel*
- (7) *son succès est dû à l'intervention de Dieu et/ou des ancêtres*

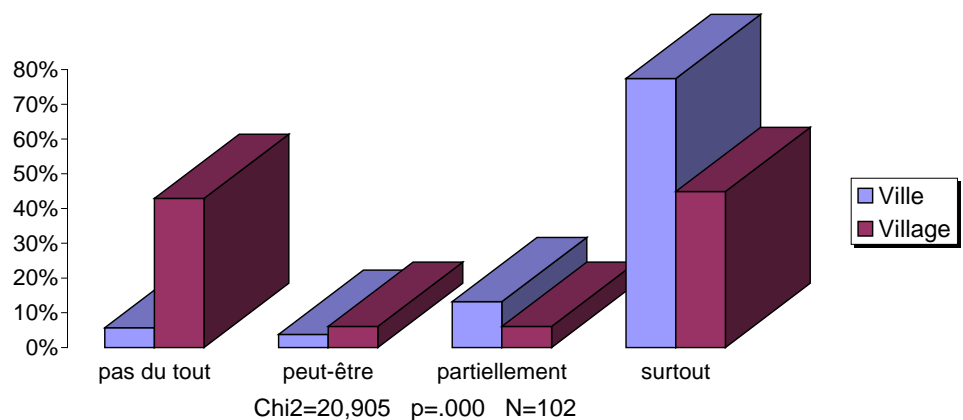
### **Attributions du succès de la médecine négro-africaine**

Concernant le succès en médecine traditionnelle africaine, seules trois catégories ont donné des résultats significatifs avec les variables *résidence*, *professions* et *études*. Les trois catégories sont acceptées

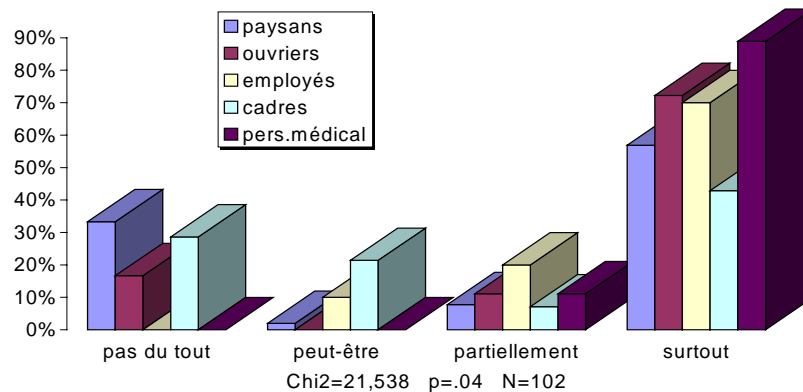
(réponse : *surtout*). Il s'agit des attributions : *la nature des maladies* (64,6%) ; *la connaissance des maladies et des médicaments appropriés* (61,8%) ; *l'intervention de Dieu et des ancêtres* (51,4%). *La capacité d'agir sur les causes mystérieuses des maladies (sorcellerie, forces maléfiques, malchance...)* offre une constellation surprenante : elle a été rejetée par les villageois à 63,3% alors qu'elle est acceptée à 64,1% (*partiellement* et *surtout*) par les citadins. Nous nous attendions à voir cette théorie massivement approuvée par les villageois et rejetée ou faiblement acceptée par les citadins ! Néanmoins comme l'ensemble du tableau ne montre aucune préférence pour l'une ou l'autre valeur, nous nous voyons contraint de la considérer comme rejetée.

L'attribution *son succès est dû à sa connaissance des maladies et des médicaments appropriés* (61,8%) est fortement approuvée par le personnel médical (88,9%), les citadins (77,4%), les ouvriers (72,2%) et les employés (70,0%).

Graphique 18 : Le succès du nganga est attribuable à ses connaissances des maladies et des médicaments appropriés (Q15-1). Variable "Résidence"



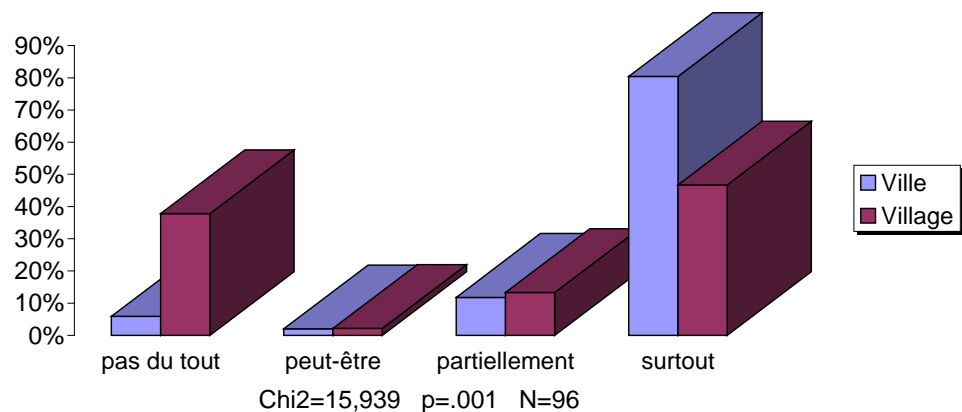
Graphique 19 : Le succès du nganga est attribuable à ses connaissances des maladies et des médicaments appropriés (Q15-1). Variable "professions"



L'attribution *son succès est dû à la nature des maladies* (64,6%) est également largement approuvée par les citoyens (80,4%) ainsi que par le groupe « études primaires » (76,2%), par le groupe « études supérieures » (60,0%) et par le groupe « études secondaires », mais très faiblement (52,9%).

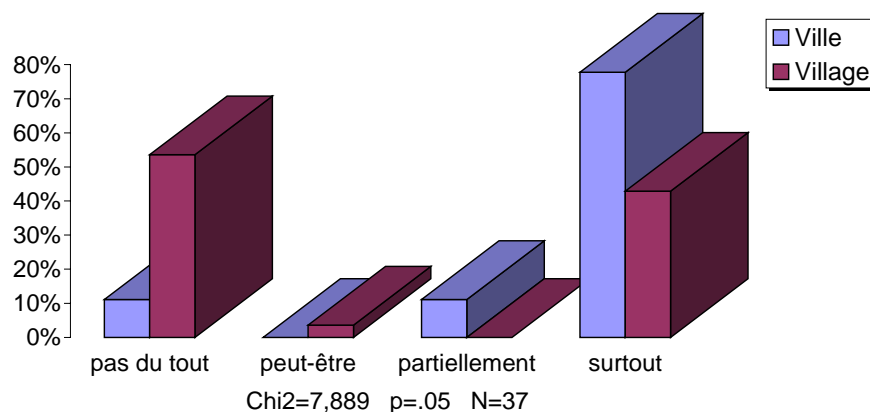
Encore une fois, nous nous trouvons devant des résultats surprenants. Les sujets les plus instruits et donc les plus familiarisés avec la culture euro-américaine réagissent dans le même sens que les sujets les moins scolarisés. Paradoxalement, les sujets avec une formation scolaire moyenne (*études secondaires*) et qui devraient théoriquement être plus proches de la culture locale n'ont soutenu cette théorie subjective que très faiblement !

Graphique 20 : Le succès du nganga est attribuable à la nature des maladies (Q15-5). Variable "Résidence"



Comme pour les deux théories précédentes, l'attribution du succès du nganga à *l'intervention de Dieu et des ancêtres* (51,4%) est à son tour fortement soutenue par les citadins (77,8%), alors qu'elle est paradoxalement rejetée par 53,6% des villageois. Les citadins se révèlent être les meilleurs partisans de la médecine traditionnelle et de la culture qui la véhicule.

Graphique 21 : Le succès du nganga est attribuable à l'intervention de Dieu et des ancêtres (Q15-7). Variable "Résidence"



### Attributions du succès de la médecine euro-américaine

A propos du succès en médecine euro-américaine, les résultats montrent que trois théories subjectives sont approuvées : l'attribution du succès *au matériel utilisé* (71,0%) ; *à la nature des maladies* (69,9%) et *à la connaissance des maladies et des médicaments appropriés* (68,0%).

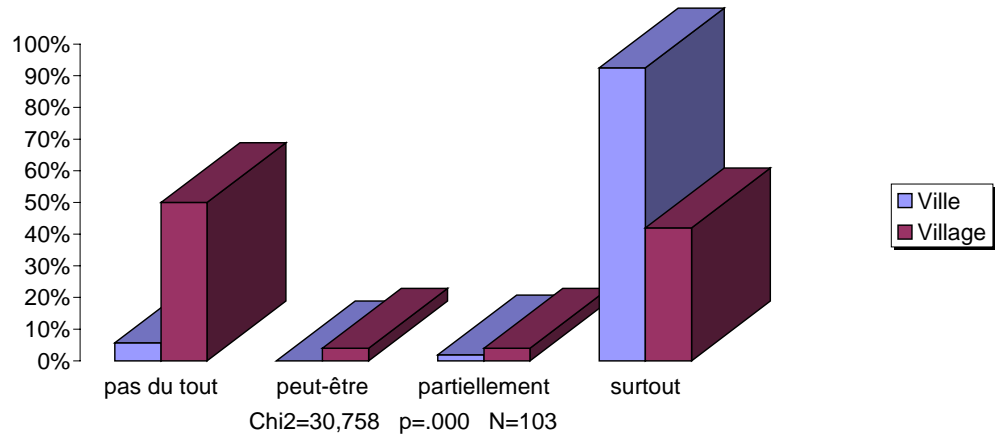
Trois théories subjectives sont rejetées : l'attribution *à la capacité d'agir sur les causes mystérieuses des maladies (sorcellerie, forces maléfiques, malchance)* (79,2%); *au hasard* (64,1%) et enfin *à la connaissance des coutumes africaines* (57,3%).

Trois variables sont indicatives dans la discrimination des réponses : la *résidence*, les *professions* et les *études*. Les trois théories approuvées sont soutenues de manière massive par les citadins. Inversement, les trois théories rejetées sont davantage récusées par les villageois et plutôt faiblement par les citadins.

Ainsi l'attribution du succès du médecin à ses connaissances des

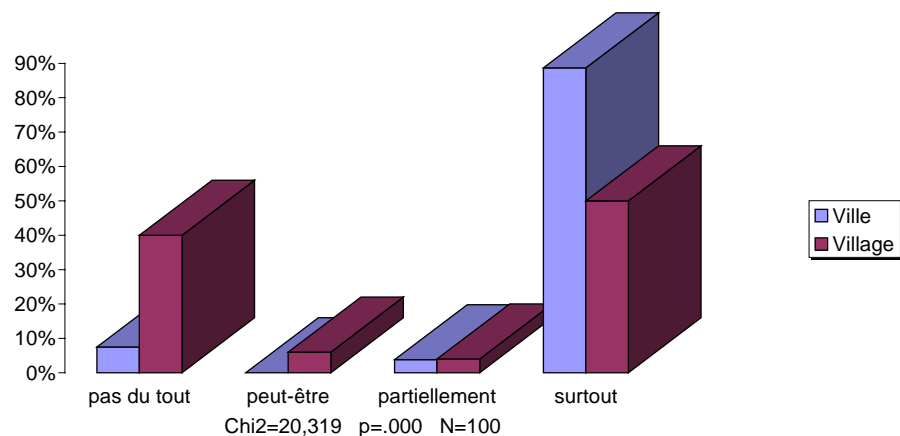
maladies et des médicaments appropriés est soutenue par la quasi-totalité des citadins (92,5%) et rejetée par la moitié des villageois.

Graphique 22 : Le succès du médecin est attribuable à ses connaissances des maladies et des médicaments appropriés (Q24-1). Variable "Résidence"



L'attribution du succès de la médecine euro-américaine à la nature des maladies est soutenue par 88,7% des citadins et par la moitié des villageois.

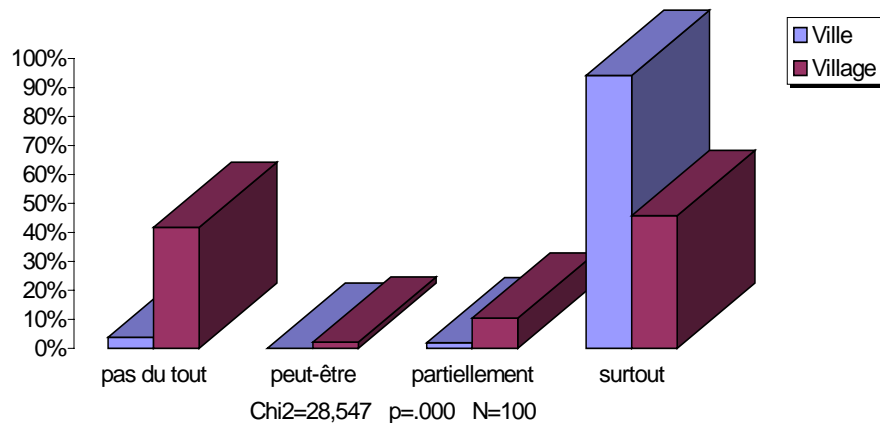
Graphique 23 : Le succès du médecin est dû à la nature des maladies (Q24-5). Variable "Résidence"



L'attribution du succès de la médecine hospitalière à la qualité de son infrastructure est approuvée par la quasi totalité des citadins (94,2%). Elle est également soutenue par toutes les catégories professionnelles : la totalité des employés, 83,3% des ouvriers, 69,2% des cadres, 66,7% du personnel médical et 62,0% des paysans. Il est intéressant de

constater la réserve relative du personnel médical. Ces agents de la médecine euro-américaine attribuent davantage leur succès à la nature des maladies (plus de 77,0%) qu'ils ont à soigner.

Graphique 24 : Le succès du médecin est attribuable à son équipement matériel (Q24-6). Variable "Résidence"



Comme nous l'avons déjà annoncé plus haut, trois théories subjectives attributives du succès de la médecine euro-américaine ont été clairement rejetées par les sujets. Les deux premières concernent des facteurs culturels. La dernière est le hasard, la fatalité. Ce rejet implique une appréciation très positive des valeurs intrinsèques et objectives de la médecine euro-américaine.

La théorie subjective *le succès de la médecine euro-américaine est fonction de la connaissance et du respect des us et coutumes négro-africaines* est rejetée de manière moyenne (66,0%) par les villageois et très faible par les citadins (49,1%). On peut expliquer ce rejet plus clair des villageois en ce sens : connaissant de manière plus sûre les us et coutumes traditionnels, ils pouvaient se prononcer plus clairement sur leur éventuelle influence sur l'intervention du médecin ou de l'infirmier, tandis que les citadins hésitent, parce qu'ils sont sans doute moins bien informés. On peut trouver une corroboration de cette explication dans le score enregistré à la réponse « peut-être » : 35,8% des citadins et aucun villageois (Voir le tableau ci-dessous).

Tableau 15 : *Le rejet de l'attribution du succès de la médecine euro-américaine à la connaissance des coutumes négro-africaines selon la variable « Résidence »*

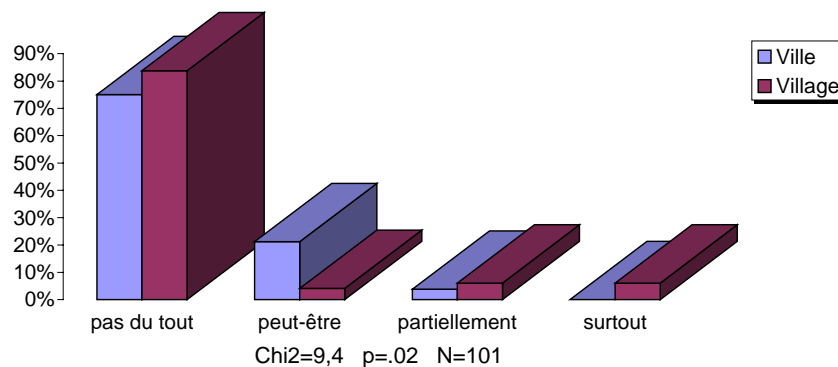
Réponses	Ville	Village	Total des scores
<b><i>Pas du tout</i></b>	<b>26</b> 49,1%	<b>33</b> 66,0%	<b>59</b> 57,3%
<b><i>Peut-être</i></b>	<b>19</b> 35,8%	<b>0</b> 0,0%	<b>19</b> 18,4%
<b><i>Partiellement</i></b>	<b>5</b> 9,4%	<b>0</b> 0,0%	<b>5</b> 4,9%
<b><i>Surtout</i></b>	<b>3</b> 5,7%	<b>17</b> 34,0%	<b>20</b> 19,4%
<b>N</b>	<b>53</b>	<b>50</b>	<b>103</b>

Chi2 = 34,572

p = .000

L'autre rejet concerne la théorie subjective : *le succès de la médecine euro-américaine est attribuable à la capacité du personnel d'influencer les causes surnaturelles des maladies de leurs patients*. Cette théorie est rejetée massivement autant par les villageois (83,7%) que par les citadins (75,0%). Son rejet ne souffre donc d'aucune ambiguïté.

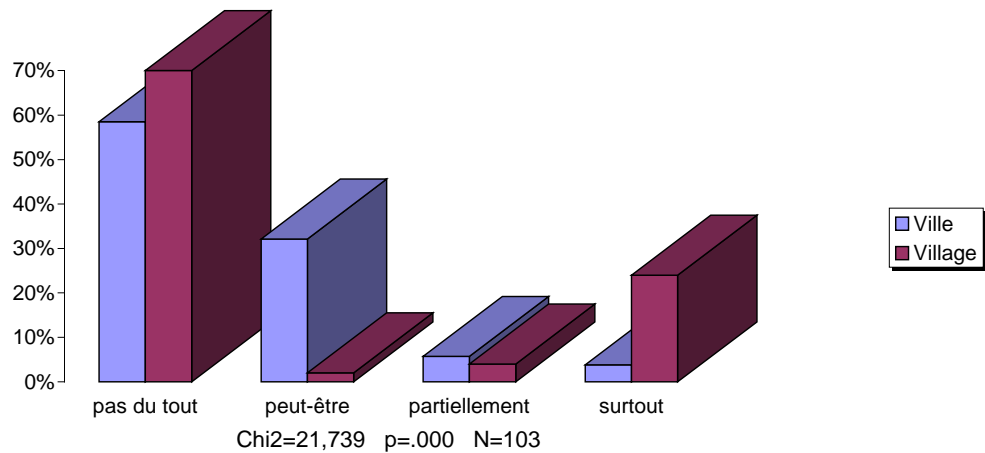
Graphique 25 : Le succès de la médecine euro-américaine est attribuable à la capacité du personnel d'agir sur les causes mystérieuses (magiques) des maladies (Q24-3). Variable "Résidence"



La dernière théorie subjective attribue le succès au hasard. Elle est rejetée à 70,0% par les villageois et seulement à 58,5% par les citadins, lesquels, de nouveau, hésitent (Cf. 32,1% de *peut-être*). Nous ne trouvons aucune explication plausible pour ce faible score des citadins.

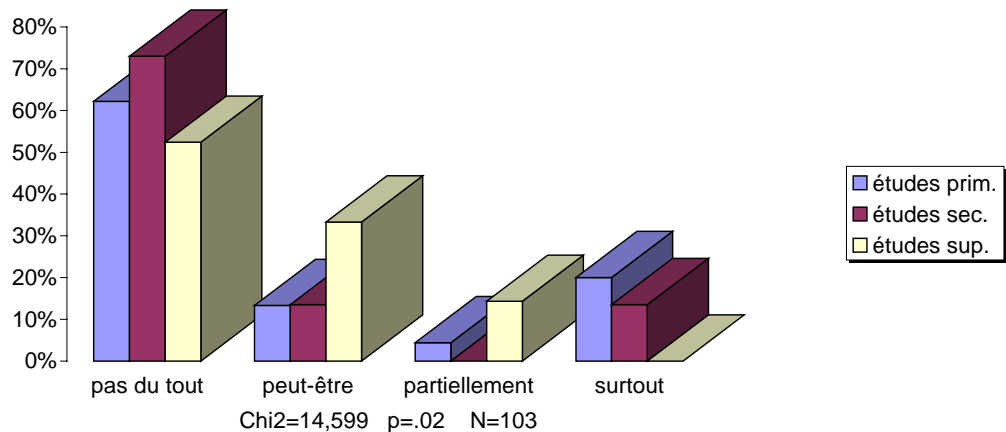


Graphique 26 : Le succès de la médecine euro-américaine est dû au hasard (Q24-4).  
Variable "Résidence"



On constate le même score faible chez le groupe « études supérieures » (52,4%) et l'hésitation (Cf. réponse « peut-être » : 33,3%), alors que les études inférieures rejettent plus nettement cette attribution.

Graphique 27 : Le succès de la médecine euro-américaine est dû au hasard (Q24-4).  
Variable "Etudes"



## Conclusion

Les résultats à ces deux questions ont montré que les deux médecines sont appréciées positivement pour ce qu'elles sont intrinsèquement. Elles soignent avec succès compte tenu des connaissances réelles dont elles disposent sur les maladies et sur les moyens de les combattre, d'une part, et en fonction de la nature des maladies, d'autre part.

Les maladies qui exigent des connaissances purement naturelles seront soignées comme telles et celles qui exigent des connaissances du surnaturel en plus seront soignées par les personnes ad hoc (les *nganga*) en fonction de ces exigences. Aucune d'entre elles ne relève donc du charlatanisme.

En plus de cette reconnaissance commune aux deux médecines, les résultats révèlent aussi une différenciation des deux systèmes : la médecine négro-africaine jouit - en plus - d'un coup de pouce de l'intervention de Dieu et/ou des ancêtres. Comme nous avons eu l'occasion de le découvrir dans la première partie du chapitre deux, Dieu et les ancêtres sont les alliés privilégiés du pèlerin terrestre et les vrais gardiens de la vie/santé dont le vivant terrestre (l'homme) n'est qu'un gestionnaire provisoire.

La médecine euro-américaine, par contre, jouit - en plus - du soutien de son infrastructure matérielle imposante. Les résultats excluent fermement que son succès soit attribuable à une influence psychologique (manipulation des règles sociales) ou à une influence magique quelconque et encore moins au hasard.

Par rapport aux termes dans lesquels nous avons formulé l'hypothèse, étant donné les variables (*résidence, professions, études*) qui ont donné lieu à des résultats significatifs, nous nous attendions à ce que les villageois, les paysans et éventuellement les ouvriers/artisans, le groupe « études primaires » et éventuellement « études secondaires » soulignent davantage les attributions ne relevant pas des connaissances objectives, contrôlables. Les résultats montrent que ce sont eux qui ont plus fermement rejeté ces théories dans l'explication du succès de la médecine euro-américaine.

Par contre, concernant les attributions positives du succès de la médecine négro-africaine, ce sont plutôt les citoyens qui l'ont plus positivement appréciée.

Le tableau graphique selon les professions nous a surpris en montrant le grand soutien du personnel médical pour la médecine non scolaire. En ce sens, strictement parlant, l'hypothèse n'est pas confirmée.

Mais l'hypothèse visait à démontrer l'impact de la vision négro-africaine de la maladie dans l'appréciation de la médecine africaine et de la

médecine euro-américaine. Or, contrairement à notre attente, ce sont les sujets plus proches du contexte culturel euro-américain qui nous apportent la preuve de cet impact, notamment avec les attributions *nature des maladies* (commune aux deux médecines) et *intervention de Dieu et/ou des ancêtres*. Nous ne pouvons que nous en réjouir d'autant plus et déclarer la confirmation de l'hypothèse, dans son esprit et non dans sa formulation. Les réponses fournies par les populations plus proches de la mentalité traditionnelle peuvent avoir été faussées par le besoin de plaire. On ne doit pas les considérer comme absolument définitives.

### **Attributions de l'échec de la médecine négro-africaine et de l'échec de la médecine euro-américaine**

**Hypothèse 5 :** Les attributions de l'échec d'un traitement en médecine scolaire ou traditionnelle comprendront des catégories d'ordre socio écologique et « mystique » indépendamment de la catégorie sociodémographique du sujet

Cette hypothèse poursuit le même objectif que l'hypothèse 4. Alors que l'hypothèse 4 a observé les situations de succès, la nouvelle hypothèse considère les situations d'échec. Elle veut - à l'intérieur de la conception générale de l'homme en contexte culturel négro-africain - montrer l'impact de la conception de la maladie à travers l'appréciation des échecs de la médecine négro-africaine et de la médecine euro-américaine.

Comme à l'hypothèse précédente, deux questions nous aideront à contrôler cette nouvelle hypothèse. La première question (Q16) est relative à l'échec du traitement en médecine traditionnelle africaine (*Q16 : A laquelle des causes suivantes attribuez-vous l'échec du guérisseur? Attribuez l'une de ces valeurs à chaque cause : pas du tout; peut-être; partiellement; surtout*). La deuxième question (Q25) est relative à l'échec du traitement en médecine euro-américaine (*Q25 : A laquelle des causes suivantes attribuez-vous l'échec de la médecine euro-américaine? Attribuez l'une de ces valeurs à chaque cause: pas du tout; peut-être; partiellement; surtout*).

Pour la médecine négro-africaine nous avons retenu les catégories (attributions subjectives) suivantes :

- (1) *L'échec du nganga est dû à son ignorance des maladies et des médicaments appropriés.*
- (2) *L'échec du nganga est dû à ses moyens techniques modestes.*
- (3) *L'échec du nganga est dû à ses pratiques magiques, au manque de foi en Dieu...*
- (4) *L'échec du nganga est dû à la volonté de Dieu et/ou des Ancêtres.*
- (5) *L'échec du nganga est dû aux forces occultes : sorcellerie, envoûtement...*
- (6) *L'échec du nganga est dû à ses erreurs.*

Par contre, pour la médecine euro-américaine, nous avons retenu les catégories (attributions subjectives) suivantes :

- (1) *L'échec du médecin est dû aux erreurs et à la négligence de la déontologie médicale.*
- (2) *L'échec du médecin est dû à son ignorance de la mentalité et des coutumes négro-africaines.*
- (3) *L'échec du médecin est dû à trop de spécialisation.*
- (4) *L'échec du médecin est dû à la volonté de Dieu et/ou des Ancêtres.*

### **Attributions de l'échec de la médecine négro-africaine**

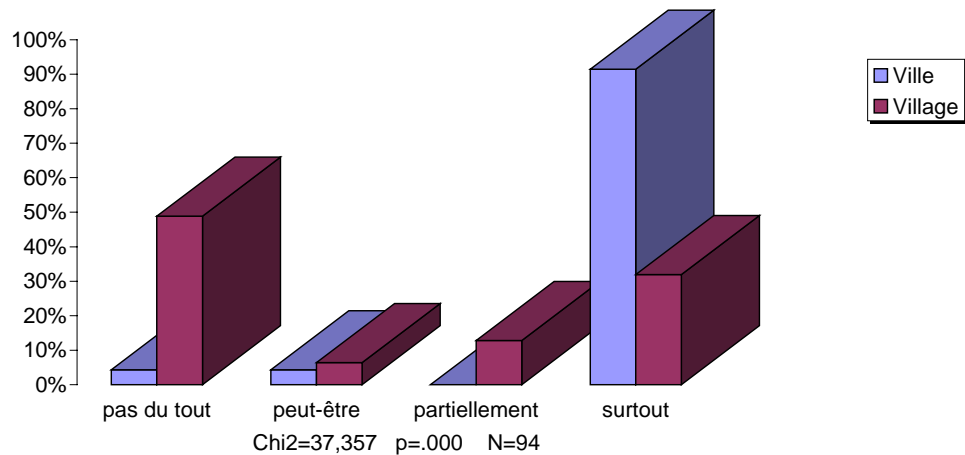
Concernant l'échec de la médecine traditionnelle africaine, seules trois catégories ont donné des résultats significatifs avec les variables *résidence*, *professions* et *confession*. Les trois catégories sont moyennement acceptées, c.-à-d. autour des 60% (réponse : *surtout*). Il s'agit des attributions : *son ignorance des maladies et des médicaments appropriés* (61,7%) ; *ses moyens techniques modestes* (62,4%) ; *la volonté de Dieu et/ou des ancêtres* (55,0%).

La théorie subjective, *l'échec du nganga est dû à son ignorance des maladies et des médicaments appropriés*, est significative pour les variables *résidence* et *confession*. Elle est soutenue à 100% par les Kimbanguistes et à 63,3% par les catholiques et par 91,5% des citadins.

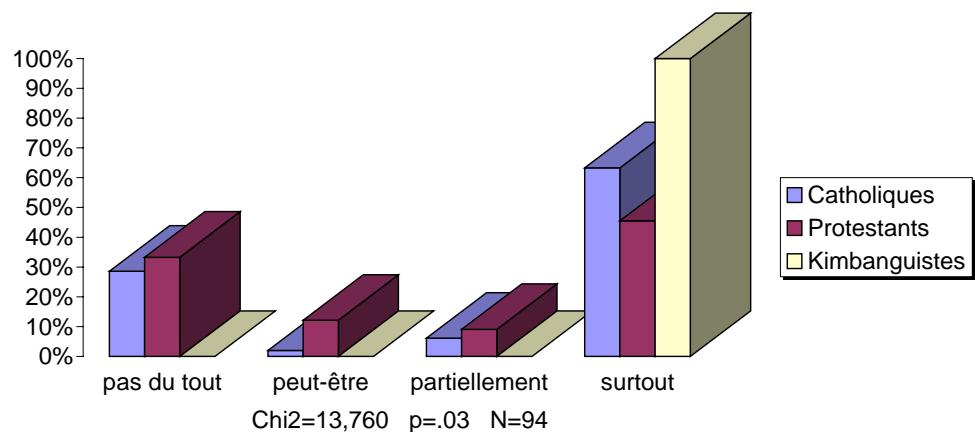
Une fois de plus nous trouvons très intéressante cette attitude des Kimbanguistes. Elle sous-entend qu'on ne doit pas toujours se fier aux

*nganga* parce qu'on peut encore trouver mieux ailleurs, notamment dans l'intervention du prophète par le canal de ses délégués, les pasteurs. Ils soignent avec succès là où les *nganga* échouent.

Graphique 28 : L'échec du *nganga* est attribuable à son ignorance des maladies et des médicaments appropriés (Q16-1). Variable "Résidence"



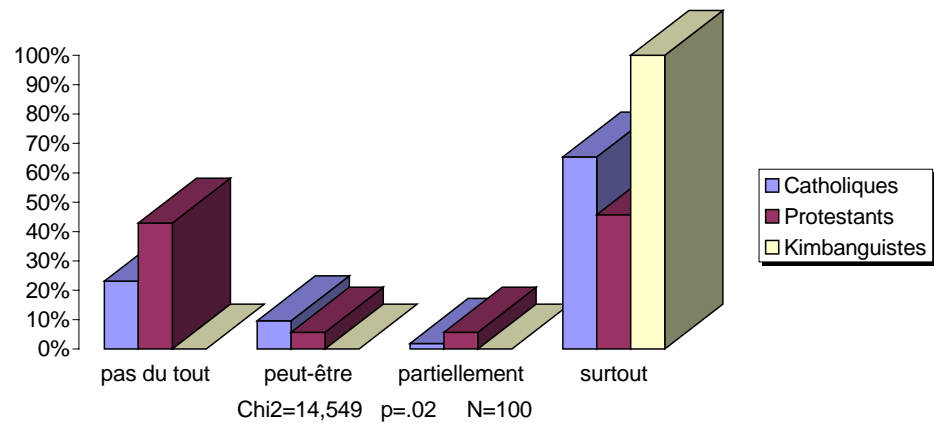
Graphique 29 : L'échec du *nganga* est attribuable à son ignorance des maladies et des médicaments appropriés (Q16-1). Variable "Religion"



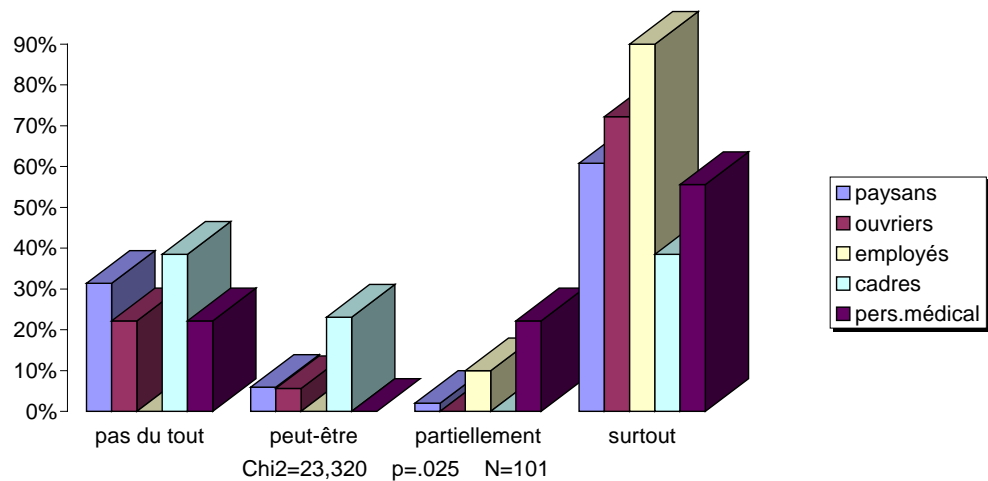
La théorie subjective, *le succès du nganga est dû à son infrastructure matérielle modeste*, est significative pour les variables *confession*, *professions* et *résidence*. De nouveau, les Kimbanguistes l'approuvent à 100%, suivis de près par les citoyens (92,3%) et les employés (90%). Suivent ensuite les ouvriers/artisans (72,2%), les catholiques (65,4%) et les paysans (60,8%). Le personnel médical la soutient du bout des

lèvres (55,6%). La théorie est rejetée par la moitié des villageois (51% réponse *pas du tout*).

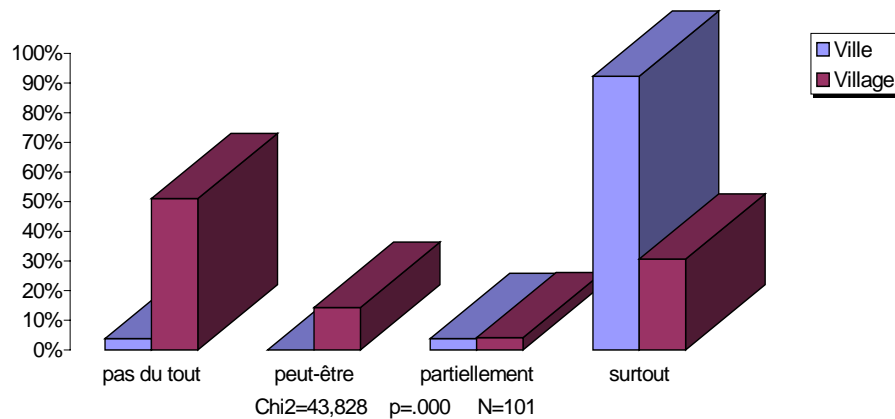
Graphique 30: L'échec du nganga est attribuable à son infrastructure matérielle modeste (Q16-2). Variable "Religion"



Graphique 31 : L'échec du nganga est attribuable à son infrastructure matérielle modeste (16-2). Variable "Professions"



Graphique 32 : L'échec du nganga est attribuable à son infrastructure matérielle modeste (Q16-2). Variable "Résidence"

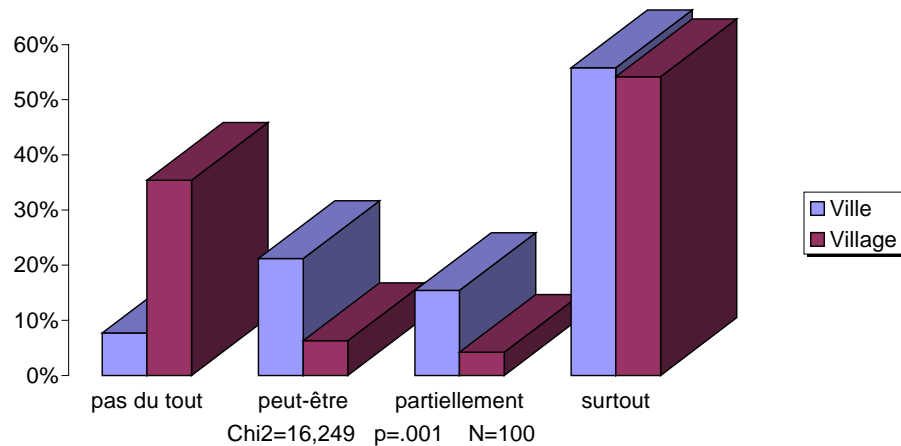


La dernière théorie approuvée est *l'échec du nganga est dû à la volonté de Dieu et/ou des ancêtres*. C'est une attribution qui, dans le contexte culturel euro-américain sera plutôt rapprochée de la fatalité et considérée ainsi comme une attribution démobilisante.

Mais considérée sous l'angle de la vision négro-africaine du monde, elle peut être considérée comme une soumission religieuse et confiante à Dieu, Maître de la vie et du destin d'un chacun et soumission confiante aux ancêtres qui nous ont transmis la vie et qui continuent à veiller sur elle à partir de l'au-delà (Cf. première partie du chapitre 2). Dans ce cas, cette attribution est dynamique et invite à aller puiser ses forces en dehors de soi, chez ceux-là de qui nous tenons la vie qui est présentement menacée par la maladie, bref dans la confiance à Dieu et aux ancêtres.

Cette attribution est soutenue dans les mêmes proportions par les citadins (55,8%) et par les villageois (54,2%) exactement comme le stipule notre hypothèse : il n'y a pas de différence entre les groupes sociodémographiques lorsqu'il s'agit du recours aux catégories socio-écologiques et « mystiques ».

Graphique 33 : L'échec du nganga est attribuable à la volonté de Dieu et/ou des ancêtres (Q16-4). Variable "Résidence"



Les autres attributions ont aussi donné des résultats significatifs. Mais ils sont pratiquement inutilisables parce que les scores des réponses par palier n'atteignent pas les 50%. Mais si par contre on somme les deux premiers degrés (*pas du tout* et *peut-être*) et les deux derniers (*partiellement* et *surtout*), ils totalisent alors des scores utilisables. Dans ce sens, nous pouvons considérer l'attribution, *l'échec du nganga est dû à l'intervention des forces occultes (aux sorciers)*, comme approuvée à 57,0%. Elle est soutenue par des catégories différentes des sujets : les paysans, les ouvriers et les employés, les citadins et les villageois. Elle est rejetée seulement par les cadres et surtout par le personnel médical. Les résultats corroborent l'hypothèse.

### Attributions de l'échec de la médecine euro-américaine

En ce qui concerne les échecs de la médecine euro-américaine, il n'y a qu'une seule théorie qui a émergé, et encore, dans le sens du rejet : *Son échec est attribuable à trop de spécialisation* (52,0% pour la réponse *pas du tout*).

Comme nous l'avons évoqué précédemment, il y a ici également d'autres théories dont les distributions des réponses sont significatives statistiquement, mais ne sont pas interprétables d'emblée. Il s'agit des attributions : *la négligence de la déontologie médicale* (53,1% si on considère les degrés *pas du tout* et *peut-être*) ; *l'ignorance de la culture*

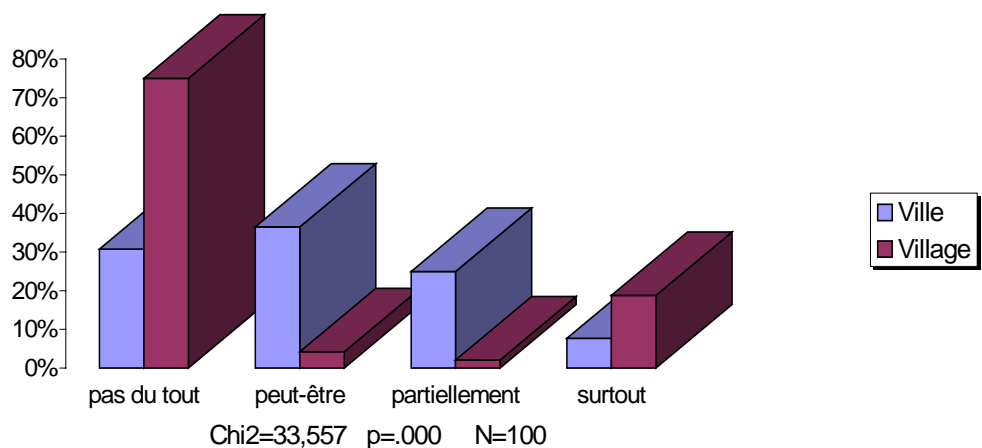


*négro-africaine* (80,2%, degrés *pas du tout* et *peut-être*) ; *la volonté de Dieu* (58,4% degrés *partiellement* et *surtout*). Celle dernière serait approuvée, tandis que les deux autres seraient rejetées.

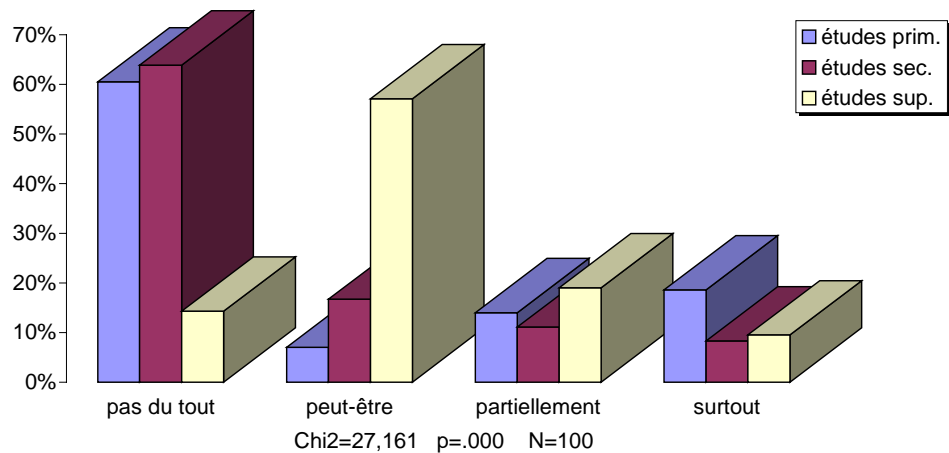
L'unique attribution clairement rejetée est significative pour les variables *résidence*, *études* et *professions*. Elle est rejetée surtout par les villageois (75%), les paysans (70%), les groupes « études secondaires » (63,9%) et « études primaires » (60,5%) et les cadres (50%). Les universitaires, le personnel médical et les citadins ne la rejettent qu'à des scores inférieurs ou égaux à 30%.

On voit donc que les personnes moins instruites ou moins en contact avec les réalités de la médecine euro-américaine idéalisent la grande spécialisation. Tandis que les autres catégories sociales sont plutôt réservées, parce qu'elles sont sans doute au courant des critiques que l'on adresse à la médecine moderne hautement technologique. On l'accuse entre autres de ne s'intéresser qu'à un organe ou à une partie d'un organe et d'oublier que cet organe fait partie d'un ensemble compact, d'un sous-système ou micro-système.

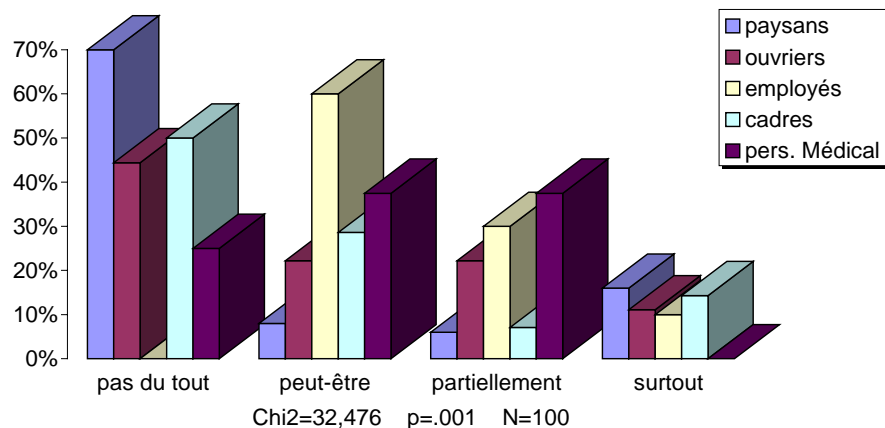
Graphique 34 : L'échec du médecin est dû à la spécialisation (Q25-3). Variable "Résidence"



Graphique 35 : L'échec du médecin est dû à la spécialisation (Q25-3). Variable "Etudes"



Graphique 36: L'échec du médecin est dû à la spécialisation (Q25-3). Variable "Professions"



Enfin la théorie implicite *l'échec du médecin est dû à la volonté de Dieu et/ou des ancêtres*. Elle est significative selon les variables *résidence* et *études*. Elle est appuyée par les groupes « études primaires » et « études supérieures » et par les citadins. Mais elle est rejetée par les villageois et par le groupe « études secondaires ».

Ces résultats contredisent en partie notre hypothèse : les catégories sociodémographiques ne sont pas unanimes sur son importance. Toutefois on notera de nouveau l'étonnante similitude entre les groupes « études primaires » et « études supérieures », alors qu'ils devraient se comporter très différemment compte tenu de l'écart d'acculturation qui les séparent ! L'attitude des sujets moins scolarisés – et donc plus proches encore de la culture traditionnelle – est tout à fait normale et

n'exige aucune explication. L'attitude des sujets plus « européenisés » est plus problématique. Elle est sans doute due à une attitude critique envers la culture euro-américaine qui avait promis monts et merveilles, mais dont on a découvert beaucoup de lacunes. La même réaction se retrouve çà et là chez le personnel médical.

Tableau 16 : *L'échec de la médecine euro-américaine est attribuable à la volonté de Dieu et/ou des ancêtres (Q25-4). Variable « études »*

Échelle	Études primaires	Études secondaires	Études supérieures	Totaux
<b>Pas du tout</b>	12 <b>27,9%</b>	18 <b>48,6%</b>	4 <b>19,0%</b>	34 <b>39,7%</b>
<b>Peut-être</b>	3 <b>7,0%</b>	2 <b>5,4%</b>	3 <b>14,3%</b>	8 <b>7,9%</b>
<b>Partiellement</b>	8 <b>18,6%</b>	2 <b>5,4%</b>	8 <b>38,1%</b>	18 <b>17,8%</b>
<b>Surtout</b>	20 <b>46,5%</b>	15 <b>40,5%</b>	6 <b>28,6%</b>	41 <b>40,6%</b>
<b>N</b>	<b>43</b>	<b>37</b>	<b>21</b>	<b>101</b>

Chi2 = 14,819

p=.02

N=101

## Conclusion

Les résultats relatifs à la question Q16 ont montré quatre théories subjectives susceptibles d'expliquer l'échec de la médecine négro-africaine : (1) l'ignorance de certaines maladies et des médicaments appropriés pour les soigner, (2) la modestie de l'infrastructure, (3) l'intervention des gardiens de la vie (Dieu et les ancêtres) et (4) la fâcheuse intervention des sorciers.

La première attribution est intérieure à la personne du *nganga*, mais elle est susceptible d'amélioration. La deuxième est environnementale et également modifiable. La troisième attribution est en dehors de la portée du patient et du *nganga*. Mais elle n'est pas stable. Elle peut être modifiée par les prières et les sacrifices du *nganga* et/ou du patient et de son entourage. Elle implique la collaboration de tous les concernés pour la réussite du traitement. Elle souligne la dimension *membre* de chacun et la vision communautaire des soins. La dernière attribution

est entièrement en dehors de la portée du patient. Mais pas en dehors de celle du *nganga*, lequel est à même de contrer ces méchants.

A la lumière de tous ces éléments, nous pouvons dire que les échecs de la médecine négro-africaine ne sont pas perçus comme étant définitifs. Autrement dit, la critique de la médecine négro-africaine vue avec un arrière-fond culturel négro-africain, reste positive dans l'ensemble.

Notre hypothèse est en relation avec les deux dernières attributions. Les résultats montrent qu'elles sont soutenues par des catégories diverses des sujets : par les sujets plus proches de la culture traditionnelle africaine (villageois, paysans, ouvriers) et par les sujets plus proches de la culture euro-américaine (citadins, employés). Nous disons par conséquent que l'hypothèse est confirmée.

A l'hypothèse 4, les citadins ont fortement appuyé la théorie « *connaissance des maladies et des médicaments* » (77,4% des citadins) pour expliquer le succès du *nganga*. A l'hypothèse 5, ils ont soutenu de manière tout aussi massive la théorie inverse pour expliquer son échec. Est-ce paradoxal ?

Non, ils veulent plutôt dire que le succès comme l'échec ne concernent pas les mêmes maladies. Le guérisseur possède des connaissances remarquables pour certaines maladies, cela explique son succès pour ces maladies-là. Mais il ignore aussi beaucoup d'autres. Ce qui explique son insuccès pour celles-ci. Les deux réponses peuvent donc coexister sans contradiction et elles montrent que les sujets ne sont pas naïfs.

Quant à la question Q25 concernant les échecs de la médecine euro-américaine, il nous est difficile de nous prononcer. Aucune théorie n'a été approuvée de manière claire et nette. Celle qui a été plus ou moins acceptée (la volonté de Dieu et/ou des ancêtres), l'a été par une partie de la population, les citadins et les groupes « études primaires » et « études supérieures ». Elle a été rejetée par les villageois et par le groupe « études secondaires ». Les résultats sont donc indécis.

#### **4.7 Implications de la communauté dans le processus de guérison**

Nous avons décrit dans la partie théorique que la *membralité* est une réalité quotidienne de tout Négro-africain. Personne ne vit et ne peut vivre en totale autarcie. Le sort de chacun intéresse tous les membres de sa communauté. Cette situation se manifeste de manière plus explicite encore lorsqu'un membre tombe gravement malade, parce que sa vie est menacée et à travers elle, la vitalité (la vie) de la communauté également se trouve perturbée ou menacée.

Nous nous sommes demandé si ce discours théorique se reproduit dans les discours subjectifs de l'homme ordinaire dans sa quotidienneté. C'est pourquoi nous avons posé aux sujets la question de savoir si lors de leur décision de recourir à des soins hospitaliers ou aux soins du guérisseur ils avaient été influencés par d'autres personnes ou s'ils ont agi tout seuls ?

Nous avons invité le sujet à considérer des situations réelles, dans laquelle lui-même ou un proche était malade. Il devait nous indiquer qui avait fait exécuter la décision de recourir aux services des soins négro-africains ou euro-américains.

A cet effet, nous avons formulé trois questions. La première est générale (Q7d : *Qui a conseillé d'aller en consultation ?*). Elle ne s'intéresse pas au type précis de soins auxquels on a recouru. Les autres questions considèrent les situations où on a eu recours aux soins de la médecine traditionnelle africaine (Q11 : *Pourquoi vous êtes-vous décidé de recourir à un nganga plutôt que d'aller ailleurs ?*) ou bien aux soins de la médecine euro-américaine (Q20 : « *Pourquoi êtes-vous allé à l'hôpital plutôt qu'ailleurs* »)? Nous avons traduit cette problématique en l'hypothèse suivante :

**Hypothèse 6 :** *La décision de recourir aux soins des tiers aura été, dans un nombre de cas, une décision personnelle du sujet malade, mais dans la plupart des cas, une décision influencée par les autres membres de la famille ou par les amis.*

Pour la question Q7d, nous avons quatre réponses :

- (1) *c'était ma décision personnelle*
- (2) *la décision a été influencée par la famille*
- (3) *la décision a été influencée par les amis ou les voisins*
- (4) *la décision a été influencée par des raisons financières (parce que je ne disposais pas d'assez d'argent)*

Les questions 11 et 20 étaient des questions ouvertes. Nous avons dû coder les réponses en catégories utilisables à des fins statistiques. Nous avons ainsi cinq réponses pour la question Q11.

- (1) *C'était la meilleure solution pour moi*
- (2) *Sur conseils des membres de la famille ou des amis*
- (3) *par routine*
- (4) *pour des raisons financières (parce que je ne disposais pas d'assez d'argent)*
- (5) *j'ai été sollicité par le tradipraticien*

Pour la question Q20, nous avons six réponses :

- (1) *c'était la meilleure solution pour moi*
- (2) *sur conseils des membres de la famille ou des amis*
- (3) *par routine*
- (4) *pour connaître exactement la maladie*
- (5) *suite à l'échec du tradipraticien et à cause des douleurs*
- (6) *à cause des circonstances*

### **Décision de recourir aux soins quels qu'ils soient (Q7d)**

La question Q7d concernant la décision de recourir aux services des soins (des *nganga* ou de la médecine euro-américaine) a donné des résultats suivants :

- |  |              |
|--|--------------|
| 1. <i>la décision a été influencée par la famille</i>        | 49 personnes |
| 2. <i>c'était ma décision personnelle</i>                    | 29 personnes |
| 3. <i>la décision a été influencée par les amis/ voisins</i> | 19 personnes |
| 4. <i>les raisons financières ont été déterminantes</i>      | 2 personnes  |
| 5. <i>autres raisons</i>                                     | 1 personnes  |

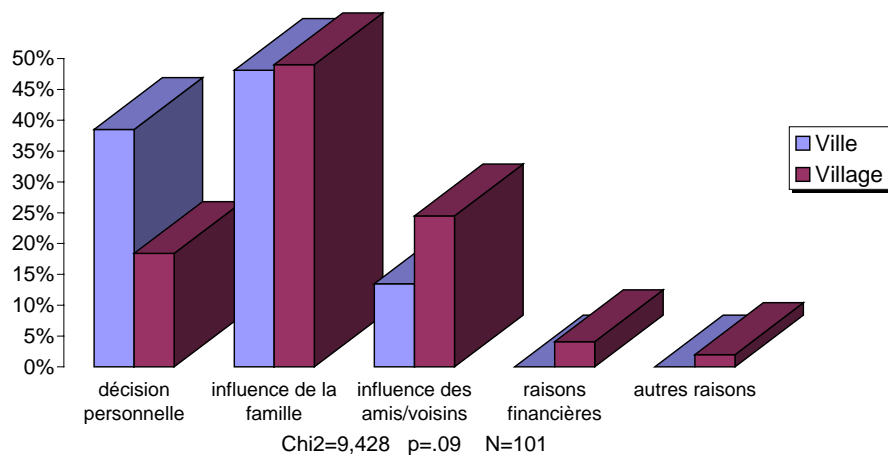
Comme ces effectifs le montrent, la famille a joué un rôle déterminant dans la grande majorité des cas. Si on y rajoute l'influence des amis et

voisins, on voit que l'environnement social aura été de loin le plus déterminant dans l'exécution de la décision de recourir à des services des tiers. Ce qui confirme notre hypothèse.

Du point de vue statistique, les résultats indiquent une tendance avec la variable *résidence* ( $p=.09$ ). Bien qu'ils n'indiquent qu'une tendance, ces résultats regorgent d'informations intéressantes. Il n'y a pratiquement aucune différence entre les citadins et les villageois en ce qui concerne l'influence de la famille, l'influence la plus prépondérante. Comme nous le soulignons dans la partie théorique (Chap. 2, A), qu'on vive en milieu rural ou urbain, on reste membre de sa famille, sans laquelle on n'existe pas.

Les autres colonnes du graphique ci-dessous montrent, par contre, que les deux milieux sont sociologiquement différents. Les citadins sont de loin plus représentés que les villageois parmi ceux qui ont dû prendre d'eux-mêmes la décision. Inversement l'influence des amis et/ou des voisins est plus grande parmi les villageois que parmi les citadins.

Graphique 37: Instances qui ont influé sur la décision de se faire soigner (Q7-4).  
Variable "résidence"



### Décision de recourir aux soins du tradipraticien (Q11)

Le dépouillement statistique de cette question – comme pour la question 20 – a été assez difficile. La solution proposée par le statisticien a été d'évaluer chaque catégorie (réponse) séparément au moyen des valeurs

0 (= non réponse) et 1 = réponse). Trois catégories ont ainsi donné lieu à des résultats significatifs. Il s'agit des catégories (réponses) : *c'était la meilleure solution pour moi* (41,7%) ; *par routine* (39,8%) et *pour des raisons financières* (26,2%). Les variables qui ont joué un rôle sont *résidence, études et confession*.

La première catégorie – la mieux représentée ici – souligne l'importance de la décision personnelle. La deuxième n'est pas clairement interprétable. On ne sait pas de qui dépend cette routine. La troisième catégorie souligne l'importance de l'environnement non social. On peut aussi la rattacher à la décision personnelle. Mais toutes ces catégories sont très faiblement représentées. On ne peut donc rien en conclure. Aussi nous épargnons-nous de décrire leurs distributions entre les différentes catégories sociodémographiques.

### **Décision de recourir aux soins de la médecine euro-américaine (Q20)**

Pour ce thème, deux catégories ont donné lieu à des résultats significatifs avec les variables *résidence* et *sexe*. Les deux catégories sont : *par routine* (40,8) et *sur conseil des membres de la famille ou des amis* (21,4%). Comme pour la question précédente, les effectifs sont tellement faibles que nous préférons nous abstenir d'en déduire une conclusion quelconque.

### **Conclusion**

Les conclusions qui résultent de cette sixième hypothèse sont les suivantes. La décision de se faire soigner en cas de maladie considérée grave aux yeux d'une population donnée a été en bien des cas une affaire individuelle et commune.

Dans la plus grande majorité des cas, la décision a été prise sur sollicitations de la famille. Cela vaut autant pour les citadins – c.-à-d. pour les sujets déjà plus distants de la mentalité traditionnelle – que pour les villageois, c.-à-d. pour ceux qui sont encore sous l'influence massive de la mentalité traditionnelle.



On s'est aussi aperçu que la décision a été inévitablement une affaire personnelle. Cela s'est manifesté surtout auprès des sujets plus orientés vers la culture euro-américaine.

Ces deux points ont été clairement exprimés dans la question concernant la fréquentation des services des soins de santé sans autre spécification. Ils ont été également exprimés dans la fréquentation spécifique de la médecine euro-américaine, mais dans de très faibles proportions. Pour la médecine négro-africaine, on a trouvé que son moindre coût financier a pu déterminer certains (peu) à se décider pour elle. On notera que pour les deux services, la routine (l'habitude) pourrait aussi être un facteur déterminant.

Bref, le discours théorique sur l'implication des autres membres de la communauté dans les questions de santé d'un des leurs s'est vérifié dans le quotidien des sujets interrogés, du moins en ce qui concerne les implications des membres de la famille. Il eût été aussi intéressant de connaître le degré de parenté, étant donné que la famille est un concept très large en Afrique, comme nous l'avons exposé plus haut au chapitre 2. L'hypothèse a été confirmée.

Rappelons ici que notre conclusion à l'hypothèse 5 donnait déjà des indications en ce sens. Nous observions en effet que l'attribution de l'échec du *nganga* à l'intervention de Dieu et des ancêtres impliquait le recours aux prières et aux sacrifices pour invoquer la clémence de ces instances, gardiennes de la vie, et que les prières et les sacrifices avaient une dimension communautaire : le *nganga* et la communauté (la famille) sont tous sollicités.

#### **4.8 Acceptation sociale des offres des soins de santé**

Nous avons vu plus haut que les services des soins s'ancrent dans une vision du monde et de l'homme, mais qu'ils véhiculent aussi dialectiquement cette vision. Les hypothèses précédentes ont eu l'occasion de nous confirmer sur certains éléments de cette vision qui transparaissent à travers les discours étiologiques ou la perception des thérapeutiques.

Mais nous avons vu également dans la partie théorique que la médecine africaine a été fortement combattue par le système colonial qui voulait la remplacer simplement par sa médecine et sa vision de l'homme. Cette lutte consistait entre autres à dénigrer et à dénier toute production culturelle négro-africaine. Cela a eu pour effet de créer un « homme morcelé » (Ndjomo, 1988), un type d'homme qui doutait de lui-même et de ses productions tout en y restant foncièrement attaché.

Certaines attitudes hostiles à la médecine traditionnelle que nous avons pu observer de la part de la population à cheval entre la culture négro-africaine et la culture euro-américaine (cf. *études secondaires, âge 26-39 ans, catégorie professionnelle « ouvriers »*) est révélatrice de la réalité de cet « homme morcelé ».

Notre dernière hypothèse se propose de contrôler *in extenso* la manière dont les sujets se situent par rapport aux offres des soins de santé venant de la culture négro-africaine et de la culture euro-américaine.

**Hypothèse 7 :** *Tous les groupes plus proches de la mentalité traditionnelle (villageois, paysans, ouvriers, études primaires, femmes, vieux, adeptes des Églises indépendantes) se sentiront plus gênés que les groupes plus proches de la mentalité euro-américaine (citadins, employés, cadres, personnel médical, études secondaires et supérieures, hommes, jeunes, Catholiques et Protestants) d'avoir été chez un guérisseur et tout à fait à l'aise d'avoir été dans un service de médecine euro-américaine.*

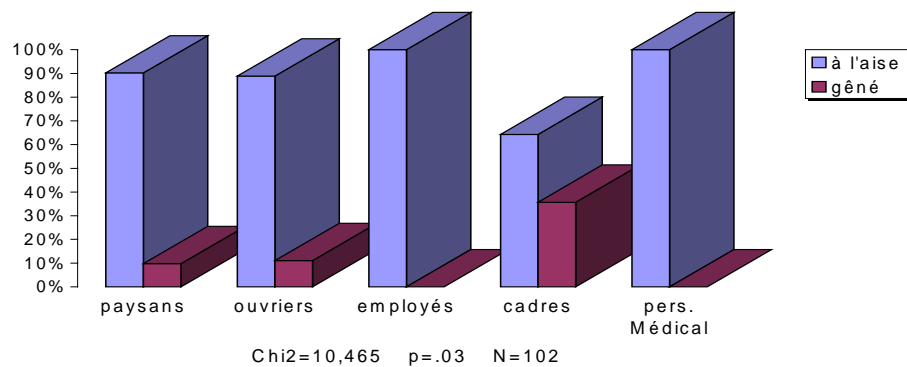
Pour contrôler cette hypothèse nous avons posé à notre population d'enquête les questions suivantes : *Comment vous sentez-vous lorsque vos amis apprennent que vous avez été vous faire soigner dans une institution de la médecine euro-américaine ?* (Q26a). *Comment vous sentez-vous lorsque vos amis apprennent que vous avez été vous faire soigner chez un guérisseur ?* (Q26b).

Les réponses pour chacune des questions sont (1) *à l'aise* ou (2) *mal à l'aise (gêné)*.

Seuls les résultats à la première question (Q26a) relative à la médecine euro-américaine ont été significatifs et encore pour la seule variable : *professions*. Ils montrent que toutes les professions se sentent à l'aise.

Les plus à l'aise sont évidemment le personnel médical (100,0%), les employés (100,0%), les paysans (90,2%) et les ouvriers (88,9%). Seuls les cadres sont plus réservés (64,3%).

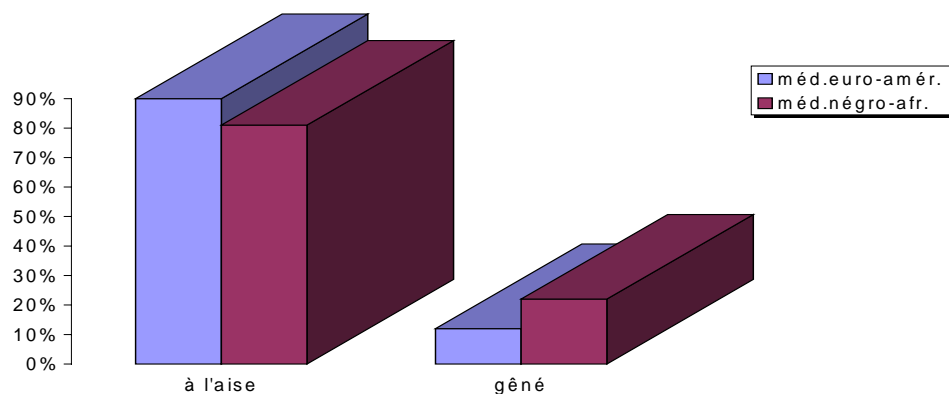
Graphique 38 : Comment vous sentez-vous lorsque vos amis apprennent que vous avez été vous faire soigner dans une institution de la médecine euro-américaine ? (Q26-1). Variable "professions"



L'observation des résultats non significatifs de la question Q26b concernant la médecine négro-africaine révèle que la proportion de ceux qui se sentent à l'aise est également élevée (78,6%). Seulement il n'y a nulle part des scores de satisfaction aussi élevés (100,0%) comme c'est le cas en médecine euro-américaine.

De manière générale les scores de ceux qui se sentent à l'aise en médecine négro-africaine sont inférieurs par rapport à ceux qui se sentent à l'aise en médecine euro-américaine. Inversement le nombre de ceux qui sont gênés en médecine euro-américaine est beaucoup plus petit que ceux qui le sont en médecine négro-africaine. Le graphique ci-dessous nous en donne une idée visuelle.

Graphique 39 : Tableau comparatif du positionnement par rapport aux normes sociales à l'endroit de la médecine euro-américaine et de la médecine négro-africaine



Ce tableau montre que le jugement des autres n'inquiète pas quelle que soit la médecine fréquentée. Ceci est une bonne nouvelle surtout pour la médecine négro-africaine. Bien que les résultats ne soient pas statistiquement significatifs, nous pensons, à la lumière des résultats bruts qu'il y a lieu de dire que l'hypothèse est infirmée.

### **Conclusion**

Nous sommes en droit d'être contents des résultats obtenus. Les hypothèses 2, 3 et 6 ont été entièrement confirmées. Les hypothèses 5 et 7 ont été confirmées partiellement. L'hypothèse 4 n'a pas confirmé nos prédictions. Nous attendions la confirmation de l'impact de la vision négro-africaine de la maladie dans l'appréciation de la médecine africaine et de la médecine euro-américaine du côté de ceux qui lui sont culturellement plus proches. Mais c'est plutôt de ceux qui en sont théoriquement un peu plus éloignés qu'elle nous a été apportée. La première hypothèse a été indirectement confirmée.

Comme cette recherche congolaise avait suscité des recherches suisses, sous l'instigation du prof. M. Perrez de l'Université de Fribourg (CH), nous aimerions à présent discuter les résultats que nous venons d'exposer ci-dessus en les confrontant autant que possible aux résultats récoltés en Suisse. C'est l'objet de l'alinéa suivant, le dernier de notre travail : *Discussion et conclusion*.

## **C. Discussion et Conclusion**

### **4.9 Discussion**

Cette partie empirique s'était donnée comme objectif de contrôler si le discours théorique que nous avons exposé dans les chapitres deux et trois – discours sur les théories subjectives négro-africaines relatives à la maladie - était partagé par l'homme ordinaire.

Avec Rivers (1924), nous avons soutenu qu'il existe un lien intime entre la conception des maladies, le milieu culturel dans lequel ces maladies apparaissent et la conception globale de l'univers que ce milieu culturel a imaginée pour expliquer sa présence en ce monde.

Nous avons ainsi émis l'hypothèse que le discours des gens ordinaires sur les causes des maladies et leur appréciation de la médecine et des traitements qui leur sont offerts devaient refléter la conception fondamentale de la maladie telle que nous l'avons exposée plus haut.

En outre, s'il est vrai que la vision africaine a inculqué une conception de la vie où chacun est inextricablement lié aux autres tout en étant et devant être individu distinct, la santé perturbée d'un membre devait entraîner l'implication des autres membres au moins au moment de la décision de recourir aux soins d'un *tradipraticien* ou d'un *allopathe*.

Dans l'introduction générale à cette dissertation, nous avons annoncé que nous comparerions les résultats de nos observations sur la population congolaise aux observations sur la population suisse. En effet, nous avons relevé au chapitre premier que le Prof. Perrez de l'université de Fribourg (CH) s'intéressait déjà depuis les années 80 aux savoirs quotidiens. Aussi nous adopta-t-il sans réserves dès les premières esquisses de notre projet. Plus tard, il poussa plus loin son intérêt : il encouragea des étudiants suisses à s'atteler aussi à cette tâche. C'est ainsi que quatre travaux furent produits comme mémoire pour l'obtention du diplôme de *licence en psychologie*. Il s'agit des travaux de Cadruvi (1992), Knaus (1993), Zahno (1993) et Hercek (1994).

Ces travaux portent sur les théories subjectives relatives à l'étiologie et au traitement des maladies somatiques et psychiques et aux facteurs déterminant chez « Monsieur Toutlemonde » (suisse) le recours à la médecine scolaire et à la médecine alternative pour être soigné de ces affections. Ils partent tous d'un matériel de base commun qui a été récolté dans la région bernoise – *Emmental* – célèbre pour son fromage *l'emmental* (*Emmentaler*).

Cadruvi (1992) s'intéresse aux théories subjectives relatives à la genèse et au traitement des maladies somatiques et à leur impact sur le choix des méthodes alternatives de traitement. Knaus (1993) étudie les théories subjectives relatives aux causes et au traitement des troubles psychiques et à leur influence sur le choix des thérapies. Le travail de Zahno (1993) porte sur les théories implicites relatives à l'efficacité des différentes méthodes de traitement. Pour Hercek (1994), ce sont les différences typiques entre les hommes et les femmes dans l'actuelle société suisse et leur influence sur le comportement de santé et de maladie qui ont retenu son attention. Son étude repose comme les précédentes sur le même matériel d'enquête plus un nouveau matériel qu'elle a rajouté.

Nous ne ferons pas une comparaison systématique de tous les résultats. Nous ne relèverons et discuterons que les observations qui sont en relation avec les résultats congolais que nous aurons discutés dans ce travail. La discussion concerne donc les causes et les traitements des maladies, l'implication des autres membres de la communauté et les variables indépendantes.

#### **4.9.1 Concernant les causes des maladies**

Dans une certaine mesure, nos résultats ne montrent pas une grande différence entre la population congolaise et la population suisse étudiée par nos collègues cités plus haut. Pourtant les perspectives, à partir desquelles ces populations ont répondu aux questions, sont très différentes. Cela est dû sans aucun doute au fait que les questions étaient formulées de manière très générale. Des questions plus précises et plus ciblées trahiraient la grande différence culturelle entre les deux

groupes de population. Néanmoins les ressemblances que nous y trouvons sont réelles et non fictives. Les différences, bien qu'elles ne soient pas fortement soulignées, constituent une indication dans le sens de celles qu'une étude plus détaillée pourra mettre en lumière.

Concernant la population congolaise, les résultats attestent que les causes biomédicales sont reconnues par toutes les catégories démographiques comme étant très importantes. L'importance des causes socio-écologiques est également soulignée, mais dans une moindre mesure. Par contre, l'importance des causes religieuses (Dieu, esprits) ou causes « mystiques » (sorcellerie, envoûtements) a été à peine appuyée.

Ces résultats contredisent la thèse selon laquelle les Africains ne pensent qu'aux causes magiques et que c'est en cela que réside la raison pour laquelle ils s'attachent à la médecine de leurs ancêtres. Nous avons soutenu dans la partie théorique – les résultats empiriques le prouvent – que l'on ne recourt pas d'emblée au *diagnostic étiologique* lorsqu'on est malade. Cette étape n'intervient que lorsque certaines conditions sont remplies, notamment lorsque la maladie mobilise l'angoisse des autres et se charge de leurs affects.

Au contraire, on commence toujours par le diagnostic ordinaire, ou comme dit Zempléni (1985), on recourt d'abord à *l'étiologie a priori*. Ceci explique pourquoi les causes biomédicales sont massivement reconnues, tandis que les autres types de cause le sont dans une moindre mesure. Ces dernières ne sont pas pour autant moins importantes. Elles interviennent plutôt et toujours à une étape ultérieure.

Par ailleurs, le fait que ces autres niveaux des causes (sociales, morales, spirituelles et magiques) soient cités par différentes catégories des sujets, et davantage par les sujets plutôt plus éloignés de la culture traditionnelle, soutient - de manière plus forte encore - que la conception négro-africaine du monde est bien présente dans toute la population, même dans la population plutôt orientée vers la culture euro-américaine.

Plus radicalement encore que les Congolais, les Suisses n'ont pratiquement pas évoqué les représentations causales d'ordre moral ou

magique (*la volonté de Dieu, les esprits, les méchantes personnes, la punition*) à propos des maladies somatiques, selon Cadruvi (1992). Pour Hercek (1994), ces théories ont été simplement rejetées, autant par les femmes que par les hommes, en tant que causes non importantes ou insignifiantes. Les causes qu'ils ont retenues sont soit des causes physico-objectives (*pollution de l'environnement et mauvaise alimentation*), soit des causes psychologiques (*stress, colère, émotions non exprimées, problèmes relationnels, drogues*), soit encore des causes rationnelles et fatalistes (*âge, hasard, vulnérabilité*).

Concernant les troubles psychiques (*troubles du sommeil, bégaiements et claustrophobie*), d'après Knaus (1993), les Suisses leur attribuent en premier lieu des causes psychiques (*stress, colère, sentiments non exprimés et conflits intérieurs*). Ensuite des représentations causales fatalistes, non contrôlables (*hasard et hérédité*). Il a pu observer aussi, pour les troubles du sommeil, des causes somatiques contrôlables (*mauvaise alimentation, prise des drogues, négligence des soins corporels*). Mais leur rôle reste plutôt négligeable. Les causes morales et religieuses et les causes d'ordre magique sont de nouveau inexistantes, excepté *l'astrologie* pour la genèse des troubles du sommeil.

Hercek (1994) a retenu six troubles psychiques : *troubles du sommeil, bégaiements, claustrophobie, asthme, troubles digestifs et dépression*. Les femmes suisses leur attribuent comme causes *les conflits intérieurs, le stress et les problèmes relationnels* (causes psychiques, internes et contrôlables). Elles ont aussi cité des causes fatalistes (*influence des astres pour la dépression*) et des causes magiques (*la volonté des autres êtres humains pour la claustrophobie*). Pour les hommes, par contre, c'est le *hasard* (cause externe, incontrôlable), mais également *l'hérédité et le châtement pour un comportement répréhensible* (causes somatiques et morales).

De nouveau, pour les Suisses, les causes morales et religieuses ne semblent jouer aucun rôle dans l'explication de la genèse des maladies psychiques. Là où elles ont été évoquées (Hercek, 1994), elles le sont dans des proportions tellement faibles que cela ne vaut pas la peine d'en parler. Ils ont évoqué de préférence des causes psychiques et fatalistes incontrôlables.



On peut dire que les Congolais ont aussi évoqué les causes psychologiques (*stress, problèmes relationnels*). Mais le stress est évoqué en relation avec un environnement physique pénible (*durs travaux des champs et marche à pieds sous le soleil équatorial*). Ceci est compatible avec la thèse selon laquelle, les Africains préfèrent exprimer leurs souffrances psychiques sous forme somatique (Voir entre autres Hanc et al, 1976 ; Ihezue, 1989a ; Morakinyo, 1989 ; etc.). Les problèmes relationnels sont souvent placés dans le registre des personnes devenues malveillantes sous l'effet d'envoûtement, donc malgré elles (Voir plus haut au chap. 2).

On peut donc considérer que les deux populations recourent *mutatis mutandis* aux causes psychologiques pour expliquer les troubles psychiques. La différence fondamentale entre elles réside, à notre avis, dans l'évocation des causes fatalistes *incontrôlables*. Comme nous l'avons déjà souligné plus haut, pour les Congolais (les Africains), il y a toujours moyen de contrôler l'incontrôlable, notamment par les sacrifices. Mais à ce niveau, l'évocation de la prière dans la recherche de Hercek (1994) n'a-t-elle pas le même sens que le recours aux sacrifices en Afrique ?

#### **4.9.2 Concernant les traitements**

Pour les maladies somatiques ordinaires, la population congolaise préfère d'office des traitements de la médecine euro-américaine. Cette préférence a été claire dans les réponses spontanées de la population interrogée. Mais dès qu'on essaie de fouiller un peu plus, on constate que cette même population fait un distinguo. Elle préfère les *nganga* lorsqu'il s'agit des maladies psychiques et des maladies qu'elle croit être dues à un envoûtement. Elle recourt donc à la distinction culturelle de *maladies à causalité naturelle* et *maladies à causalité humaine ou mystique (magique)*.

Cette population considère donc les deux médecines comme étant complémentaires. Chacune ayant un domaine où elle excelle. Dans ce domaine, on la préfère à l'autre. Ainsi la médecine euro-américaine est excellente dans le traitement des maladies qui n'exigent que des connaissances naturelles. Dans la partie théorique, nous avons

souligné que les Négro-africains la placent au même niveau que la médecine africaine ordinaire, mais qu'elle est plus performante grâce à sa technologie, de loin plus développée, qui lui permet des investigations et des interventions inimaginables. Bref, elle prolonge et perfectionne la médecine « naturelle » sous certains angles (Cf Janzen, 1979, Warren, 1979b, Zeller, 1979, Panu-Mbendele, 1993).

La médecine négro-africaine, par contre, est imbattable lorsqu'il s'agit des maladies qui exigent des connaissances surnaturelles (une *double vue*) en plus des connaissances naturelles (scientifiques). Ces maladies ne peuvent être maîtrisées que si on en découvre le sens qu'elles véhiculent, lequel n'intéresse pas du tout - malheureusement - la médecine scientifique euro-américaine. Celle-ci considère la recherche du sens comme improductive, comme un gaspillage de temps et d'énergie.

Dans le même sens, sensible au fait que l'être humain est plus que son corps visible, la médecine négro-africaine incorpore dans sa thérapie une dimension religieuse ou spirituelle. C'est en fonction de cela que la population interrogée déclare que l'effort du guérisseur est encouragé par l'intervention de Dieu et/ou des ancêtres.

Il résulte de cette distinction des compétences et d'excellence que les patients souhaitent recourir au *nganga* en même temps ou en plus du recours au médecin lorsqu'ils croient être affectés par des maladies spéciales, des maladies à causalité « surnaturelle ».

Pour la population suisse, nous avons les observations suivantes. La médecine scolaire est également de loin préférée à tout autre traitement. Les traitements à caractère spirituel ou religieux ne jouent qu'un rôle mineur. Les pratiques à caractère magique sont en principe rejetées. Dans ce sens, la population suisse et la population congolaise se ressemblent dans leur appréciation unanime de la médecine scolaire. Mais elles diffèrent dans leur attitude face aux médecines extra scolaires. Cette différence provient de la différence d'appréciation des causes des maladies. Toutefois certains détails rapprochent les deux populations bien que les perspectives soient différentes.

D'après Cadruvi (1992), en cas des maladies somatiques, on choisit en premier lieu et de manière constante la médecine scolaire. Sauf

lorsqu'elle a buté à un échec. En ce cas, on choisit les *médecines alternatives*.

Hercek (1994) abonde dans le même sens. Cependant le choix des *médecines alternatives* n'est pas en relation avec la *gravité* de la maladie (cf. attitude africaine). On choisit la médecine alternative pour les maladies que la médecine scolaire ne parvient pas/plus à contrôler. La non contrôlabilité est perçue comme étant l'expression d'une certaine impuissance de la médecine scolaire. Cependant le choix des *médecines alternatives* ne signifie pas le rejet ou l'abandon de la médecine scolaire. On constate seulement que, pour certaines maladies, les traitements naturels sont plus efficaces que ceux de la médecine universitaire et on les choisit en conséquence. Autrement dit, comme chez la population congolaise, la population suisse accepte et souhaite la coexistence des *médecines alternatives* avec la médecine scolaire.

La différence entre les deux populations consiste en ceci que les Suisses choisissent au cas par cas la médecine dont l'efficacité semble plus grande. Ils recourent à l'expérience immédiate d'impuissance de la médecine scolaire face à une maladie donnée, expérience qui est à la fois individuelle et collective. La population congolaise choisit plutôt en fonction des catégories préétablies des maladies (*maladies naturelles* vs. *maladies causées par des forces supérieures*). Elle recourt à une expérience déjà stratifiée par la communauté.

Ce qui est fondamentalement commun aux deux populations est le recours à des expériences antérieures de maladie. Celles-ci ne sont pas le fait du seul individu malade, elles sont partagées et véhiculées par une collectivité.

Concernant le traitement des troubles psychiques (*agoraphobie, bégaiement et insomnie*), Knaus (1993) et Hercek (1994) ont observé que les psychothérapies ont été préférées à tous les autres traitements. La deuxième place dans l'ordre d'importance est occupée par les « méthodes douces » (*massages, plantes, diètes...*), quelle que soit la médecine qui les applique (universitaire ou alternative).

Toutefois, d'après Knaus (1993), de manière générale, le *médecin* est cité fréquemment comme premier ou deuxième choix lorsque le trouble n'est pas rattaché à des causes internes (*conflits intérieurs, sentiments*

*non vécus ou non exprimés*), si le sujet est fataliste ou si les guérisseurs ont eu un échec. Le *naturopathe* (*Naturheiler*) et le *guérisseur spirituel* (*Geistheiler*) sont cités au mieux comme deuxième choix. Cependant les traitements « *hard* » (chirurgie, chimiothérapie, pharmacologie chimique...) de la médecine classique sont considérés comme étant inefficaces pour ces troubles psychiques.

De même les méthodes magiques (*exorcisme*) sont tenues pour absolument inefficaces. Mais les méthodes recourant aux influences spirituelles (*prière, imposition des mains*) sont acceptées comme étant relativement efficaces. En effet, 35% des sujets ont attribué une plus ou moins grande efficacité aux traitements des guérisseurs spirituels (*Geistheiler*) pour les troubles psychiques cités et 30% citent la prière et les pèlerinages comme pouvant exercer une assez grande influence sur la guérison.

D'après Hercek (1994), les femmes comme les hommes ont attribué l'efficacité de l'intervention pour les maladies somatiques et pour les maladies psychiques à trois facteurs : en premier lieu à *l'attente du patient*, ensuite au fait de *prendre le patient au sérieux* et enfin à *l'expérience de l'intervenant*. Autrement dit, les sujets croient beaucoup à l'effet placebo en thérapie et privilégient les qualités humaines de l'intervenant<sup>215</sup>.

En scrutant l'attitude des sujets par rapport à chaque intervenant pris individuellement, l'auteur a constaté ces observations étonnantes : Les femmes ont retenu les théories suivantes parmi les attributions pouvant expliquer le succès : pour le guérisseur spirituel (*Geistheiler*) *l'aide des esprits* ; pour le *naturopathe* (*Naturheiler*), le *diagnostique* et *l'aide des esprits* ; pour le médecin, son savoir psychologique et technique, mais aussi *ses capacités surnaturelles*. Hercek (1994) explique que les femmes doivent avoir compris ces *capacités surnaturelles* « non dans un sens magique, mais plutôt dans le sens de celui qui en sait plus que le commun des mortels » (Hercek, 1994, p. 372).

---

<sup>215</sup> Nous avons relevé dans une étude antérieure (Cf. Panu-Mbende, 1993) que les Congolais appréciaient beaucoup chez le guérisseur ses qualités humaines et qu'ils déploraient leur absence flagrante chez les agents de la médecine euro-américaine. Nous nous réjouissons de constater que les Suisses aussi accordent une grande importance à ces facteurs. Il s'agit ici d'un invariant qui va au-delà des cultures. On peut aisément le considérer comme un invariant universel.

Pour notre part, nous retenons de ces attributions que l'explication spirituelle n'est pas si étrange que cela dans le contexte culturel euro-américain. Si donc on la rencontre même ici, après des siècles d'hégémonie de la pensée rationnelle, comment peut-on oser croire qu'elle soit déjà absente auprès de la population africaine citadine parce qu'elle se dit « moderne », alors que cette « modernité » - de convenance - ne s'est adossée à « l'africanité » que depuis à peine un siècle ?

#### **4.9.3 L'implication des autres membres de la communauté**

L'implication des autres membres de la communauté (la famille ou les amis) a été confirmée par les déclarations de la population interrogée. Elle s'est manifestée lors de l'exécution de la décision de recourir aux soins du service euro-américain ou négro-africain.

Cette dimension n'a pas été exploitée par nos amis suisses. Toutefois nous pouvons conjecturer que la décision serait principalement du ressort de l'individu, mais pas uniquement. Parce que, comme nous l'avons insinué plus haut, l'expérience de la maladie étant un fait individuel et collectif, l'individu essaie toujours de se renseigner auprès des autres et se laisse ainsi influencer par eux dans sa prise de décision.

#### **4.9.4 Concernant les variables indépendantes**

En relation avec les questions (variables dépendantes) retenues pour cette recherche, nous pouvons dire que chacune des variables indépendantes (*sexe, âge, résidence, études, professions et confessions*) a donné lieu à des résultats significatifs. Toutefois les variables « *résidence* », « *professions* » et « *études* » ont donné plus de tableaux contrastés que les autres variables. On a pu observer à chaque question une différence d'attitudes entre les citadins et les villageois et entre les différentes professions auxquelles s'ajoutaient parfois les différences selon la formation intellectuelle. La variable « *sexe* » a été la moins discriminante (un seul résultat, Cf. Fig. 7), suivie de la variable « *âge* » (deux résultats, Cf. fig. 13 et 17) et de la variable « *confessions* » (trois résultats, Cf. fig. 12, 18 et 30).

Dans notre précédente recherche sur le même corpus (Cf. Panu-Mbendele, 1993), la variable « *âge* » nous avait permis des observations intéressantes sur les différents groupes d'âge, alors que la variable « *confessions* » n'avait pu être d'aucune utilité. A partir de là, nous concluons que toutes ces variables peuvent être utiles pour les recherches futures. Néanmoins, quelle que soit la décision du chercheur, ces trois variables, *résidence*, *professions et études*, ne devront pas être négligées.

Les résultats suisses ont souligné différemment l'importance de ces variables compte tenu des questions qu'ils ont retenues.

#### **4.10 Profil des sujets à partir des actuelles variables dépendantes**

Eu égard aux questions que nous avons pu analyser dans l'actuelle recherche, il ressort des sujets le profil ci-dessous. Ce profil est à accueillir avec prudence. Il n'est qu'indicatif compte tenu des limites fixées par l'échantillon et par les conditions de la recherche elle-même.

##### **4.10.1 Profil des sujets eu égard à la variable « *résidence* »**

Cette variable est celle qui a fourni le plus de résultats significatifs. Elle nous a proposé deux catégories des sujets : les *citadins* et les *villageois*.

Les *citadins* consulteraient en premier lieu la médecine euro-américaine. Ils considèrent les causes psychosociales (*fautes personnelles, violation des coutumes et des lois de Dieu*) et les causes religieuses (*Dieu, ancêtres, esprits*) comme étant importantes dans la genèse des maladies. Ils connaissent des maladies pour lesquelles on doit préférer la médecine des *nganga* à la médecine euro-américaine. Ils soutiennent que les *nganga* soignent mieux que les médecins les « maladies à causalité mystique, surnaturelle ».

Ils attribuent le succès des *nganga* surtout à leurs connaissances des maladies et des médicaments appropriés (variable interne-stable), à la

nature des maladies ainsi qu'à l'intervention de Dieu et des ancêtres (variable externe-stable).

Ils attribuent également le succès de la médecine euro-américaine à la connaissance des maladies et des médicaments appropriés (variable interne-stable), mais aussi à son infrastructure technologique (cause externe-variable). Ils trouvent absurde l'attribution du succès de la médecine euro-américaine au hasard (cause externe incontrôlable) ou à la capacité du médecin d'agir sur les causes mystérieuses des maladies (sorcellerie, envoûtement...).

Bref, ils appuient le succès du *nganga* et celui du médecin sur des bases solides et durables et ils rejettent - dans le cas du médecin - des causes fatalistes et celles qui leur semblent être fantaisistes.

L'échec du *nganga* est attribué par cette population citadine à l'ignorance de certaines maladies et des médicaments ad hoc, à son infrastructure technologique modeste ainsi qu'à la volonté de Dieu et des ancêtres (cause externe, stable, mais éventuellement influençable). Elle est par contre désemparée devant l'échec de la médecine euro-américaine et ne sait à quelle cause précise l'attribuer.

Ce profil face à l'échec laisse voir que la situation actuelle du *nganga* est perfectible. Celle du médecin, par contre, jette dans la perplexité. Sans doute parce que les attentes envers la médecine technologique avaient été très élevées.

Comme dernier profil, leur décision de recourir aux soins relève du ressort de l'individu lui-même ainsi que du ressort de la famille.

Le groupe opposé, les *villageois*, offre le profil suivant. Ils consulteraient aussi la médecine euro-américaine en premier lieu. Mais ils sont plus réservés que les citadins. Ils accordent une grande importance aux causes psychosociales. Ils rejettent catégoriquement que Dieu puisse être cause des maladies et rejettent également d'accorder une importance quelconque à son intervention ainsi qu'à celle des ancêtres pour expliquer le succès des *nganga*. Ils connaissent plus massivement que les citadins les cas des maladies pour lesquelles on doit préférer les soins des *nganga* à ceux de la médecine euro-américaine. Qui plus est, ils affirment que la médecine euro-américaine est condamnée à l'échec devant ces maladies.

Aucune des attributions proposées pour expliquer le succès des tradipraticiens ou de la médecine euro-américaine n'est parvenue à émerger clairement. Par contre, ils rejettent nettement l'attribution du succès de la médecine euro-américaine au hasard ou à la capacité du médecin d'agir sur les « causes mystérieuses des maladies ». Ils expliquent l'échec du *nganga* comme étant voulu par Dieu et par les ancêtres (variable externe, stable, mais influençable). Ils attribuent l'échec de la médecine euro-américaine à la spécialisation. Enfin, la décision de recourir aux soins relève principalement du ressort de la famille.

Ces profils laissent paraître clairement une grande différence entre les deux groupes de sujets, les citadins et les villageois. Autant le profil des citadins est clair et net, autant celui des villageois est flou. Néanmoins on reconnaît chez les uns et chez les autres l'importance des causes psychosociales et l'influence du milieu culturel traditionnel. Cette influence est toutefois beaucoup plus perceptible chez les *villageois* que chez les *citadins*.

Les études suisses n'ont pas trouvé une vraie différence entre villageois (communauté de moins de 10.000 habitants) et citadins (communauté de plus de 10.000 habitants) dans leur choix des différents services des soins. Pour Knaus (1993), les deux groupes ont choisi presque dans les mêmes proportions le médecin, le naturopathe (*Naturheiler*) et le guérisseur spirituel (*Geistheiler*). Cependant Cadruvi (1992) a observé une petite différence : les villageois présentent une tendance fataliste dans la désignation des causes des maladies (hasard et volonté de Dieu) et une inclination spirituelle dans l'appréciation de l'efficacité des traitements spirituels (prière et pèlerinage) pour le traitement des maladies somatiques. Zahno (1993) relève une tendance chez les citadins à recourir aux soins médicaux officiels, tandis que les villageois tendent à privilégier les médecines non officielles.

#### **4.10.2 Profil des sujets eu égard à la variable « professions »**

Cette variable contient cinq catégories des sujets englobant chacune plusieurs professions comme exposé au début de ce chapitre : *paysans, ouvriers, employés, cadres et personnel médical*.



Les *paysans* et les *ouvriers* ont pratiquement le même profil. Ils accordent une grande importance aux causes physico-objectives des maladies (*microbes, déficience immunitaire, manque d'hygiène, malnutrition, épuisement physique, stress*) ainsi qu'aux causes psychosociales (*fautes personnelles, violation des coutumes et des lois de Dieu*). Ils attribuent le succès du *nganga* principalement à ses connaissances des maladies et des médicaments appropriés (cause interne, stable), et son échec surtout à son infrastructure matérielle modeste (cause externe, non stable). Ils rejettent l'attribution de l'échec de la médecine euro-américaine à la spécialisation (les *paysans* un peu plus que les *ouvriers*). Ils se sentent à l'aise par rapport au jugement social eu égard à leur relation avec la médecine euro-américaine. Ce sentiment d'aise est ressenti dans les mêmes proportions par toutes les cinq catégories des sujets.

Comme les *paysans* et les *ouvriers*, les *employés* attribuent eux aussi une grande importance aux causes médico-objectives des maladies, mais ils accordent une importance moyenne aux causes psychosociales. Ils attribuent le succès des *nganga* surtout à leurs connaissances des maladies et des médicaments ad hoc (variable interne, stable) tandis qu'ils attribuent l'échec du *nganga* principalement à son infrastructure matérielle modeste (cause externe, variable). Ils sont sur ce point plus explicites que toutes les autres catégories des sujets. Par contre, ils ne parviennent pas à se prononcer clairement si on peut mettre en relation l'échec du médecin et sa grande spécialisation.

Les *cadres* diffèrent des catégories précédentes en ceci qu'ils sont hésitants sur l'attribution du succès du *nganga* à ses connaissances des maladies et des médicaments, sur l'attribution de son échec à son infrastructure matérielle modeste et sur l'attribution de l'échec du médecin à sa spécialisation. Sinon ils affectent une grande importance aux causes médico-objectives et aux causes psychosociales et se sentent à l'aise après avoir été dans une institution de la médecine euro-américaine.

Enfin le *personnel médical*. Il est réservé par rapport à l'importance des causes physico-objectives et des causes psychosociales dans la genèse des maladies. Il rejette du bout des lèvres l'attribution de l'échec du

médecin à sa haute spécialisation (cause interne, variable) et de l'échec du *nganga* à son infrastructure matérielle modeste.

Il constitue le groupe qui a apprécié le mieux les compétences du *nganga*. Plus que toutes les autres catégories il a attribué le succès des guérisseurs à leurs connaissances des maladies et des médicaments appropriés. Cette attitude très favorable peut être attribuée à la connaissance que ce groupe possède sur les limites de la médecine euro-américaine qu'il connaît mieux que les autres catégories des sujets.

En résumé, toutes les catégories professionnelles (un peu moins chez le personnel médical) accordent une grande importance aux causes biomédicales et psychosociales dans la genèse des maladies. Elles attribuent le succès de la médecine scolaire et de la médecine traditionnelle africaine à des causes internes et stables (hésitation chez les cadres). Les échecs des *nganga*, par contre, sont attribués à des causes modifiables. On peut donc en déduire, dans une perspective à long terme, que les sujets ont une attitude très favorable à la médecine traditionnelle africaine.

Cette variable n'ayant pas été prise en compte par le groupe suisse, il nous est impossible d'établir une comparaison entre la population congolaise et la population suisse.

#### **4.10.3 Profil des sujets eu égard à la variable « études »**

Cette variable est la troisième en importance dans cette étude. Elle contient trois catégories des sujets : les *études primaires*, les *études secondaires* et les *études supérieures*. Les trois groupes se ressemblent dans l'ensemble. Ils diffèrent plutôt dans l'accentuation de certaines réponses.

Les sujets n'ayant pas dépassé le niveau *d'études primaires* attribuent une grande importance aux causes physico-objectives, aux causes psychosociales et aux causes magiques (forces occultes). Mais ils rejettent l'attribution « Dieu » comme cause des maladies, rejettent également d'attribuer le succès du médecin au hasard et son échec à sa

spécialisation. Ils connaissent des maladies pour lesquelles on doit préférer le *nganga* au médecin.

Les sujets qui ont fait des *études secondaires* accordent aussi une grande importance aux causes objectives et psychosociales. Mais pas aussi massivement que les autres groupes. Ils acceptent que Dieu et les ancêtres puissent être causes des maladies. Comme ceux du niveau primaire, ils connaissent des maladies pour lesquelles on doit préférer les *nganga* au médecin, rejettent catégoriquement que le succès du médecin soit le fruit du hasard et que la spécialisation soit considérée comme cause de certains échecs. Ils sont donc très favorables à la médecine euro-américaine.

Ceux qui ont fait des *études supérieures* accordent la plus grande importance aux causes médico-objectives et une importance plutôt moyenne aux causes psychosociales. Concernant les causes « mystérieuses », on n'observe aucune tendance claire. Ils sont pareillement réservés à reconnaître Dieu et les ancêtres comme causes éventuelles des maladies. Leurs connaissances des maladies pour lesquelles on doit préférer la médecine négro-africaine à la médecine euro-américaine sont infimes, négligeables. Ils rejettent – mais de manière mitigée – que le succès du médecin soit attribué au hasard. Ils pensent que la spécialisation du médecin pourrait expliquer certains échecs de traitement.

On remarque chez eux plus que chez tous les autres sujets l'influence de la rationalité de l'univers culturel euro-américain. Cependant la présence de l'univers négro-africain est aussi perceptible. On dirait qu'ils sont partagés entre les deux univers. D'où le nombre des réponses indécises est plus élevé que dans les autres groupes. Cependant ils ne dédaignent pas la médecine négro-africaine.

En Suisse, Cadruvi (1992) n'a rencontré que des différences mineures, à peine interprétables, entre les différents groupes. Ceux qui ont une formation plus élevée tendent à une interprétation biopsychosociale de la maladie. Chez Knaus (1993), par contre, les différences sont claires. Les personnes avec un haut niveau de formation considèrent les traitements psychothérapeutiques comme étant très efficaces, citent plus fréquemment les causes psychiques et apprécient l'efficacité des

soins de la médecine scolaire (médicaments pharmacologiques, injections) pour le traitement des troubles psychiques. Par contre, les personnes moins instruites à l'école évoquent plus fréquemment des causes fatalistes et non influençables pour expliquer la genèse des troubles psychiques et sont plus favorables aux médecines parallèles et surtout aux offres des guérisseurs spirituels (*Geistheiler*). D'après Zahno (1993), les personnes avec niveau d'études moyen ou supérieur rapportent d'avoir fait des expériences plus positives autant avec la médecine scolaire qu'avec les médecines alternatives.

Nous trouvons que ces attitudes des sujets suisses sont dans les grandes lignes superposables à celles des sujets congolais.

#### **4.10.4 Profil des sujets eu égard à la variable « confessions »**

La variable contient trois catégories : les *Catholiques*, les *Protestants* et les *Kimbanguistes*.

Les *Catholiques* connaissent des maladies pour lesquelles on doit préférer la médecine négro-africaine à la médecine euro-américaine, considèrent que la médecine traditionnelle africaine soigne mieux que la médecine euro-américaine les maladies d'origine surnaturelle, attribuent l'échec du *nganga* surtout à « son ignorance des maladies et des médicaments appropriés » ainsi qu'à « son infrastructure matérielle modeste ». Ils jugent sévèrement les *nganga* tout en reconnaissant leur valeur et en ayant confiance dans la perfectibilité de leur médecine.

Les *Protestants* connaissent encore mieux que les *Catholiques* les maladies pour lesquelles on doit préférer la médecine négro-africaine à la médecine euro-américaine. Par contre, ils n'ont pas d'arguments clairs pour expliquer pourquoi certaines maladies sont mieux soignées par la médecine négro-africaine que par la médecine euro-américaine. De même ils ne parviennent pas à se prononcer pour ou contre l'attribution de l'échec du *nganga* à son ignorance des maladies et des médicaments appropriés et à son infrastructure modeste.

Les *Kimbanguistes* connaissent moins que les sujets des deux autres groupes les maladies pour lesquelles on doit préférer la médecine du tradipraticien à celle du médecin. Mais avec plus de conviction que les

membres des autres groupes, ils soutiennent que la médecine négro-africaine soigne mieux que la médecine de l'hôpital lorsqu'il s'agit des maladies à causalité surnaturelle. Ils attribuent pourtant – plus que tous les autres – l'échec du tradipraticien à son ignorance des maladies et des médicaments ad hoc. Ces sujets se montrent donc à la fois favorables et critiques envers la médecine des tradipraticiens africains.

Selon les études suisses, il n'y a pas de différences notoires entre les Protestants et les Catholiques (Cadruvi, 1992 ; Knaus, 1993). C'est plutôt entre pratiquants et non pratiquants que l'on a observé quelques différences, notamment au sujet de l'efficacité de la prière et de l'influence des astres. Selon Knaus (1993), les non pratiquants ont choisi les soins des guérisseurs spirituels (*Geistheiler*) plus que les pratiquants. Ces derniers ont plutôt choisi la médecine scolaire.

#### **4.10.5 Profil eu égard à la variable « âge »**

La variable contient trois catégories : les *jeunes* (18-25 ans), les *moyens* (26-39 ans) et les « *vieux* » (40 ans et plus).

Les « *jeunes* » connaissent des maladies pour lesquelles on doit préférer la médecine autochtone à la médecine étrangère. Bien sûr, ils les connaissent en des proportions plus faibles que celles des deux autres catégories. Ils considèrent que cette médecine soigne les maladies à causalité surnaturelle mieux que ne le fait la médecine euro-américaine.

Les « *moyens* » connaissent évidemment des maladies pour lesquelles on doit préférer le *nganga* au médecin. Mais les arguments pour justifier cette préférence ne dessinent aucune ligne claire. (Toutes les réponses sont en dessous de 50%).

Les « *vieux* » connaissent - logiquement - plus que les *jeunes* et les *moyens* les maladies pour lesquelles on doit préférer la médecine autochtone à la médecine euro-américaine importée. Ce sont évidemment « les maladies à causalité mystique ou mystérieuse ». Ils considèrent que, pour ces maladies, les *nganga* sont meilleurs que les agents de la médecine euro-américaine. Étrangement, cette dernière considération réunit les plus jeunes et les plus âgés dans un même point de vue : les deux générations extrêmes sont nettement plus

favorables à la médecine traditionnelle africaine que la génération intermédiaire.

Dans la recherche suisse, Cadruvi (1992) remarque dans sa conclusion : De toutes les variables indépendantes considérées, seule la variable « âge » a montré des différences qui valent vraiment la peine. Les générations plus jeunes ont montré une plus grande préférence pour les médecines naturelles ou les thérapies spirituelles (Cadruvi, 1992, p. 92). Considérant plusieurs variables à la fois, Knaus (1993) écrit : Les personnes plus jeunes et celles moins instruites attribuent une plus grande efficacité aux méthodes alternatives du guérisseur spirituel. Les sujets plus âgés, les hommes et ceux avec niveau intellectuel moyen considèrent les causes des troubles comme n'étant pas influençables et perçoivent le contrôle comme étant plutôt externe.

Selon Zahno (1993), les sujets plus âgés (plus de 45 ans) ont déclaré avoir fait des expériences plus positives avec la médecine scolaire que les sujets plus jeunes. Ceux-ci ont eu des expériences positives avec les thérapies non universitaires et non médicales.

En résumé, on peut dire d'une certaine manière que l'attitude (inattendue) des jeunes suisses est comparable à l'attitude des jeunes congolais : tous sont plus favorables à la médecine non universitaire que les plus âgés (en tout cas plus que la génération intermédiaire). On peut donc induire que les médecines non universitaires ont de l'avenir.

#### **4.10.6 Profil eu égard à la variable « sexe »**

La dernière variable, la moins riche en résultats significatifs dans l'étude congolaise, est le *sexe*. Elle contient deux catégories : les *femmes* et les *hommes*. Elle n'a fourni qu'un seul résultat significatif du point de vue statistique. Selon ces résultats, les *femmes* attribuent une grande importance aux « forces occultes » (causes fatalistes) dans la genèse des maladies, tandis que les *hommes* hésitent.

En Suisse, Cadruvi (1992) et Knaus (1993) notent que les hommes ont évoqué plus fréquemment que les femmes les causes fatalistes pour expliquer la genèse des maladies. Hercek (1994), ne trouve aucune différence entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les

causes des maladies somatiques. Les différences se remarquent à propos des maladies psychiques : les femmes perçoivent leurs causes comme étant sous contrôle interne, tandis que les hommes les perçoivent comme étant sous contrôle externe.

Ces résultats montrent une grande différence d'attitude entre les Congolais et les Suisses.

#### **4.10.7 En résumé**

Voilà le profil des sujets congolais tel que nous pouvions le tracer à partir des questions que nous avons dépouillées, cette fois, en fonction de la nouvelle problématique et des nouvelles hypothèses que nous avons formulées. Il n'est pas exclu que d'autres recherches puissent arriver à un profil quelque peu différent dans les détails. Mais il est plus probable que ces recherches arrivent en grandes lignes aux mêmes conclusions que nous.

Dans tous les cas, il ressort que tous les sujets congolais sont en gros favorables à la médecine euro-américaine et à la médecine négro-africaine. Ils différencient les deux selon les maladies. Autrement dit, les deux médecines sont complémentaires à leurs yeux.

Par ailleurs tous se sont montrés encore concernés par la vision négro-africaine de l'homme et des maladies qui l'affectent. Étudier cette vision de l'homme et du monde n'est donc pas faire œuvre de « conservateur de musées ». C'est un service que l'on rend à l'homme négro-africain contemporain, qu'il soit citadin ou villageois, jeune ou vieux, « cultivé » (selon la conception moderniste et modernisante de la culture) ou pas. Et par de là l'homme négro-africain on rend service à l'homme tout court. Car nous sommes tous interconnectés, conformément à la vision africaine de l'univers<sup>216</sup>.

La comparaison avec les résultats suisses aura été utile et éclairante surtout en ce qui concerne l'attitude favorable aux médecines non universitaires et particulièrement aux traitements spirituels. Une

---

<sup>216</sup> En ce sens, nous sommes content d'avoir tenté cette approche interdisciplinaire de la vision africaine de l'univers et de l'homme en naviguant entre l'anthropologie/l'ethnologie et la psychologie.

attitude qui n'est pas différente de celle de la population africaine congolaise.

Nous invitons ainsi ceux qui, au nom de la « modernité » ou de la « rationalité scientifique », prêchent aux Africains de se détourner de leurs médecines traditionnelles pour ne pratiquer que les médecines euro-américaines, à méditer cette observation que Cadruvi (1992) fait au terme de son travail dans une Suisse disposant d'une médecine ultramoderne. « L'ouverture envers les méthodes alternatives de traitement est très grande : il s'est avéré que 76% des sujets choisissent une thérapie naturelle ou un traitement chez le guérisseur/la guérisseuse spirituel(le) dans au moins une des douze situations hypothétiques de décision » (Cadruvi, 1992, p. 102).

Cette situation n'est pas propre à la Suisse. Elle se rencontre dans tous les autres pays d'Europe. La Grande Bretagne reconnaît légalement depuis 1959 l'activité des guérisseurs et les intègre dans les services de soin. En Allemagne, il y a de plus en plus de voix qui s'élèvent pour réclamer la révision de la constitution trop restrictive en ce qui concerne l'exercice de la médecine. Personne ne pense un seul instant à considérer ces pays comme rétrogrades ! Pourquoi le choix favorable à la médecine traditionnelle de la part des Africains, qui disposent d'une médecine universitaire largement déficitaire, devrait-il être considéré comme rétrograde et incompatible avec la « modernité » ?<sup>217</sup>

#### **4.10.8 A propos de la validité interne de ces résultats**

Nous avons déjà souligné à plusieurs reprises – dans l'introduction générale, dans l'introduction à la partie empirique et finalement dans la discussion des résultats – les limites dans lesquelles ce travail doit être

---

<sup>217</sup> Van Quekelberghe (1997) s'est exprimé sur un thème semblable. Avec une grande hauteur d'esprit, il invite le chaman à adapter son savoir et ses techniques à l'évolution de la science et des esprits. Mais il conseille à ne pas tenter de le détourner de son chemin. Il écrit dans une formule lapidaire en conclusion à son article : « Die heutige Schamanin/ der heutige Schamane wäre m.E. schlecht beraten, sich von den schamanisch-planetarischen Visionen zu verabschieden und abseits der modernen Zivilisation auf das Ende derselben geduldig zu warten. Denn dadurch würde er oder sie, sich viele Möglichkeiten wegnehmen, auf das Haupthindernis des Schamanentums positiv und heilend Einfluss zu nehmen. » (van Quekelberghe, 1997, p. 12). S'il est bon et utile pour l'humanité que le chaman poursuive son chemin, il va de soi qu'il faut également cesser de décourager les gens (les patients) à recourir à ses prestations.



placé. Dans ce dernier point, nous aimerions discuter très brièvement des difficultés inhérentes à la recherche empirique sur les théories implicites ou subjectives et de la validité interne des résultats.

Au chapitre premier de cette thèse nous avons relevé que les théories subjectives travaillaient sur des données qui sont par définition subjectives. En relation avec ce fait, certains auteurs (entre autres Laucken, 1974 et Verres, 1986) ont exprimé leurs réserves sur la possibilité d'arriver à des résultats qui répondent aux critères scientifiques, notamment la consistance interne.

On sait que les théories implicites ne s'offusquent pas de laisser coexister des représentations logiquement contradictoires et que ces représentations changent facilement selon les circonstances. En outre, des représentations des maladies sont traversées par des connotations, des symboles, des métaphores et des défenses de perception. Les théories elles-mêmes ont un caractère assez procédural : elles se transforment continuellement au grès des besoins de la personne et selon les émotions (Cf. Verres, 1986). En plus, elles ne visent pas seulement l'acquisition des connaissances, mais également l'autoconfirmation du sujet dans ses idées.

Moscovici (1966) a répondu à cette critique avec un argument *ad hominem*, selon lequel les scientifiques partagent eux aussi la même condition mentale que Monsieur Toutlemonde. Mais cet argument ne résout pas le problème. Ces éléments constituent le talon d'Achille des théories implicites. Même si le scientifique partage en partie ces représentations, il est théoriquement plus exigeant et s'efforce de corriger ses autoconfirmations lorsqu'elles sont parvenues à s'infiltrer dans la recherche. Il reste théoriquement plus flexible que le savant naïf.

Nous croyons cependant que l'on peut faire confiance à nos résultats. Bien que nous n'ayons pas recouru à un échantillon sélectif et que notre questionnaire n'ait pas été pointilleux (nous sommes dans le cadre d'une étude pilote), nous avons veillé dans la mesure du possible à ce que les réponses soient aussi sincères et réelles que possibles. Et nous croyons avoir réussi.

Le fait que nous avons dû observer parfois des résultats entièrement opposés à nos attentes montre que nous n'avons pas essayé de manipuler inconsciemment les résultats dans le sens de nos prévisions (P. ex. l'attitude largement favorable à la médecine négro-africaine de la part des sujets culturellement plus orientés vers le monde euro-américain ou les contradictions du groupe religieux kimbanguiste). Ces résultats n'ont été possibles que parce que l'instrument utilisé présentait une consistance interne.

La grandeur de notre échantillon étant suffisante pour une étude psychosociale, nous sommes persuadés que les moyennes que nous avons obtenues sont une bonne pondération du facteur subjectif.

Un argument supplémentaire qui plaide pour le sérieux et l'objectivité relative de ces résultats - et donc un argument en faveur de la consistance interne - est la ressemblance entre les résultats congolais et les résultats suisses. Tous ont montré l'impact de la culture sur les sujets dans leur choix et leur appréciation des services des soins. Les théories implicites sur les causes des maladies et les moyens de les traiter - théories partagées informellement par tout le monde en tant qu'éléments culturels (représentations communes) - ont guidé le comportement des sujets congolais et suisses.

Toutefois averti par la sagesse négro-africaine, nous sommes obligé de rester modeste. Ayant affaire à la tradition orale, nous ne pouvons en aucun cas prétendre d'avoir tout entendu sur le sujet<sup>218</sup>. Les résultats que nous avons obtenus sont fonction des questions que nous avons choisies et de la manière dont ces questions ont été posées. Dann (1983) invite à la même sagesse, lorsqu'il avertit que les théories subjectives ne peuvent être reconstruites que partiellement et qu'elles restent partiellement implicites pour celui qui y recourt et par conséquent elles ne peuvent donc pas être entièrement reconstruites par le chercheur quelles que soient les techniques auxquelles il pourra recourir. En plus, la partie explicitée peut contenir des erreurs dans sa reformulation. Autrement dit, une théorie subjective reconstruite ne pourra jamais correspondre à 100 % à la théorie qui est à la base du

---

<sup>218</sup> Comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire, dans l'oralité, la révélation d'un contenu donné est toujours fonction des circonstances présentes en ce moment-là. Ce qui invite à beaucoup de prudence et de modestie de la part du chercheur.

comportement d'un sujet donné. C'est cela que nous montre ce schéma proposé par Dann (1983).

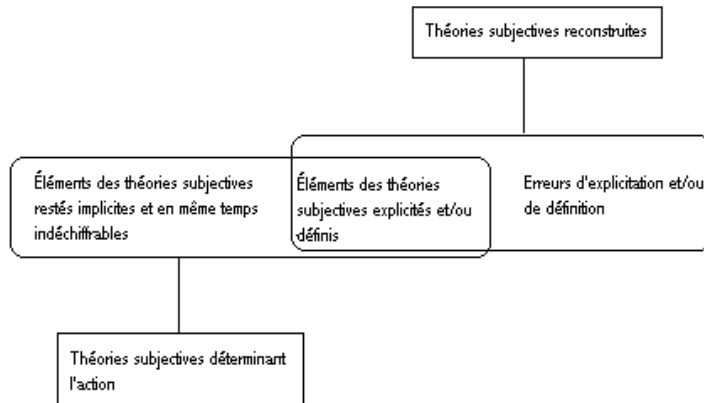


Fig. 9 : Relation supposée entre les théories subjectives qui dirigent de fait l'action et les théories subjectives reconstruites méthodiquement. (Dann, 1983, p. 88, cité par Zahno, 1993, p. 11)

A notre avis, la seule manière de palier à ces limitations est de multiplier les recherches dans ce domaine. Elles permettront ainsi de mieux cerner l'objet. Nous invitons ainsi le lecteur à ne pas perdre de vue ces remarques dans son appréciation des résultats que nous venons d'exposer. Nous l'invitons surtout à envisager de poursuivre cette recherche en abordant les aspects que nous avons simplement évoqués, mais que nous n'avons pas pu explorer ici.

## CONCLUSION

D'abord domaine réservé aux disciplines qui étudiaient les fonctionnements cognitifs des peuples non euro-américains - l'ethnologie et l'anthropologie culturelle -, les représentations mentales ou les savoirs quotidiens sont devenus aujourd'hui objet d'études de toutes les disciplines, depuis que la sociologie - dans le sillon de Durkheim - a découvert leur importance.

Ce travail sur les théories subjectives négro-africaines relatives aux traitements des maladies s'est voulu une réponse à l'invitation de Moscovici (1981/1996) à la psychologie à déplacer ses investigations et intérêts du plan individuel au plan collectif. Pour cet auteur, nos représentations communes déterminent la nature de nos comportements et de nos informations.

Notre travail s'est ainsi intéressé aux savoirs informels négro-africains sur l'homme et le monde dans lequel il vit et surtout aux savoirs sur les maladies qu'il appréhende tantôt comme signal sur son comportement - et invitation à le modifier -, tantôt comme menace contre son aspiration à jouir d'une vie pleine.

Nous avons vu que les experts de la santé ou mieux les experts de la vie pleine – les *nganga* – ont développé diverses stratégies et techniques pour aider *leurs frères et sœurs* à entretenir la santé (vie) ou à la restaurer lorsqu'elle a été perturbée (à soigner la maladie). Dans l'un et l'autre cas, il s'agit toujours de restaurer à la fois l'harmonie entre l'être humain et son environnement écologique, social et spirituel. La clé de voûte de toute leur construction thérapeutique est que tout est interconnecté, tout peut influencer tout, chaque être est un maillon (vital) dans la longue chaîne de la vie ou du flux vital qui part de Dieu - le Vivant primordial -, atteint l'être le plus minuscule (photon ?) et rejoint son point de départ. Chaque être est parent (frère/sœur, *Geschwister*) de chacun : on est au sein de la fraternité universelle (universale *Geschwisterlichkeit*, *generalisiertes bonding* (van Quekelberghe, 1996)).

Nous avons passé ce savoir informel au creuset de la psychothérapie scientifique<sup>219</sup>. Il s'en est sorti victorieux. Il n'a rien à envier au savoir scientifique. Il procède avec méthode. Il a des procédures diagnostiques et des techniques de traitement valables et comparables aux procédures et aux techniques de certaines psychothérapies scientifiques. Bien plus il a des techniques que la psychothérapie scientifique ignore encore,

---

<sup>219</sup> Nous nous excusons auprès de tous ceux qui auraient préféré que nous développions les savoirs psycho-médicaux négro-africains en eux-mêmes, sans référence aux théories euro-américaines. C'est en ce sens que nous poursuivrons nos recherches futures. Mais à cette étape de la recherche, nous avons jugé utile de procéder de manière comparative. Nous espérons de la sorte gagner à notre cause ceux qui ne pensent qu'en des catégories euro-américaines et qui auraient des résistances à l'endroit de la médecine négro-africaine.

notamment le « voyage chamanique » qui permet l'accès à la communication-communion avec le tout, l'entrée dans l'instant l'universel.

On reproche au savoir intuitif de ne pas se soucier de procéder avec autant de rigueur que l'exigent les critères en vigueur dans le champ scientifique, d'être dogmatique et donc d'éviter de se soumettre à la critique des semblables. Mais comme nous l'avons fait remarquer, il s'agit ici de degré (*moins* de rigueur que ...) et non de nature (*absence* de rigueur). Quant au dogmatisme, il est relatif. Les savoirs quotidiens ont leur manière de se montrer perfectible.

Sur le plan médical, sa technologie est de loin moins sophistiquée que celle de la médecine euro-américaine qu'on appelle aussi justement *médecine technologique*. Elle recourt parfois à une nosologie et même à des techniques symboliques qui font sourire ses détracteurs non avertis. Nous avons vu qu'on l'appelle aussi avec raison : *médecine* ou *thérapie symbolique* (Moerman, 1976 ; Dow, 1986 ; van Quekelberghe, 1996). Nous, nous savons, toutefois, que le recours aux symboles s'avère parfois d'une efficacité thérapeutique incontestable et redoutable.

Voilà ce que nous avons pu découvrir, entre autres, dans la partie théorique.

La partie empirique s'est attelée à contrôler sur le terrain si les théories subjectives de « Monsieur Toutlemonde congolais » étaient compatibles avec celles que nous avons développées dans la partie théorique et si elles influençaient la prise de décision des sujets congolais de recourir aux soins ainsi que leur appréciation des traitements.

Nous avons pu établir que les choix des patients et l'appréciation des services des soins ont été guidés par *leurs théories subjectives* sur les causes des maladies et les moyens de les traiter. La comparaison de nos résultats à ceux de nos collègues suisses a révélé que ceux-ci étaient parvenus eux aussi à la même conclusion au sujet de la population suisse.

La médecine négro-africaine est appréciée par la population en fonction de ses compétences et de sa spécificité. Chaque individu a répondu pour son compte. Le traitement statistique nous a permis d'établir les

moyennes des réponses. Nous avons trouvé que ces réponses individuelles ont un substrat commun : le corpus culturel que les gens ordinaires partagent tous avec leurs experts, les *nganga*.

La *résidence*, les *professions* et les *études* se sont montrées comme des variables plus discriminantes que la *religion*, l'*âge* et le *sexe*. Mais toutes ont été informatives. Dans les études suisses, ce sont principalement les variables *âge* et *religion* (selon la perspective « *pratiquants vs. non pratiquants* ») et la variable *sexe* (Hercek, 1994) qui se sont montrées plus discriminantes.

Comme il existe encore très peu d'études cliniques sur les savoirs quotidiens africains, nous encourageons beaucoup, d'une part, les études qui analyseraient des techniques précises utilisées par les *nganga* et, d'autre part, des études plus herméneutiques des théories subjectives des utilisateurs des services des soins. Cela permettra de compléter l'actuelle étude, qui, d'ailleurs, nous a révélé que les premières réponses fournies par les sujets ne résument pas nécessairement tout le contenu de leur pensée sur un thème donné. La recherche a encore du pain sur la planche !

## BIBLIOGRAPHIE

- “Afrika. Das andere Gesicht des ärmsten Kontinents“. *Greenpeace Magazin*, 4 (2002).
- “Le triomphe des médecines parallèles“. *Terre sauvage*, 111 (1996), p. 16.
- ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P. & TEASDALE, J.D. (1978). „Learned helplessness in humans: Critique and reformulation“. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 47-74.
- ADEMUWAGUN, Z. A., AYOADE, J. A., HARRISSON, I. E., WARREN, D. M. (1979). *African Therapeutic Systems*. Massachusetts: Cross Roads Press.
- ADLER, A. & ZEMPLIEN, A. (1972). *Le bâton de l'aveugle : Divination, maladie et pouvoir chez les Moundang du Tchad*. Paris : Hermann.
- ADOTEVI, (1972). *Négritude et Négrologue*. Paris : 10/18.
- AGBAKOB, J.C.A. (1998). «Towards Philosophy of Technology and Development for Africa», (pp. 217-240). In OBI OGGUEJIOFOR, J. (Ed.). *Africa. Philosophy and public Affairs*. Enugu : Delta.
- AHRENS, S. & ELSNER, H. (1982). „Empirische Untersuchungen zum Krankheitskonzept neurotischer, psychosomatischer und somatisch kranker Patienten“. *Medizinische Psychologie*, 7, 95-109.
- ALEXANDRE, P. (1968). « Sorcellerie ». In BALANDIER, G. MAQUET, J et al., *Dictionnaire des civilisations africaines*. Paris : F. Hazan.
- ANGERMEYER, M.C. (1991). „Zuviel Stress!“ – „Vorstellungen von Patienten mit funktionellen Psychosen über die Ursachen ihrer Krankheit“. In FLICK, U. (Hrsg.). *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentation (S. 116-126)*. Heidelberg : Asanger.
- ASSAL, J.-Ph., (1999). „Pouvoir de la médecine face à la maladie aiguë et à la maladie chronique“. Conférence au Colloque : *Médecine(s) et Pouvoir(s)*. Organisé par la Commission Interdisciplinaire d'Anthropologie Médicale (CIAM/KME) à Lausanne du 5 au 6 février 1999.
- AUGE, M. & HERZLICH, CL. (Ed.), (1991). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris : Editions des Archives Contemporaines. (3è édition).
- AUGE, M. (1991). “Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'événement”, (pp. 35-91). In AUGÉ, M. & HERZLICH, CL. (Ed.). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris : Editions des Archives Contemporaines. (3è éd.).
- BALANDIER, G. & MAQUET, J. (éd.). (1968). *Dictionnaire des civilisations africaines*. Paris : Fernand Hazan, Éditeur.
- BASTIDE, R. (1977). “Préface” à : Devereux, G. (1977). *Essais d'ethnopsychiatrie générale* (pp. VII-XIX). Paris : Gallimard, (3è éd.)

- BATESON, G. (1977). *Vers une écologie de l'esprit, t. 1*. Paris : Seuil.
- BATESON, G. (1980). *Vers une écologie de l'esprit, t. 2*. Paris : Seuil.
- BATESON, G. (1984). *La nature et la pensée*. Paris : Seuil.
- BAUMAN, B. (1961). „Diversities in conceptions of health and physical fitness”. *Journal of Health and Human Behavior*, 2, 39-46.
- BAUMANN & PERREZ, (Hrsg.), (1990). *Klinische Psychologie. Bd. I : Grundlagen, Diagnostik, Ätiologie*. Bern-Stuttgart-Toronto : Verlag H. Huber.
- BENGEL, J. & BELZ-MERK, M. (1997). „Subjektive Gesundheitsvorstellungen“ (pp. 23-41). In Schwarzer, R. (Ed.). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- BENOIST, (1993). *Anthropologie médicale et société créole*. Paris : PUF.
- BENOIT, J.-C. & MALAREWICZ, J.-A. (Eds.). (1988). *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*. Paris: E.S. F.
- BEN-TOVIM, D. J. (1987). *Development Psychiatry; Mental health and primary health care in Botswana*. London: Tavistock.
- BERLAND, J. (1982). *No five fingers are alike. Cognitive amplifiers in social context*. Cambridge: Harvard University Press.
- BERRY, J. (1975). An ecological approach to cross-cultural psychology. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 30, 51-84.
- BERRY, J.W. (1993). “Indigenous cognition: a conceptual analysis and an empirical example” (pp. 139-158). In Wassmann, J. & Dasen, P.R. (Hrsg.). *Alltagswissen: der kognitive Ansatz im interdisziplinären Dialog. Les savoirs quotidiens. Everyday cognitions*. Freiburg (Schweiz) : Presse Universitaire.
- BERTEAUX, D. (1981). (Ed.). *Biography and society*. Beverly Hills, CA: Sage.
- BIBEAU, CORIN, BUGAZA et al, (1980). *Traditional medicine in Zaire. Present and potential contribution to the health service*. Ottawa: IDRC.
- BIMWENYI, O. (1968). "Le muntu à la lumière de ses croyances en l'au-delà". *Cahiers des Religions Africaines. (C.R.A.)*, 3, 73-94.
- BIMWENYI, O. (1970). “Le Dieu de nos ancêtres”. *Cahiers des Religions Africaines*, IV, 8, pp. 137-151.
- BIMWENYI, O. (1971). “Le Dieu de nos ancêtres”. *Cahiers des Religions Africaines*, IV, 9, pp. 59-112.
- BIMWENYI-KWESHI, O. (1979). “Avènement dans l'événement. Trébuchement du muntu vers l'improbable”. *Bulletin de Théologie Africaine*, 1, 105-111.
- BIMWENYI-KWESHI, O. (1981). *Discours théologique négro-africain. Problème des fondements*. Paris : Présence Africaine.
- BISCHOFF, C. & ZENZ, H. (1989). *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. Bern: Huber.



- BONVIN, J. (1982). Techniques d'approche anthropologique au moyen de proverbes en Afrique Centrale. In *Feldforschung. Enquête sur le terrain* (pp. 59-64). Freiburg: Universitätsverlag Freiburg Schweiz.
- BOUGHALI, M. (1988). *Sociologie des maladies mentales au Maroc*. Casablanca : Afrique Orient. (Cité par M. Singleton, 1998, p. 8).
- BOULANGER, A. (1985). *Société et Religion des Zela, (Zaïre)*. Bandundu : CEEBA.
- BOURDIEU, P. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Genève : Librairie Droz.
- BOURDIEU, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris : Ed. de Minuit.
- BOURDILLON, M. F. C. (1982). "Pluralism and problems of belief". *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 54, 1, 21-42.
- BOURGUIGNON, E. (1989). "Competition and complementarity in the utilization of health resources in Africa" (pp. 107-115). In PELTZER, K. & EBIGBO, P. O. (Eds.) *Clinical Psychology in Africa South of Sahara, the Caribbean and Afro-Latin America*. Enugu (Nigeria): Chuka Printing Co.
- BROSE, H.-G. & HILDENBRAND, B. (1988). *Vom Ende des Individuums zur Individualität ohne Ende*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- BRUNER, J. (1991). ... *Car la culture donne forme à l'esprit. De la révolution cognitive à la psychologie culturelle*. Paris : Eschel.
- BRUNER, J.S. & TAGIURI, R. (1954). "The perception of people". In Lindzey, G. (Ed.). *Handbook of social psychology* (Vol. 2). Cambridge, Mass. : Addison-Wesley.
- BUAKASA, T.K.M., «Une science en question : l'anthropologie». *Cahiers économiques et sociaux* (Kinshasa). XV, 4, 445-464.
- BUJO, B. (1984). "Verantwortung und Solidarität. Christliche Ethik in Afrika". *Stimmen der Zeit*, 202, 795-804.
- BUJO, B. (1987). "La morale peut-elle être chrétienne en Afrique?" (pp. 75-106). In *Ethique chrétienne et sociétés africaines*. Kinshasa : F.T.C.K. (Trad. anglaise, 1988 : "Can Morality be Christian in Africa ?" *African Christian Studies*, 4, 5-39).
- BUJO, B. (1992). "La compréhension du droit dans le contexte traditionnel négro-africain". *La politique et le Droit. Cahiers de philosophie politique et juridique*, 21, 203-212.
- BUJO, B. (1993). *Die ethische Dimension der Gemeinschaft. Das afrikanische Modell im Nord-Süd-Dialog*. Freiburg-Wien: Universitätsverlag / Herder.
- BUJO, B. (1996). "Jésus-Christ, proto-ancêtre". Une communication devant les étudiants zaïrois de l'Université de Fribourg.
- BUNGE, M. (1991). "A skeptic's beliefs and disbeliefs", Vol.9(2), pp. 131-149.

- CADRUVI, L. (1992). *Subjektive Theorien zur Entstehung und Behandlung somatischer Krankheiten und ihre Bedeutung für die Wahl alternativer Behandlungsmethoden*. Lizentiatsarbeit. Universität Freiburg (CH).
- CALNAN, M. (1987). *Health and illness – The lay perspective*. London: Tavistock.
- CAZENEUVE, J. (1994). « Lévy-Bruhl ». In *Encyclopaedia universalis*, Vol. 13, pp. 668-669).
- CHAMOUX, M.N. (1981). « Les savoirs-faire techniques et leur appropriation : le cas des Nahuas du Mexique ». *L'homme*, 21 (3), pp. 71-94.
- CODOL, J.P. & LEYENS, J.P. (1982). *Cognitive approaches to social behavior*. La Haye : Nijhoff.
- COLLOMB, H. & COLLIGNON, R. (1974). "Suicidal behaviors". *Africa*, 10, 55-113.
- COLLOMB, H. (1965). "Bouffées délirantes en psychiatrie africaine". *Psychopathologie Africaine*, 1, 167-239.
- COPET-ROUGIER, E. (1994). „Anthropologie“. In *Encyclopaedia Universalis*, Vol 2, pp. 519-526.
- COPPO, P. (1983). Médecine et psychiatrie traditionnelle en Afrique. In *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé* (pp. 33-36). Genève: OMS.
- CORIN, E. (1979). « Possession et guérison : le cas du zebola », (pp. 37-60). In *Médecine traditionnelle au Zaïre*. Kinshasa : Presses de l'I.R.S. (*Revue de Recherche Scientifique*, N° spécial).
- CORIN, E. (1982). « La transformation des codes religieux dans les groupes thérapeutiques de possession au Zaïre ». *Cahiers de Recherches en Sciences de la Religion*, 4, 137-162.
- D'HOUTAUD, A. (1978). « L'image de la santé dans une population lorraine : Approche psychosociale des représentations de la santé ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 26, 299-320.
- DANN, H.D. (1983). „Subjektive Theorien: Irrweg oder Forschungsprogramm? Zwischenbilanz eines kognitiven Konstrukts“, (pp. 77-92). In Montada, L, Reusser, K. & Steiner, G. *Kognition und Handeln*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- DASEN, P.R. & BOSSEL-LAGOS, M. (1989). „L'étude interculturelle des savoirs quotidiens : revue de la littérature“, (pp. 98-114). In Retschitzky, J. Bossel-Lagos, M & Dasen, P.R. (Eds.) *La Recherche interculturelle*. Tome 2. Paris : L'Harmattan.
- DASEN, P.R. (1993). « Schlusswort. Les sciences cognitives : Do they shake hands in the middle ? », (pp. 331-349). In Wassmann, J. & Dasen, P.R. (Hrsg.). *Alltagswissen: der kognitive Ansatz im interdisziplinären Dialog. Les savoirs quotidiens. Everyday cognitions*. Freiburg (Schweiz) : Presse Universitaire.

- DASEN, P.R. (1993b). „L’ethnocentrisme de la psychologie“ (pp. 155-174). In REY-VON ALLMEN, M.. *Psychologie clinique et interrogations interculturelles. Le psychologue, le psychothérapeute face aux enfants, aux jeunes et aux familles de culture différente*. Paris : L’Harmattan/C.I.E.M.I.
- De ROSA, A. S. (1987). « The social representation of mental illness in children and adults” (pp. 47-137). In W. Doise & Moscovici (Eds.). *Current issues in European Social Psychology*. Cambridge: University Press.
- DESCAMPS, M.A. (1992). *Corps et psyché. Histoire des psychothérapies par le corps*. Paris : Epi. Hommes et perspectives.
- DIALLO, T. (1997). “Afrika und Europa: Menschenbilder und Entwicklungsvisionen”. Exposé au Colloque *Afrika ist nicht das Problem, Afrika ist die Lösung*. (27-28 Juin 1997). Katholische Akademie der Erzdiözese Freiburg (i. Br.).
- DIASIO, N. (1990). “Malades ailleurs : maladie et rite de passage dans un dispensaire pour immigrés à Rome” (pp. 353-360). In LABAT, C. & VERMES, G. *Cultures ouvertes. Sociétés interculturelles. Du contact à l’interaction*. Paris : L’Harmattan.
- DIDILLON, H. & OLANDZOBO, F. (1989). “Culture and pain: The problem of pelvic pain in the african tradition”, (pp. 253-257). In PELTZER, K. & EBIGBO, P. O. (Eds.) *Clinical Psychology in Africa...*
- DJOMO, (1988). *La dynamique de la personnalité dans la religion et la culture Tetela*. Kinshasa : CERA.
- DONEUX, J. L. (1965). “Peut-on passer de la structure du langage à une compréhension des structures psychiques et sociales ?” *Psychopathologie Africaine*, I, 2, 268-285.
- DOUVILLE, O. (1994). “Corps et pratiques de soin : Anthropologie des techniques thérapeutiques“ (pp. 372-382). In LABAT, C. & VERMES, G. *Cultures ouvertes, Sociétés interculturelles. Du contact à l’interaction*. Paris : L’Harmattan.
- DOW, J. (1986). «Universal aspects of symbolic healing: A theoretical synthesis». *American Anthropologist*, 88, 57-69.
- DUMESTRE, G. (1996). *Paroles d’Afrique*. Textes recueillis par Gérard Dumestre. Paris : Albin Michel.
- DUNGIA, B. E. (1992). *Mobutu et l’argent du Zaïre. Les révélations d’un diplomate ex-agent des Services Secrets*. Paris : L’Harmattan.
- DUSS-VON WERDT, J. (1991). *Familientherapie und Systemtherapie*. Cours de psychologie clinique à l’Institut de psychologie, Uni. Fribourg.

- EBIGBO, P. O. (1989a). "The mind, the body, and society: an african perspective" (pp. 89-102). In PELTZER, K & EBIGBO, P. O. (Eds.) *Clinical Psychology in Africa....* Enugu (Nigeria): Chuka Printing Co.
- EBIGBO, P. O. (1989b). "Participatory observation of the healing methods of a Nigerian prayer house" (pp. 485-489). In PELTZER, K & EBIGBO, P. O. (Eds.) *Clinical Psychology in Africa....* Enugu (Nigeria): Chuka Printing Co.
- EBIGBO, P. O. (1989c). "The practice of Family therapy in the University of Nigeria teaching hospital, Enugu". (pp. 551-574). In PELTZER, K & EBIGBO, P. O. (Eds.) *Clinical Psychology in Africa....* Enugu (Nigeria): Chuka Printing Co.
- EBIGBO, P. O. (1989d). "The role of hypnosis and relaxation therapies in the management of the mentally ill" (pp. 620-647). In PELTZER, K. & EBIGBO, P. O. (Eds.) *Clinical Psychology in Africa...*
- EBIGBO, P. O. (1989e). "Psychosocial aspects of child abuse and neglect in Africa" (pp. 401-424). In PELTZER, K. & EBIGBO, P. O. (Eds.) *Clinical Psychology in Africa...*
- EBIGBO, P. O. (1994). "Illness and disease in the african context". Conférence tenue au Vè Congrès International de l'ARIC. Saarbrücken, 26-30/9/1994.
- EIGNER, D. (1998). *Ritual, Drama, Imagination : Schamanische Therapien in Zentral-Nepal. Eine Ethnopsychologische Studie. (Habilitationsschrift). Wien : Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.*
- ELLENBERGER, H. (1980). "Maladie créatrice" (pp. 698-701). In SILLAMY, N., (éd.) *Dictionnaire encyclopédique de psychologie, t. 2.* Paris: Bordas.
- ELLGRING, H. (1990). "Sozialpsychologie: Aetiologie/Bedingungsanalyse" (pp. 308-324). In BAUMANN & PERREZ (Hrsg.). *Klinische Psychologie. Bd. I : Grundlagen, Diagnostik, Ätiologie.* Bern-Stuttgart-Toronto : Verlag H. Huber.
- EPSTEIN, (1987). "Hebraic medicine advances". *Institute for Advancement of Health.* Vol 4 (1), 56-66.
- EVANS-PRITCHARD (1937). *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande.*
- EZEMBE, F. (1997). "Les thérapies africaines revisitées". *Le Journal des Psychologues*, 147, 46-48.
- FAINZANG, S. (1989). *Pour une anthropologie de la maladie en France: un regard africaniste.* Paris : Ed. de l'Ecole des hautes études en sciences sociales. (Cahiers de l'homme : ethnologie, géographie, linguistique).
- FILIPP, S.-H. & AYMANNS, P. (1997). "Subjektive Krankheitstheorien" (pp. 3-21). In Schwarzer, R. (Ed.). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch.* Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- FLICK, U. (1991). (Hrsg.). *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen.* Heidelberg: Ansager.

- FOSTER, G. M. (1983). "Introduction à l'Ethnomédecine". In *O.M.S., Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé* (pp. 17-24). Genève.
- FOURCHE & MORLIGHEM (1973). *Une bible noire*. Bruxelles: Max Arnold.
- FRIEDLI, R. (1992). "Okzidentale und afrikanische Therapien psychosomatischer Erkrankungen im Vergleich" (pp. 67-75). In ASSMANN, J. & SUNDERMEIER, TH. (Hrsg.). *Studien zum Verstehen fremder Religionen. Bd. 5: Den Fremden wahrnehmen*. Güterslocher Verlagshaus.
- FRIEDLI, R. (1995).
- FUCHS, HAHN, JERUSALEM, LEPPIN, MITTAG & SCHWARZER (1989). *Auf dem Weg zu einer sozialkognitiven Theorie des Gesundheitsverhaltens*. Arbeitsberichte des Instituts für Psychologie, Nr. 11. Berlin: Freie Universität Berlin.
- FUCHS, R. HAHN, A. JERUSALEM, M. LEPPIN, A. MITTAG, W. & SCHWARZER, R. (1989). *Auf dem Weg zu einer sozialkognitiven Theorie des Gesundheitsverhaltens*. Arbeitsberichte des Instituts für Psychologie, Nr. 11. Berlin: Freie Universität Berlin.
- FUCHS, W. (1984). *Biographische Forschung. Eine Einführung in Praxis und Methoden*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- GARETTA, R. (1998). «Ces plantes qui purifient. De l'herboristerie à l'aromathérapie», (pp. 77-88). In *Terrain, Un corps pur*. Paris : Ed. du Patrimoine.
- GERGEN, K. & GERGEN, M. (1981). *Social Psychology*. New York: Harcourt Brace.
- GESCHIERE, P. (1995). *Sorcellerie et politique en Afrique. La viande des autres*. Paris : Karthala.
- GHIGLIONE, R. & MATALON, B. (1980). *Les enquêtes sociologiques*. Paris : A. Colin.
- GHIGLIONE, R., BEAUVAIS, J.-P., CHABROL, CL., TROGNON, A. (1980). *Manuel d'analyse de contenu*. Paris : A. Colin.
- GIOVANNINI, D. et alii. (1986). *Psychologie de la santé*. Bruxelles : Mardaga.
- GOLLNHOFFER, O. & SILLANS, R. (1974). "Phenomenology of possession among the Mitsogho: psychosocial aspects". *Psychopathologie Africaine*, 10, 187-209.
- GREENFIELD, P.M. & LAVE, J. (1979). "Aspects cognitifs de l'éducation non scolaire". *Recherche, Pédagogie et Culture*, 8 (44), pp. 16-35.
- GREENFIELD, P.M. (1984). "A theory of the teacher in the learning activities of everyday life", (pp. 117-138). In Rogoff, B. & Lave, J. (Eds.). *Everyday Cognition*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

- GROEBEN, N. & SCHEELE, B. (1977). *Argumente für eine Psychologie des reflexiven Subjekts. Paradigmenwechsel vom behavioralen zum epistemologischen Menschenbild*. Darmstadt: Steinkopff.
- GROEBEN, N. & SCHEELE, B. (1982a). Grundlagenprobleme eines Forschungsprogramms „Subjektive Theorien“: Zum Stand der Diskussion. In Dann, H.-D., Humpert, W., Krause, F. & Tennstädt, K.-C. *Analyse und Modifikation Subjektiver Theorien von Lehrern*. (Forschungsbereiche 43). Universität Konstanz.
- GROEBEN, N. & SCHEELE, B. (1982b). „Einige Sprachregelungsvorschläge für die Erforschung subjektiver Theorien“ (pp. 13-39). In Dann, H.-D., Humpert, W., Krause, F. & Tennstädt, K.-C. *Analyse und Modifikation Subjektiver Theorien von Lehrern*. (Forschungsbereiche 43). Universität Konstanz.
- GROEBEN, N., Wahl, D., Schlee, J. & SCHEELE, B. (1988). Forschungsprogramm Subjektive Theorien – Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts. Tübingen: Francke Verlag.
- GUITTON, C. (1988). “Connotation positive” (p. 78). In BENOIT & MALEREWICZ (Eds.). *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*. Paris: E.S.F.
- GUNTERN, G. (1984). «Das Konzept der Person in der Systemtherapie» (S. 301-326). *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*.
- HALEY, J. (1979). *Nouvelles stratégies en thérapie familiale*. Paris : Delarge.
- HALEY, J. (1987<sup>2</sup>). *Tacticiens du pouvoir : Jesus-Christ, le psychanalyste, le schizophrène et quelques autres*. Paris: ESF.
- HANC, C & al. “Psychotic masked depression or black mask for depression”. *Acta psychiatrica belgica*, 76, 26-45.
- HASENBRING, M. (1990). „Zum Stellenwert subjektiver Theorien im Copingkonzept“, (pp. 78-87). In MUTHNY (Hrsg.). *Krankheitsverarbeitung*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer-Verlag.
- HATANO, G. (1982). “Cognitive consequences of practice in culture specific procedural skills”. *Quarterly Newsletter of the laboratory of comparative human cognition*, 4 (1), 15-18.
- HEBGA, M. (1979). *Sorcellerie. Chimère dangereuse... ?* Abidjan : INADES.
- HEIDER, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Willey.
- HEIREMAN, M. (1989). *Du côté de chez soi. La thérapie contextuelle d'Ivan Boszormenyi-Nagy*. Paris : E.S.F.
- HERCEK, V. (1994). *Geschlechtstypische Unterschiede in der heutigen Gesellschaft und ihr Einfluss auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten*. Lizentiatsarbeit. Universität Freiburg (CH).

- HERZLICH, C. (1969). *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris: Mouton.
- HERZLICH, C. (1973). *Health and illness. A social psychological analysis*. London : Academic Press.
- HEUSCH, L. (de) (1971). *Pourquoi l'épouser ? et autres essais*. Paris : Gallimard.
- HIERNAUX, J. (1987). "Réflexions sur l'évolution récente de l'idéologie occidentale de la santé" (pp. 27-34). In RETTEL-LAURENTIN, A. *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*. Paris: L'Harmattan.
- HOFFMANN, K. (1992). *Psychiatrie in Afrika. Eine Einführung für Entwicklungshelfer*. Frankfurt-Bern-N.Y.-Paris: Peter Lang.
- HOFSTEDE, G. (1980). *Culture consequences: international differences in work related values*. Beverly Hills: Sage.
- HOLENSTEIN, E. (1993). « Menschliche Vorstellungen und maschinelle Repräsentationen », (pp. 277-294). In Wassmann, J. & Dasen, P.R. (Hrsg.). *Alltagswissen: der kognitive Ansatz im interdisziplinären Dialog. Les savoirs quotidiens. Everyday cognitions*. Freiburg (Schweiz) : Presse Universitaire.
- HORTON, R. (1967). African Traditional Thought and Western Science. *Africa*, XXXVII, 1, 50-71 et 2, 155-187.
- HUBER, H. (Hrsg.). (1982). *Feldforschung. Enquête sur le terrain*. Freiburg: Universitätsverlag Freiburg Schweiz.
- IANNACCONE, A. & PERRET-CLERMONT, A.-N. (1993): "Qu'est ce qui s'apprend? Qu'est-ce qui se développe ? » (pp. 235-258). In Wassmann, J. & Dasen, P.R. (Hrsg.). *Alltagswissen: der kognitive Ansatz im interdisziplinären Dialog. Les savoirs quotidiens. Everyday cognitions*. Freiburg (Schweiz) : Presse Universitaire.
- IGODT, P. «Thérapie familiale contextuelle», (pp.519-521). In BENOIT, J.-C. & MALAREWICZ, J.-A. (Eds.). *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*. Paris : E.S.F.
- IHEZUE, U. H. (1989a). "Influence of sociocultural factors on symptoms of depressive illness" (pp. 217-223). In PELTZER, K. & EBIGBO, P. O. (Eds.) *Clinical Psychology in Africa...*
- IHEZUE, U. H. (1989b). "Organic psychotic disorders" (pp. 324-328). IN PELTZER, K. & EBIGBO, P. O. (Eds.) *Clinical Psychology in Africa ...*
- ISRAEL, L. (1994). "Médecine: Relation malade-médecin" (pp. 807-811). In *Encyclopaedia Universalis*. Paris: Encycl. Univ. Ed.
- JAFFELIN, J. (1993). *Pour une théorie de l'information générale. Tractatus logico-ecologicus*. Paris: ESF éditeur.

- JAHODA, G. (1982). *Psychology and Anthropology : A Psychological Perspective*. London : Academic Press.
- JAHODA, G. (1993). "Themes in the history of culture and cognition", (pp. 19-41). In Wassmann, J. & Dasen, P.R. (Hrsg.). *Alltagswissen: der kognitive Ansatz im interdisziplinären Dialog. Les savoirs quotidiens. Everyday cognitions*. Freiburg (Schweiz) : Presse Universitaire.
- JILEK-AALL, J. & JILEK, W. G. (1989). "Epilepsy and its psychosocial implications in Africa" (pp. 353-364). In PELTZER, K. & EBIGBO, P. O. (Eds.). *Clinical Psychology in Africa ...*
- JODELET, D. (1989). *Folie et représentations sociales*. Paris : P.U.F.
- JODELET, D. (1991). « Soziale Repräsentationen psychischer Krankheiten in einem ländlichen Milieu in Frankreich », (pp. 269-292). In FLICK, U. (Hrsg.). *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit*. Heidelberg: Ansager.
- KABASELE, F. L. (1989). „Christus als Ahne und Ältester“ (pp. 73-86). In BERTSCH, L. (Hrsg.), *Der schwarze Christus. Wege afrikanischer Theologie*. (Theologie der dritten Welt Bd. 14), Freiburg i.B.
- KABONGO, E. (Mgr) & BILOLO, M. (1994). *Conception bantu de l'autorité. Suivie de Baluba : Bumfumu ne bulongolodi*. Munich-Kinshasa : Publications Universitaires Africaines. (Académie de la Pensée Africaine. Section VI : Sciences Sociales et Politiques).
- KALAMBAYI-NSUMBU, L. (1995). *La perception des structures de santé et leur utilisation dans la zone de santé rurale de Ndekesha (Zaire)*. Mém. de diplôme de recherche en développement. Genève : Institut universitaire d'études de développement.
- KAMMER, D., BORN, K. & KLOSE, N. (1990). „Ursachen und Möglichkeiten der Beendigung von Depressionen aus de Sicht von Betroffenen“. In HÖFFLING & BUTOLLO (Hrsg.). *Psychologie für Menschenwürde und Lebensqualität* (S. 287-294). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- KATZ & WEXLER, (1989). "Healing and transformation: lessons from indigenous people (Botswana) (pp.19-43). In PELTZER, K. & EBIGBO, P. O. (Eds.) *Clinical Psychology in Africa ...*
- KELLY, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs* (Vol. 1 et 2). New York: Norton.
- KIEV, A. (1989). "Some psycho-therapeutic factors in traditional forms of healing" (pp. 437-444). In PELTZER, K. & EBIGBO, P. O. (Eds.) *Clinical Psychology in Africa...*



- KI-ZERBO, J. (1980). «De l'Afrique ustensile à l'Afrique partenaire», (pp. 42-55). In *Les dépendances de l'Afrique et les moyens d'y remédier*. Paris : Berger-Lavault.
- KLEINMAN, A., EISENBERG, L. & GOOD, B. (1978). "Culture, Illness, and care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research". *Annals of Internal Medicine*, 88 (2), 251-258.
- KNAUS, A. (1993). *Subjektive Theorien zur Ursache und Behandlung von psychischen Störungen und ihre Bedeutung für die Behandlerwahl*. Lizentiatsarbeit. Universität Freiburg (CH).
- KRAFT, C.H. (1995). *Frei von dunklen Schatten. Grundlagen für den Befreiungsdienst in der Seelsorge*. Buchs : Koinonia Verlag.
- KRUGLANSKI, A.W. (1980). "Lay epistemologic process and contents". *Psychological Review*, 87, 70-87.
- LAPLANTINE, F. (1982). "La Maladie, la guérison et le sacré : Médecines populaires et savantes de la France contemporaine". *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 54, 1, 63-76.
- LAPLANTINE, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot.
- LAUCKEN, U. (1974). *Naive Verhaltenstheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- LE BRETON, D. (1989). « Les représentations du corps : réflexions épistémologiques », (pp. 423-432). In *Socialisations et cultures*. Actes du 1<sup>er</sup> Colloque de l'ARIC. Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.
- LEBIGOT & MONGEAU, (1982). "L'Afrique a des secrets. Questions sur la place de l'ethnographie dans la pratique psychiatrique en Afrique". *Psychopathologie africaine*, XVIII (1), 5-58.
- LEHMANN, J. P. (1972). "Le vécu corporel et ses interprétations en pathologie africaine. A propos des inhibitions intellectuelles en milieu scolaire". *Revue de médecine psychosomatique*, 14 (1), 43-67.
- LEYENS J.-P. (1983). *Sommes-nous tous des psychologues ? Approche psychosociale des théories implicites de la personnalité*. Bruxelles: Pierre Mardaga.
- LUNA, L.E. (1984). "The concept of plants as teachers among four Peruvian Shamans of Iquitos, Northeast Peru". *Journal of Ethnopharmacology*, 11, 135-156.
- MAHANIAH, K. (1980). "La structure multidimensionnelle de guérison à Kinshasa". *Zaire-Afrique*, XX, 150, 591-607.
- MAHANIAH, K. (1982). *La maladie et la guérison en milieu Kongo*. Kinshasa: EDICVA.
- MANDEFU KAMBUYI, B. (1990). *L'impact d'un discours anthropo-théocentrique sur les communautés ecclésiales vivantes. L'enjeu d'une nouvelle manière d'être Eglise*. Rome :

- MARKOVA, S. & WILKIE, O. (1987). „Representation, concepts and social change: The phenomenon of AIDS.“ *Journal of the Theory of Social Behavior*, 17, 389-409.
- MBITI, J. (1970). *African Religions and Philosophy*. New York: Anchor Books Doubleday & Co.
- MBONYINKEBE, S. (1987a). “Le thérapeute et le sacré: Réflexions à propos des formations sociales du Zaïre”. In *Médiations africaines du sacré* (pp. 209-233). Actes du Colloque International du CERA (1986). Kinshasa : F.T.C.K. (*Cahiers des Religions Africaines*, Vol. XX-XXI, nn. 39-42).
- MBONYINKEBE, S. (1987b). "Guérir par la foi? A propos des Eglises afro-chrétiennes". *Pro mundi Vita: Dossiers*, 42, 1-27.
- MBONYINKEBE, S. (1989). *Au coeur de la vie en ville. Le tradi-praticien Yaka à Kinshasa*. Leuven. Thèse de doctorat en Anthropologie.
- MBUYI, W. (1972). *Bankambua betu. Mamanya mashindame a Banyinka*. Kananga: Imprimerie Katoka.
- MEAD, G. H. (1973). *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- MEDARD, J. F. (1991). *Etats d’Afrique Noire*. Paris: Karthala.
- MOERMAN, D.E. (1976). «Anthropology of symbolic healing». *Current Anthropology*, 20, 59-80.
- MONOD, J. (1970). *Le hasard et la nécessité. Essai sur la philosophie naturelle de la biologie moderne*. Paris : Seuil.
- MORAKINYO, O. (1989). “Phobic states presenting as somatic complaints syndromes in Nigeria” (pp. 303-312). In PELTZER, K. & EBIGBO, P. O. (Eds.) *Clinical Psychology in Africa...*
- MOSCOVICI, S. (1961 et 1976). *La psychanalyse. Son image et son public*. Paris : P.U.F.
- MOSCOVICI, S. (1982). « The coming era of representations » dans CODOL, J.P. & LEYENS, J.P. (1982). *Cognitive approaches to social behavior*. La Haye : Nijhoff.
- MOSCOVICI, S. (1996). “L’ère des représentations sociales” (pp. 34-80). In Doise, W. & Pamonari, A. *L’étude des représentations sociales*. Neuchâtel : Delachaux & Niestlé.
- MOUNOUD, P. (1970) : *Structuration de l’instrument chez l’enfant*. Neuchâtel et Paris : Delachaux et Niestlé.
- MOUNOUD, P. (1993). « Des rôles non spécifiques et spécifiques des milieux dans le développement cognitif » (pp. 205-232). In Wassmann, J. & Dasen, P.R. (Hrsg.). *Alltagswissen: der kognitive Ansatz im interdisziplinären Dialog. Les*

- savoirs quotidiens. Everyday cognitions.* Freiburg (Schweiz) : Presse Universitaire.
- MUDIMBE, V.Y. (1973). *L'autre face du Royaume. Une introduction à la critique des langages en folie.* Lausanne : L'Age de l'homme.
- MUDIMBE, V.Y. (1982). *L'odeur du Père.* Paris : Présence Africaine.
- MUJYNYA, N. (1978). *L'homme dans l'univers des bantu.* Kinshasa : P.U.Z.
- MUKENE, P. (1983). «Approche traditionnelle des maladies mentales au Burundi : conception et thérapie». *Rapport scientifique*, 43. Institut de Psychologie, Université de Fribourg/CH
- MUKOMA, K. S. (1994). *Basisgemeinde in Afrika. Die negro-afrikanische Ekklesiologie am Beispiel Zaire.* Frankfurt a.M./Berlin/Bern/New York/Paris/Wien: Peter Lang.
- MUSEKA NTUMBA, L. (1992). *La nomination africaine de Jésus-Christ: Quelle Christologie?* (Thèse de doctorat en Théologie). Louvain-la-Neuve.
- MVENG, E. (1979). "Liturgie cosmique et langage religieux". *Bulletin de théologie africaine*, 1, 99-103.
- NAES, A. (1973). „The Shallow and the Deep, Long-Range Ecology Movement“. *Inquiry*, 16, 95-100.
- NARBY, J. (1995). *Le serpent cosmique, l'ADN et les origines du savoir.* Genève : Ed. Georg.
- NATHAN, T. (1994). *L'influence qui guérit.* Paris : Odile Jacob.
- NEUMANN, J. (1978). *Eingeborenenheilkunde und europäische Medizin in Kamerun. Arzt und Kranker in der Konfrontation zweier Kulturen.* Freiburg i. Br. : H. F. Schulz Verlag.
- NGOMA, B. (1978). «La récusation de la philosophie par la société africaine» (pp. 92-114). In *Philosophie et Libération.* Kinshasa : F.T.C.K.
- NICHOLAS, J. (1970). "Culpabilité. Somatisation et catharsis au sein d'un culte de possession : le bori Hausa." *Psychopathologie Africaine*, 6, 147-180.
- NISBETT, R.E. & WILSON, T.D. (1977). « Telling more than we can know : Verbal reports on mental processes. » *Psychological Review*, 84, 231-259.
- NÖLDNER, W. (1989). "Gesundheitspsychologie - Grundlagen und Forschungskonzepte" (pp. 11-20). In RÜDIGER, D., NÖLDNER, W., HAUG, D., KOPP, E. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie: Konzepte und empirische Beiträge: Förderung von Gesundheit und Bewältigung von Krankheit* . Regensburg: Roderer Verlag.
- NSIALA, M. (1979). « Le Nkita, rite et thérapie », (pp. 11-36). In *Médecine traditionnelle au Zaïre. (Revue de Recherche Scientifique, N° spécial).* Kinshasa : Presse de l'I.R.S.

- NTAMBWE, T. (1997). *La logique formelle en Afrique noire. Problématique, enseignement et essais*. Louvain-La-Neuve : Bruylant-Academia.
- NTAMBWE, T. (1998). *La critique africaine de la techno-science. Concepts, courants et structure*. Louvain-La-Neuve : Bruylant-Academia.
- NTUMBA, M.M. (1985). *Chants et métaphores populaires du Kasayi : pour une relecture du vécu social au Zaïre, de 1885 à 1982*. (Thèse de doctorat en anthropologie culturelle). Université de Laval (Canada).
- NYAMWAYA, D. (1992). *African Indigenous Medicine. An Anthropological Perspective for Policy Makers and Primary Health Care Managers*. Nairobi: African Medical and Research Foundation (AMREF).
- NZEWI, E. (1989a). "Cultural factors in the classification of psychopathology in Nigeria" (pp. 208-216). In PELTZER, K. & EBIGBO, P. O. (Eds.). *Clinical Psychology in Africa...*
- NZEWI, E. (1989b). "Transcultural factors in the diagnosis and treatment of psychopathology" (pp. 224-232). In PELTZER, K. & EBIGBO, P. O. (Eds.). *Clinical Psychology in Africa...*
- O.M.S. (1981). *Dimensions sociales de la santé mentale*. Genève.
- O.M.S. (1983). *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*. Genève.
- O.M.S. (1995). *Rapport sur la santé dans le monde, 1995 : Réduire les écarts*. Genève.
- O.M.S. (1996). *Rapport sur la santé dans le monde, 1996 : Combattre la maladie, promouvoir le développement*. Genève.
- OBENGA, TH. (1985). *Les bantu : Langues, Peuples, Civilisations*. Paris : Présence Africaine.
- ONDUA, D. (1974). "Autour de la médecine traditionnelle". *Médecine d'Afrique Noire*, 21, 839-843.
- PALMONARI, A. & DOISE, W. (1996). « Caractéristiques des représentations sociales » (pp. 12-33). In Doise, W. & Pamonari, A. *L'étude des représentations sociales*. Neuchâtel : Delachaux & Niestlé.
- PANU-MBENDELE, C. (1993a). «Inanspruchnahme der traditionellen und modernen Medizin in Zaire in Abhängigkeit von Alltagstheorien bzw. Aetiologie- und Interventionstheorien». *Ethnopsychologische Mitteilungen*, 2, 121-144.
- PANU-MBENDELE, C. (1993b). Le recours à la médecine traditionnelle et moderne au Zaïre. Mémoire de licence en psychologie clinique. Université de Fribourg.
- PANU-MBENDELE, C. (1994). "Appréciation de la médecine traditionnelle au Zaïre eu égard au comportement en cas des troubles psychiques". Communication au *Vè Congrès International de l'ARIC*. Saarbrücken, 26-30/9/1994.
- PANU-MBENDELE, C. (1995). "Heilverfahren der *Bilumbu* und *Mikendi* vom Kasai (Zaire), (S. 65-79). In van QUEKELBERGHE, R. (Hrsg.) *Ethnopsychologie*

- und Psychotherapie. Schamanische Heilrituale und moderne Therapien im Vergleich.* Landau: Universität Koblenz-Landau. Article publié aussi dans *Ethnopsychologische Mitteilungen*, 4 (2), 113-126.
- PANU-MBENDELE, C. (1997a). "Bewertung der traditionellen Heilkunde in Zaire im Hinblick auf die psychischen Krankheiten" (S. 27-35). In HOFFMANN, K. & MACHLEIDT, W. (Hrsg.). *Psychiatrie im Kulturvergleich*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- PANU-MBENDELE, C. (1997b). *Systémiciens avant la lettre ? Essai de comparaison entre la thérapie systémique et celle des tradipraticiens (nganga) négro-africains*. Mém. de fin de formation en thérapie familiale. Fribourg: Institut de Formation Systémique.
- PANU-MBENDELE, C. (1998). "Einweihung, Wahrsagekunst und Behandlung am Beispiel Mikendi : ein afrikanisches Heilverfahren aus dem Kongo-Zaire". Conférence au Colloque *Heilen – Afrikanische Traditionen und westliche Medizin*, 9.5.1998, organisé par la Katholische Akademie der Erzdiözese Freiburg i.Br.
- PARIN, P., MORGENTHALER, F. & PARIN-MATHEY, G. (1991, 2. Aufl.). *Fürchte deinen Nächsten wie dich selbst. Psychoanalyse und Gesellschaft am Modell der Agni in Westafrika*. Frankfurt a.M.: Surkamp-Taschenbuch Wissenschaft.
- PARIN, P., PARIN-MATTHEY, G & MORGENTHALER, F. (1982). «Unsere Vorstellungen von normal und anormal sind nicht auf andere Kulturen übertragbar», (pp. 33-50). In HEINRICHS, H. J. (Ed.) *Das Fremde verstehen: Gespräche über Alltag, Normalität und Anormalität*. Frankfurt/M. : Qumran.
- PASSINI, W. & ANDREOLI, A. (Eds.) (1993). *Le corps en psychothérapie*. Paris : Payot.
- PEARCE, T. O. (1989). "Social organization and psychosocial health" (pp. 47-55). IN PELTZER, K & EBIGBO, P. O. (Eds.). *Clinical Psychology in Africa...*
- PELTZER, K. & EBIGBO, P. O. (1989a). (Eds.). *Clinical Psychology in Africa South of Sahara, the Caribbean and Afro-Latin America*. Enugu (Nigeria): Chuka Printing Co.
- PELTZER, K. & EBIGBO, P. O. (1989b). "The group ego and collective defense mechanisms" (pp. 154-165). In PELTZER, K. & EBIGBO, P. O. (Eds.). *Clinical Psychology in Africa...*
- PELTZER, K. (1989a). "A model of african socialization: Authority, Groupe, Body-mind-environment dimensions" (pp. 130-139). In PELTZER, K. & EBIGBO, P. O. (Eds.). *Clinical Psychology in Africa...*
- PELTZER, K. (1989b). "A spirit disorder in Malawi" (pp. 297-302). In PELTZER, K. & EBIGBO, P. O. (Eds.). *Clinical Psychology in Africa...*

- PELTZER, K. (1989c). "Psychosocial counselling of persons with substance-related disorders" (pp. 648-655). In PELTZER, K. & EBIGBO, P. O. (Eds.). *Clinical Psychology in Africa...*
- PELTZER, K. (1992). *Traditionelle Heilkunde bei Ashanti und Shona*. Bremen: Informationszentrum Afrika. (Afrika-Hefte, 6).
- PELTZER, K. (1992). *Traditionelle Heilkunde bei Ashanti und Shona*. Bremen: Informationszentrum Afrika. (Afrika-Hefte, 6).
- PELTZER, K. (1995). *Psychology and Health in African Cultures. Examples of Ethnopsychotherapeutic Practice*. Frankfurt: IKO-Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- PERREZ, M. & BAUMANN, U. (1991a). „Systematik der klinisch-psychologischen Intervention: Einleitung“. (pp. 21-30). In PERREZ, M. & BAUMANN, U. (Hrsg.). *Lehrbuch Klinische Psychologie*. Bd. 2. Bern: Huber.
- PERREZ, M. & BAUMANN, U. (Hrsg.), (1991). *Lehrbuch Klinische Psychologie*. Bd. 2. Bern: Huber.
- PERREZ, M. (1983). Hat die wissenschaftliche Psychologie der Alltagspsychologie etwas zu bieten? *Bulletin der Schweizer Psychologen*, 10, 312-315.
- PERREZ, M. (1985). „Diagnostik in der Psychotherapie – ein anachronistisches Ritual?“ *Psychologische Rundschau*, 36, 106-109.
- PERREZ, M. (1987). „Erziehungspsychologische Prophylaxe als Differenzierung von Alltagstheorien“ (pp. 245-251). In SPECK, O., PETERANDER, F., INNERHOFER, P. (Hrsg.). *Kindertherapie. Interdisziplinäre Beiträge aus Forschung und Praxis*. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- PERREZ, M. (1989). „Diagnostik von Kontingenzerfahrungen in der frühen Kindheit“, (pp. 172-185). In KRAMPEN, G. (Hrsg.). *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe.
- PERREZ, M. (1991a). „Prävention, Gesundheits- und Entfaltungsförderung: Systematik und allgemeine Aspekte“ (pp. 80-97). In PERREZ, M. & BAUMANN, U. (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie*. Bd. 2. Bern: Huber.
- PERREZ, M. (1991b). „Behandlung und Therapie (Psychotherapie): Systematik und allgemeine Aspekte“ (pp. 99-116). In PERREZ, M. & BAUMANN, U. (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie*. Bd. 2. Bern: Huber.
- PERREZ, M. (1991c). The difference between everyday knowledge, ideology and scientific knowledge. *New Ideas in Psychology*, 9, 2, 227-231.
- PERREZ, M. (1996). "How to increase the reliability of psychological data in psychiatric research and practice? A computer-aided self monitoring procedure for stress related behaviour under real life conditions". *The Journal of the Russian Society of Psychiatrists*.

- PERRONE, R. (1993-1994). *Cours de thérapie familiale systémique*. (Notes du cours). Institut de Formation systémique de Fribourg.
- PFEIFFER, W. (1991). „Wodurch wird ein Gespräch therapeutisch? Zur kulturellen Bedingtheit psychotherapeutischer Methoden“. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 3(4), 93-154.
- PIAULT, C. & SAGHY, L. (1975). «Les confessions diaboliques» (pp. 121-151). In PIAULT, C. (Ed.). *Prophétisme et Thérapeutique*. A. Atcho et la communauté de Bregbo. Paris : Hermann. Coll. Savoir.
- PRINCE, R. (1964). «Indigenous Yorouba Psychiatry». In KIEV, A. *Magic, Faith and Healing*. New York : Free Press.
- PRINCE, R. (1989). “The brain-fag syndrome” (pp. 276-287). In PELTZER, K. & EBIGBO, P. O. (Eds.). *Clinical Psychology in Africa...*
- QUEKELBERGHE, R. (van) (1992). „Schamanismus, Geisterbesessenheit und Psychotherapie im Vergleich“. *Ethnopsychologische Mitteilungen*, 1, 28-49.
- QUEKELBERGHE, R. (van) (1993). „Grundzüge symbolischen Heilens im Kulturvergleich“. *Ethnopsychologische Mitteilungen*, 2 (1), 3-17.
- QUEKELBERGHE, R. (Van) (1994). „Schamanische Therapie: Vorwärts zum Ursprung symbolischen Heilens“. *Ethnopsychologische Mitteilungen*, 3(1), 3-13.
- QUEKELBERGHE, R. (van) (1996). „Schamanisches Heilen : vom fragmentierten zum integrierten Bewusstsein“. *Ethnopsychologische Mitteilungen*, 5 (1), 3-20.
- QUEKELBERGHE, R. (van) (1997). “Bewusstseins transformation: vom babylonischen zum (neo-) schamanischen Bewusstsein“. *Ethnopsychologische Mitteilungen*, 6 (1), 3-17.
- QUEKELBERGHE, R. (Van) (1999). „Trance, traditionelles Heilverfahren und Tiefenökologie“. *Ethnopsychologische Mitteilungen*, 8 (1), 3-13.
- REINECKER-HECHT, C. & BAUMANN, U. (1991). „Klinisch-psychologische Diagnostik: Allgemeine Gesichtspunkte“ (pp. 57-70). In BAUMANN, U. & PERREZ, M. (Hrsg.). *Lehrbuch Klinische Psychologie*. Bd. 1. Bern: Huber.
- RETTEL-LAURENTIN, A. (1987). *Étiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*. Paris : L'Harmattan.
- RICHARD, J.-L. (1995). « Profil des utilisateurs des différents services de santé moderne dans le Bénin rural ». *Espace, Populations, Sociétés*, 1, 91-104.
- RIVERS (1924). *Medicine, Magic and Religion*;
- ROMME, M. A. J. (1989). “Culture and psychosocial disorder in Zimbabwe”, (pp. 56-67). In PELTZER, K. & EBIGBO, P. O. (Eds.). *Clinical Psychology in Africa...*

- ROSCH, E. (1977). "Human categorization". In Warre, N. (Ed.). *Advances in Cross-cultural psychology*, (Vol. I). New York: Academic Press.
- ROSNY, E. (de) (1981). *Les yeux de ma chèvre*. Paris: Plon.
- ROSNY, E. (de) (1992). *L'Afrique des guérisseurs*. Paris: Karthala.
- ROSNY, E. (de) (1996). *La nuit, les yeux ouverts*. Paris: Seuil.
- ROTTER, J.B. (1966). "Generalized expectancies for internal versus external control if reinforcement". *Psychological Monographs* 1 : 80
- SAINT AUGUSTIN (1964). *Les Confessions*. Paris : Garnier-Flammarion. (Trad. de J. Trabucco).
- SCHEELE, B. & GROEBEN, N. (1988). *Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion subjektiver Theorie*. Tübingen: Francke.
- SCHEER, J.W. & MOELLER, M.L. (1976). „Krankheitskonzepte Psychotherapeutischer Patienten I – Vorstellungen zur Genese und Behandlung seelischer Störungen“. *Medizinische Psychologie*, 1, 13-29.
- SCHEER, J.W. & MOELLER, M.L. (1976). „Krankheitskonzepte Psychotherapeutischer Patienten I – Vorstellungen zur Genese und Behandlung seelischer Störungen“. *Medizinische Psychologie*, 1, 13-29.
- SCHÜTZ, A. (1971). Begriffs- und Theoriebildung in den Sozialwissenschaften. (S. 55-76). In Schütz, A. (Hrsg.). *Wie gesund sind Kranke?* Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- SCHWARZER, R. (1989). "Überlegungen zu einer sozialkognitiven Theorie des Gesundheitsverhaltens" (pp. 21-30). In RÜDIGER, D., NÖLDNER, W., HAUG, D., KOPP, E. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie: Konzepte und empirische Beiträge: Förderung von Gesundheit und Bewältigung von Krankheit*. Regensburg: Roderer Verlag.
- SEAGALL, M.H., DASEN, P.R., BERRY, J.W. & PORTINGA, Y.H. (1990). *Human behavior in global perspective: An introduction to cross-cultural psychology*. New York: Pergamon.
- SEGALL, M. (1979). *Cross Cultural Psychology. Human Behavior in Global Perspective*. Monterey/California: Brooks/Cole Publishing Company.
- SIBONY, D. (1997). "Tous malades de l'exil". *Libération*, 30/1/1997, p. 5.
- SIEGRIST, J., (1990). „Soziologie (Schwerpunkt Soziale Differenzierung): Ätiologie/Bedingungsanalyse“ (p. 325-335). In BAUMANN & PERREZ, (Eds.). *Klinische Psychologie. Bd. I : Grundlagen, Diagnostik, Ätiologie*. Bern-Stuttgart-Toronto : Verlag H. Huber.
- SILVER, R.L., BOON, C. & STONES, M.H. (1983). "Searching for meaning in misfortune: Making sense of incest". *Journal of Social Issues*, 39, 81-102.



- SINGLETON, M. (1975). "Medicine men and the medical missionary". *Cultures et Développement*, 7, 1, 33-52.
- SINGLETON, M. (1991A). "Prologue". *Cahiers du CIDEP*. "Soins de santé primaires en Afrique : cause perdue ?", 12, 7-17.
- SINGLETON, M. (1991B). "La médecine traditionnelle? Connais pas !" *Cahiers du CIDEP*, 12, 101-142.
- SINGLETON, M. (1997). «De l'Ethnopsychiatrie à des «ethnopsychiatries» en passant par la Psychiatrie tout court». Manuscrit pour le Colloque «Place de la dimension culturelle en santé mentale». Tervuren, 5-6 juin 1997.
- STRAUSS, C. (1984): «Beyond 'formal' versus 'informal' education : uses of psychological theory in anthropological research », *Ethos*, 12, pp. 195-222.
- TEMPELS, P. (1959). *La philosophie bantoue*. Paris : Présence Africaine.
- THOMAS, L.-V. & LUNEAU, R. (1969). *Les religions d'Afrique noire. Textes et traditions sacrés*. Paris: Fayard-Denoël.
- THOMAS, L.-V. & LUNEAU, R. (1977). *Les sages dépossédés. Univers magiques d'Afrique Noire*. Paris: R. Lafont.
- THOMAS, L.-V. & LUNEAU, R. (1986). *La terre africaine et ses religions. Traditions et changements*. Paris: L'harmattan.
- THOMMEN, B. (1985). *Alltagspsychologie von Lehrern über verhaltensauffällige Schüler*. Bern/Stuttgart/Toronto: H. Huber Verlag.
- TOURNERET, E. (1995). «Les guérisseurs du Madagascar». *Psychologies*, 128, 58-61.
- TRAPPENIERS, E. (1988). «Thérapeute familial», (pp. 510-511). In BENOIT, J.-C. & MALAREWICZ, J.-A. (Eds.). *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*. Paris : E.S.F.
- TRIANDIS, H.C., BONTEMPO, R., BETANCOURT, H., BOND, M., LEUNG, K., et al. (1986). „The measurement of the etic aspect of individualism and collectivism across cultures“. *Australian Journal of Psychology*, 38, 257-268.
- TSHIYEMBE, M. (2001). *État multinational et démocratie africaine : sociologie de la renaissance politique*. Paris : L'Harmattan.
- TSHIYEMBE, M. (2003). *Géopolitique de paix en Afrique médiane*. Paris : L'Harmattan.
- TURNER, V. (1964). "The Ndembu diviner". In KIEV, A. *Magic, Faith and Healing*. N.Y. : Free Press.
- TURNERET, E. (1995). „Le guérisseur de Madagascar“. *Psychologies*, 128, 58-61.
- VERRES, R. (1986). *Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen*. Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo: Springer-Verlag.

- WARREN, D. M. (1979a). "The role of Emic Analyses in Medical Anthropology: The Case of the Bono of Ghana", pp. 36-42. In A.A. *African Therapeutic Systems*. Massachusetts: Cross Roads Press.
- WARREN, D. M. (1979b). "The Interpretation of Change in a Ghanaian Ethnomedical Study". In A.A. *African Therapeutic Systems* (pp. 247-250). Massachusetts: Cross Roads Press.
- WASSMANN, J. (1993). „Zur Problemstellung“ (pp. 11-15). In Wassmann, J. & Dasen, P.R. (Hrsg.). *Alltagswissen: der kognitive Ansatz im interdisziplinären Dialog. Les savoirs quotidiens. Everyday cognitions*. Freiburg (Schweiz) : Presse Universitaire.
- WATZLAWICK, P. (1984). *La réalité de la réalité. Confusion, désinformation, communication*. Paris : Seuil (Coll. "Points").
- WATZLAWICK, P. (1986). *Le langage du changement. Éléments de communication thérapeutique*. Paris : Seuil ("Points").
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. H. & JACKSON, D. D. (1979). *Une logique de la communication*. Paris : Seuil (Coll. "Points").
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. & FISCH, R. (1981). *Changements. Paradoxes et psychothérapie*. Paris : Seuil (Coll. "Points").
- WERTHEIMER, M. (1912). „Über das Denken der Naturvölker“. *Zeitschrift für Psychologie*, 60, 321-378.
- WHORF, B. L. (1956). *Language, thought and reality*. New York: Wiley.
- WIESENDANGER, H. (1994). *Das große Buch vom geistigen Heilen. Die umfassende Darstellung sämtlicher Methoden, Krankheiten auf geistigem Wege zu erkennen und zu behandeln*. Bern, München, Wien: Scherz Verlag.
- ZAHAN, D. (1979). "Principes de médecine Bambara". In A.A. *African Therapeutic Systems* (pp. 43-46). Massachusetts: Cross Roads Press.
- ZAHNO, A. (1993). *Subjektive Theorien zur Wirksamkeit verschiedener Behandlungsmethoden*. Lizentiatsarbeit. Universität Freiburg (CH).
- ZEMPLINI, A. (1982). "Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique". *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 54, 1, 5-19.
- ZEMPLINI, A. (1985). "La «maladie» et ses «causes» : Introduction". *Ethnographie*, 96-97, 13-44.

# **ANNEXES**

***Annexes I : Comment un chef coutumier est tombé gravement malade pour avoir libéré un de ses sujets d'un esprit mauvais (Cf. Kalambayi-Nsumbu, 1995, pp. 54-55)***

Il s'agit d'un jeune enseignant dans une école catholique. « Dans son clan il appartient à la classe de '*bamfumu ba kabukulu*' (chefs coutumiers). Il était interné avec d'autres patients dans un local aménagé au presbytère pour les patients qui désiraient la guérison spirituelle. Comme maladie, il portait des grosses plaies de brûlure sur son corps. Voici le récit de l'origine de sa maladie.

Il avait été invité en sa qualité de '*mfumu wa kabukulu*' pour libérer quelqu'un, un malade troublé par un *mukishi* (esprit de mort) qui ne le quittait pas. Après la cérémonie prévue pour ce genre de problème, l'enseignant a senti une forte fièvre quand il est retourné à son domicile. Croyant que c'était un début de grippe, il a voulu se soigner en s'enveloppant dans la vapeur de l'eau chauffée avec les feuilles de *kalafulu* (genre de cactus). C'est une pratique courante qui provoque la transpiration et soulage le patient. Au moment où il est enveloppé dans la couverture avec un bassin contenant cette eau chaude, il a eu des vertiges et s'est écroulé en renversant le bassin d'eau qui l'a brûlé. Au dispensaire où il a été transporté, il manifestait des signes de troubles mentaux. Cela a poussé sa famille à le porter chez un pasteur d'une secte, un guérisseur spirituel. Dans ses visions concernant son nouveau patient, le pasteur a déclaré avoir vu une dame infirme qui réclamait le remboursement d'une dette par le patient.

Le message a été compris par l'entourage du patient. Dans leur interprétation, la femme infirme était la femme décédée dont le *mukishi* a été écarté par l'enseignant. Elle s'en était prise à celui-ci. Pour qu'elle le quitte, il fallait que l'enseignant restitue ce qu'il avait perçu comme contre-don : une chèvre, une poule, et une somme d'argent. En acceptant ces choses, il avait pris sur lui toute la charge qui pesait sur celui qu'il avait libéré. C'est après le remboursement de ces choses qu'il avait retrouvé sa tranquillité et commencé à faire soigner ses plaies. Pour plus de protection et une guérison rapide, il avait préféré s'abriter à la paroisse et il logeait dans l'église où on priait certaines nuits pour les malades ».

***Annexes II : Cas d'un étudiant candidat au sacerdoce qui avait été traité avec succès par un tradipraticien alors que les cliniques universitaires avaient échoué***

**Sujet :** M. est un jeune intellectuel zaïrois, catholique et séminariste; il est en troisième année de philosophie au grand séminaire lorsque sa maladie a commencé et il a alors 26 ans (1981). Il est menacé de renvoi du séminaire « pour insuffisance de capacités intellectuelles ». En fait, ce sont ces troubles qui l'empêchent de

travailler convenablement. Lorsqu'il m'a rapporté ce fait, il est au scolasticat où il fait des études de théologie (à Bruxelles, 1992)<sup>220</sup>.

**Symptômes :** malaise général, fatigue, manque d'énergie, dort beaucoup, maux de tête aigus, sans interruption depuis deux mois malgré les soins pharmaceutiques; trouble de la vue (voit flou); limité d'abord à la lecture, le trouble s'est étendu ensuite aux autres objets, mais M. continuait à percevoir clairement les personnes; pas d'autres troubles physiques. L'appétit est bon. M. n'est pas inquiet de manière particulière par ces problèmes de santé. Il projette d'aller poursuivre les études supérieures à Kinshasa après le renvoi du séminaire.

**Diagnostic médical :** surmenage

**Traitement allopathique :** La famille lui conseille d'aller se faire examiner au Centre (universitaire) de neuropsychiatrie et de neuropsychologie (Kinshasa), vu que les simples soins (tranquillisants) n'ont apporté aucune amélioration. Après un mois de fréquentation du CNPP, les résultats des examens cliniques, des tests psychologiques, et de l'observation neurologique (scanner?) sont négatifs. Les douleurs s'intensifient. Alors il décide lui-même de rentrer au village "pour au moins aller mourir parmi les miens".

**Traitement Traditionnel :** Le chef du village prend lui-même l'affaire en mains. Il convoque tous les chefs des clans de son village avec l'accord des parents du patient, et on se réunit chez l'oncle du patient qui est aussi chef de son clan. Le patient leur décrit sa situation et toutes les tentatives infructueuses déjà faites. Alors l'oncle prend la parole et déclare, sans y être contraint, qu'il était auteur de cette maladie. Il était fâché du fait que *ses sœurs ne reconnaissaient plus sa place dans le clan et qu'elles se passaient de lui dans certaines décisions qui lui revenaient de droit*. Une de ses nièces s'était même permis de *l'insulter publiquement*. Alors il avait décidé de frapper son neveu qui allait devenir le bras droit de la famille. Il le fit à travers un repas qu'il lui fit apporter une année plus tôt lors de son retour en vacances. (En effet, réputé méchant, cet oncle n'avait jamais fait un tel geste d'hospitalité envers son neveu hormis cette fois-là). Mais puisque maintenant, à travers la réunion qui se tenait dans *sa cour, tout le monde reconnaissait sa place dans la famille*, il allait lui-même chercher le guérisseur qui délivrerait son neveu de sa maladie. En attendant, il bénit le malade.

Le guérisseur (reconnu officiellement comme tel), prescrivit au patient une potion à prendre pendant deux semaines comme traitement préliminaire. Après il lui fit des incisions sur les tempes, y appliqua une petite calebasse contenant des substances médicamenteuses, retira de ces incisions deux petits "cailloux" ou

---

<sup>220</sup> Nous avons rencontré M. 11 ans après ce récit (en juillet 2003). M. est prêtre maintenant et il prépare une thèse de doctorat en théologie. Le trouble n'a plus jamais reparu. L'oncle dont il est question dans le récit est décédé en 1994. La famille lui avait entièrement pardonné son forfait et intégré au sein de la famille : « Il ne servait à rien de continuer à l'isoler », déclare M. sans amertume.

“métaux” qui logeaient dans la tête de M. et qui étaient cause instrumentale de ses maux de tête. L’opération se fit très tôt le matin (vers six heures). Il avait été interdit entre-temps de piller quoi que ce soit. Après trois jours, les douleurs avaient complètement disparu. C’est alors seulement que l’oncle fit de nouveau son apparition chez le neveu pour s’enquérir de son état. Le guérisseur continua à fréquenter son patient pour suivre son évolution, mais sans plus prescrire des médicaments.

**Frais :** Le guérisseur demanda une poule avant de commencer le traitement préliminaire. Après que M. avait totalement recouvré la santé, il reçut une autre poule plus une somme de 600 Z (soit à l’époque 1200 FB). Une somme facilement à la portée des paysans de ce village.

### ***Annexe III : Les maladies les plus couramment citées par la population enquêtée***

#### **A. Maladies organiques simples:**

- 1) *Mutu wa mu disu* : Migraine
- 2) *Mutu wa lubombo* : Encéphalopathie
- 3) *Nsadi wa tshibulebule* : Kwashiorkor
- 4) *Tshipusu* : Plaie à l'anus provoquée par des vers "oxyures"
- 5) *Tshisasa* : Epiglottite (épiglote enflammée) ou absence d'épiglotte
- 6) *Tshilundu* : Pharyngite
- 7) *Ndimi ya ngomba* : Amygdalite
- 8) *Mulaka* ou *Musundu* : Hémorroïde
- 9) *Kamunda* : Hernie

#### **B. Maladies organiques graves :**

- 1) *Kasulu, diupamunda dikole* : Diarrhée prophyse
- 2) *Kankunku* : Tachycardie
- 3) *Mpuku* : Obésité (Gonflement généralisé du corps)
- 4) *Tshipelepele* ou *Tshimuma* : Splénomégalie
- 5) *Lukelu*: peut-être Hépatomégalie
- 6) *Lukunga* ou *lukunga lua ntshima* : Avitaminose rendant l'enfant rachitique
- 7) *Nkoyi* : Convulsion

#### **C. Maladies psychosomatiques et maladies mentales**

- 1) *Nkayi* : Panaris
- 2) *Nteta* : Gangrène (?)
- 3) *Ntukunku* ou *Tshiseka* (chez l'adulte) : Épilepsie
- 4) *Ntukunku* (forme d'épilepsie chez l'enfant) : Convulsion

### ***Annexes IV : Items retenus pour l'actuelle recherche***

**Q1a.** Quelle médecine faut-il consulter en premier lieu en cas de maladie quelconque ?

**Réponses :**

- Q1a-1 l'allopathe (personnel médical)*
- Q1a-2 le tradipraticien (nganga)*
- Q1a-3 l'un ou l'autre selon mes possibilités financières*
- Q1a-4 celui qui habite plus près de chez moi (selon la distance)*
- Q1a-5 l'un ou l'autre d'après la nature de la maladie*

**Q2a.** Connaissez-vous des cas pour lesquels il vaut mieux consulter d'abord le tradipraticien (nganga) plutôt que l'allopathe ?

**Réponses :**

- Q2a-1 oui*
- Q2a-2 non*
- Q2a-3 sans opinion*

**Q2b.** Pour quelles maladies doit-t-on préférer la médecine traditionnelle à la médecine scolaire ?

**Réponses :** les différentes maladies ont été regroupées en ces trois catégories.

- Q2b-1 maladies somatiques simples*
- Q2b-2 maladies somatiques graves*
- Q2b-3 maladies psychiatriques et somatiques envoûtées*

**Q2c.** Pourquoi ces maladies sont-elles mieux soignées par la médecine traditionnelle ?

**Réponses :**

- Q2c-1 Ces maladies ne sont pas naturelles: elles exigent, de par la volonté des Ancêtres, des médicaments naturels et frais, des connaissances extra médicales, un dévouement, des dons de Dieu.*
- Q2c-2 l'échec est certain en allopathie, parce qu'elles y sont soignées au moyen d'une médecine palliative, ou dans leurs symptômes seulement ou au moyen d'une ablation (l'intégrité corporelle est atteinte)*
- Q2c-3 elles sont inconnues en médecine scolaire*
- Q2c-4 je ne sais pas*
- Q2c-5 par influence du psychisme*

**Q3.** Qu'est-ce que vous feriez si on vous disait à l'hôpital ou au dispensaire : "on ne trouve pas votre maladie", ou bien "on ne peut rien faire dans votre situation"?

**Réponses :**

- Q3-1 aller chez un tradipraticien (nganga)*
- Q3-2 attendre mon sort, prier*
- Q3-3 me réconcilier avec la famille, ensuite retourner à l'hôpital*
- Q3-4 me réconcilier avec la famille, ensuite aller chez un tradipraticien (nganga)*
- Q3-5 aller consulter d'autres allopathes (hôpitaux)*
- Q3-6 je ne sais pas*

**Q6b.** Souvenez-vous d'une situation où vous-même ou quelqu'un de proche a souffert d'une maladie qui a nécessité des soins des tiers. De quelle maladie s'agissait-il ?

**Réponses :** cf Q2b. (catégories des maladies)

**Q6c.** A quel système de soins vous êtes-vous confié pour cette maladie ?

**Réponses :**

- Q6c-1 au système allopathique (médecine euro-américaine)*

Q6c-2 aux soins du tradipraticien (nganga)

**Q7d.** Qui a conseillé d'aller en consultation ?

**Réponses :**

Q7d-1 décision personnelle du malade

Q7d-2 la famille

Q7d-3 les amis, les voisins

**Q11.** Pourquoi êtes-vous allé chez le tradipraticien (nganga) plutôt qu'ailleurs ?

**Réponses :**

Q11-1 C'était la meilleure solution.

Q11-2 Sur conseils

Q11-3 par expérience

Q11-4 pour des raisons financières

Q11-5 j'ai été sollicité par le tradipraticien (nganga)

**Q12a.** Qu'est-ce que vous feriez en cas d'échec du guérisseur ?

**Réponses :**

Q12a-1 aller consulter un autre tradipraticien (nganga)

Q12a-2 aller consulter la médecine scolaire

Q12a-3 consulter indifféremment le tradipraticien (nganga) ou l'allopathe (personnel médical)

Q12a-4 implorer Dieu ou les Ancêtres

Q12a-5 sans opinion

Q12a-6 rien

**Q15.** A laquelle de ces causes attribuez-vous le succès du guérisseur ? Attribuez l'une de ces valeurs à chaque cause : *pas du tout; peut-être; partiellement; surtout.*

**Réponses :**

Q15a sa connaissance des maladies et des médicaments appropriés

Q15b sa connaissance de nos coutumes

Q15c sa capacité de combattre les causes mystérieuses des maladies (sorcellerie, forces maléfiques, malchance...)

Q15d le hasard

Q15e la nature des maladies

Q15f son matériel ...

**Q16.** A laquelle des causes suivantes attribuez-vous l'échec du guérisseur ? Attribuez l'une de ces valeurs à chaque cause : *pas du tout; peut-être; partiellement; surtout.*

**Réponses :**

Q16a L'échec du nganga est dû à son ignorance des maladies et des médicaments appropriés

Q16b L'échec du nganga est dû à ses moyens techniques modestes

Q16c L'échec du nganga est dû à ses pratiques magiques, au manque de foi en Dieu

Q16d L'échec du nganga est dû à la volonté de Dieu ou des Ancêtres

Q16e L'échec du nganga est dû aux forces occultes : sorcellerie...

Q16f L'échec du nganga est dû à ses erreurs

**Q20.** Pourquoi êtes-vous allé à l'hôpital plutôt qu'ailleurs ?

**Réponses :**

Q20-1 c'était la meilleure solution.

Q20-2 sur conseils

Q20-3 par expérience



- Q20-4 *pour connaître exactement la maladie*  
 Q20-5 *suite à l'échec du tradipraticien (nganga) et à cause des douleurs*  
 Q20-6 *je n'avais pas de choix (à cause des circonstances)*

**Q24.** A laquelle des causes suivantes attribuez-vous le succès de l'allopathe ? Attribuez l'une de ces valeurs à chaque cause : *pas du tout; peut-être; partiellement; surtout.*

**Réponses :**

- Q24a *son succès est dû à sa connaissance scientifique des maladies et des médicaments appropriés*  
 Q24b *son succès est dû à sa connaissance de nos coutumes*  
 Q24c *son succès est dû à sa capacité d'agir sur les causes mystérieuses des maladies (sorcellerie, ...)*  
 Q24d *son succès est dû au hasard*  
 Q24e *son succès est dû à la nature des maladies*  
 Q24f *son succès est dû au matériel qu'il utilise*  
 Q24g *son succès est dû à Dieu, aux Ancêtres*

**Q25.** A laquelle des causes suivantes attribuez-vous l'échec de l'allopathe ? Attribuez l'une de ces valeurs à chaque cause : *pas du tout; peut-être; partiellement; surtout.*

**Réponses :**

- Q25a *L'échec est dû aux erreurs et à la négligence de la déontologie médicale*  
 Q25b *L'échec de l'allopathe (personnel médical) est dû à son ignorance de la mentalité et des coutumes négro-africaines*  
 Q25c *L'échec de l'allopathe (personnel médical) est dû à sa formation scientifique très poussée*  
 Q25d *L'échec de l'allopathe (personnel médical) est dû à la volonté de Dieu et/ou des Ancêtres*

**Q27.** Qu'est-ce qui fait qu'on tombe malade ?

**Réponses :**

- Q27-1 *microbes, manque d'hygiène, déficience immunitaire*  
 Q27-2 *situation économique déplorable (travaux pénibles, voyages à pieds) qui entraîne malnutrition, épuisement physique et stress (soucis).*  
 Q27-3 *fautes personnelles, violation des coutumes et des lois de Dieu*  
 Q27-4 *Dieu, Ancêtres en tant que garants de l'ordre social*  
 Q27-5 *forces maléfiques*  
 Q27-6 *causes inconnues (réponse "comme ça")*

**Q28.** Quelle cote attribuez-vous à ces causes de maladies (d'après leur importance) ? (Importance négligeable, moyenne, grande)

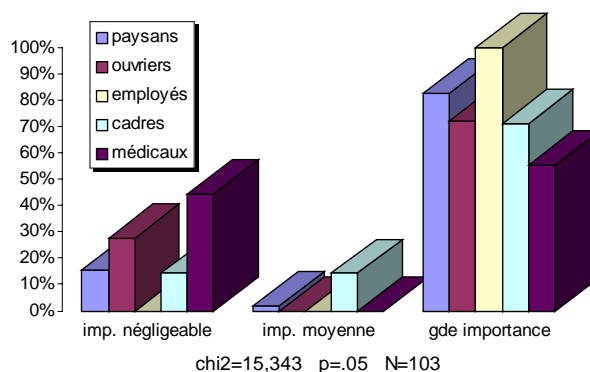
**Réponses :**

- Q28a *malnutrition, mauvaise alimentation*  
 Q28b *infections, microbes, manque d'hygiène*  
 Q28c *violation des règles sociales, des traditions, des lois de Dieu...*  
 Q28d *forces maléfiques (sorcières, mauvais esprits...)*  
 Q28e *volonté de Dieu (fatalisme)*

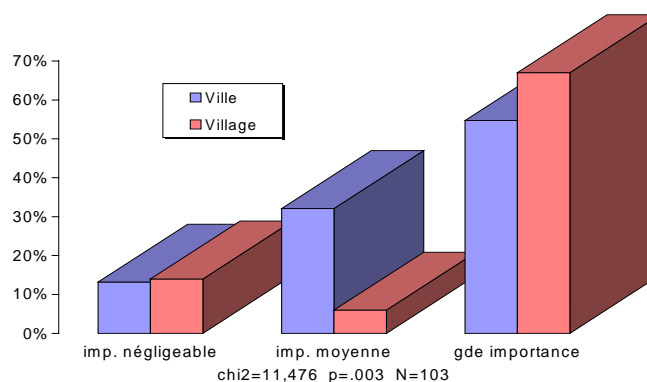
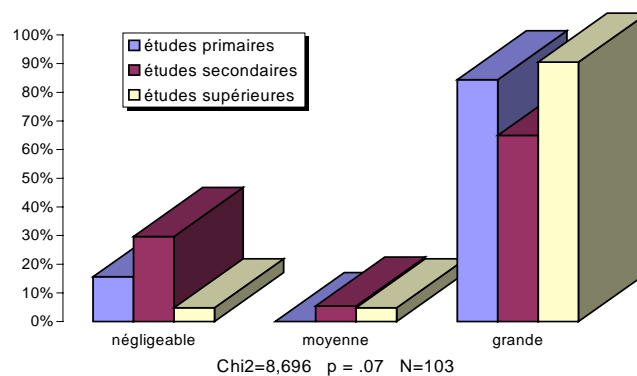
## Annexe V : Graphiques des résultats exposés dans la partie empirique

### 1) Résultats relatifs aux théories subjectives sur les causes des maladies

Graphique 1: Importance attribuée aux causes physico-objectives des maladies d'après les "professions" (Q28-1)

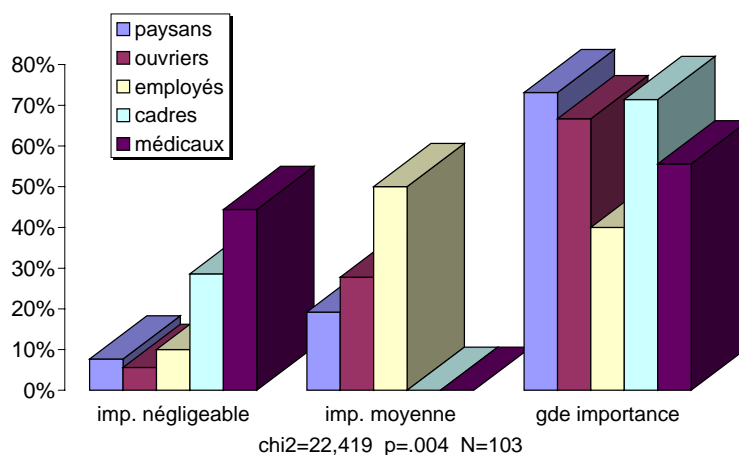


Graphique 2 : Importance attribuée aux causes physico-objectives des maladies selon les études (Q28-1)

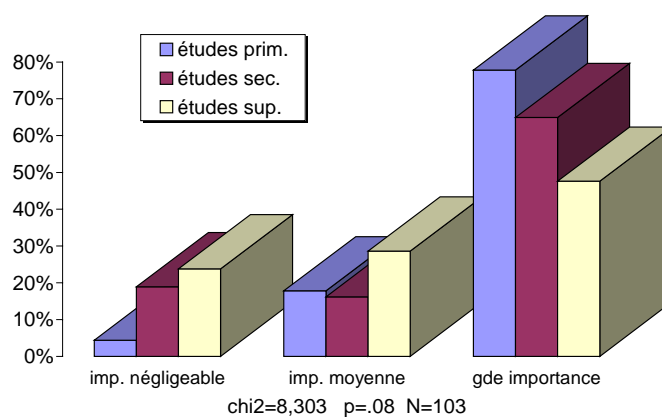


Graphique 3: Importance attribuée aux "causes psychosociales" des maladies (Q28-3) selon la "résidence"

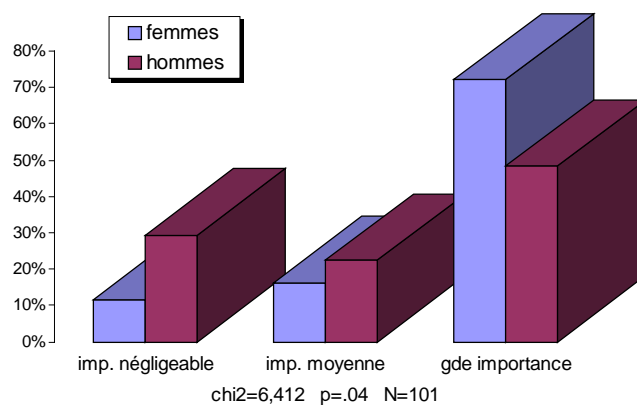
Graphique 4 : Importance des causes psychosociales des maladies (Q28-3) selon les "professions"



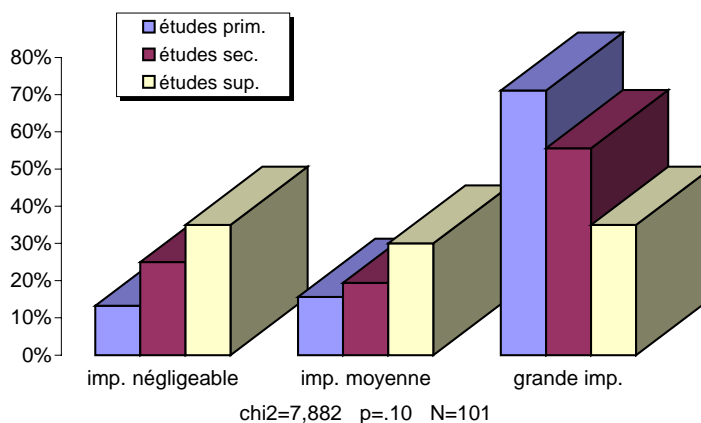
Graphique 5 : Importance attribuée aux "causes psychosociales" (Q28-3) selon les études



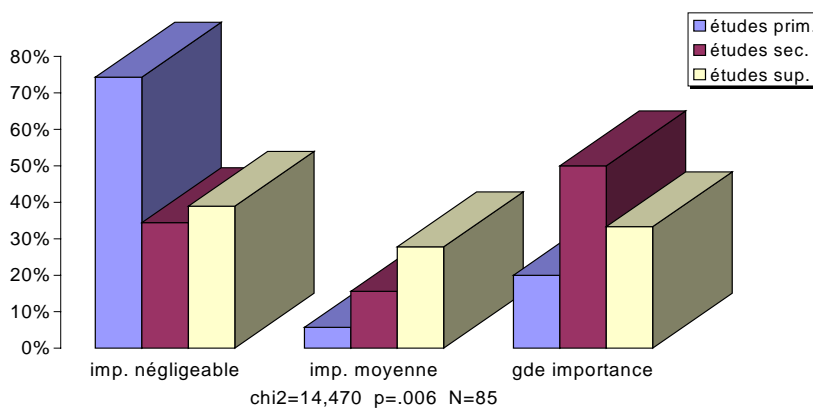
Graphique 6 : Importance attribuée aux "forces occultes" en tant que causes des maladies (Q28-4) selon la variable "sexe"



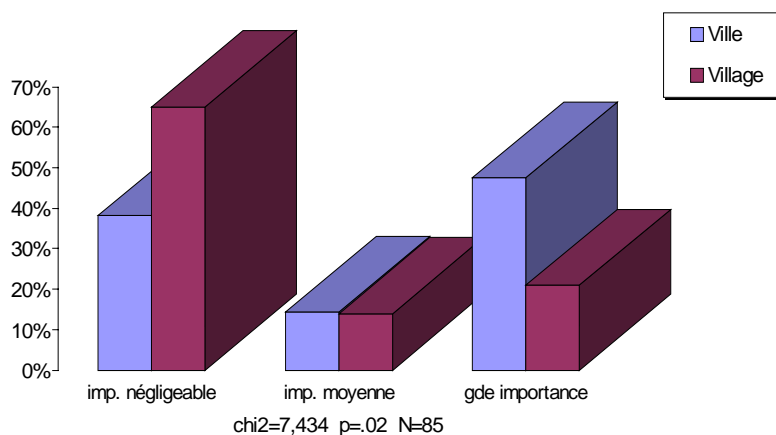
Graphique 7 : Importance attribuée aux "forces occultes" entendues comme causes des maladies, d'après la variable "études" (Q28-4)



Graphique 8 : Importance attribuée à "la volonté de Dieu entendue comme cause des maladies (Q28-5), selon la variable "études"

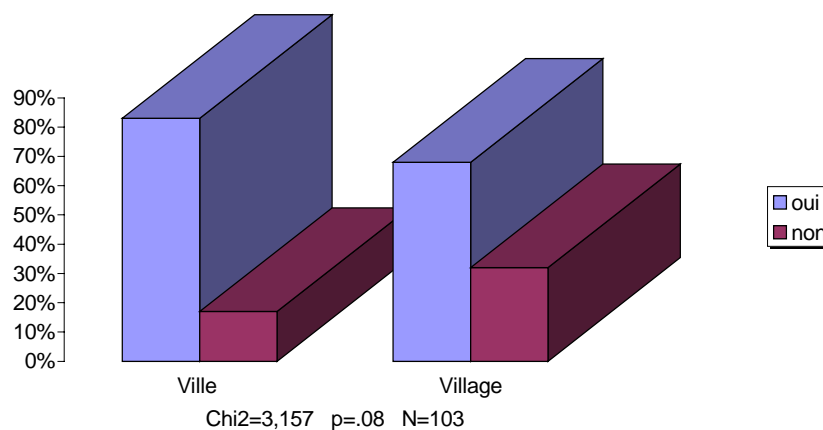


Graphique 9 : Importance attribuée à "la volonté de Dieu" entendue comme cause des maladies (Q28-5). Appréciation selon la variable "résidence"

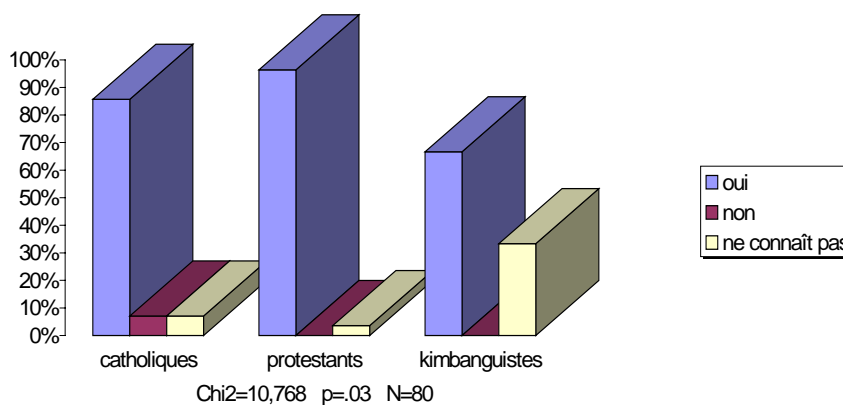


## 2) Résultats relatifs aux théories subjectives sur les traitements

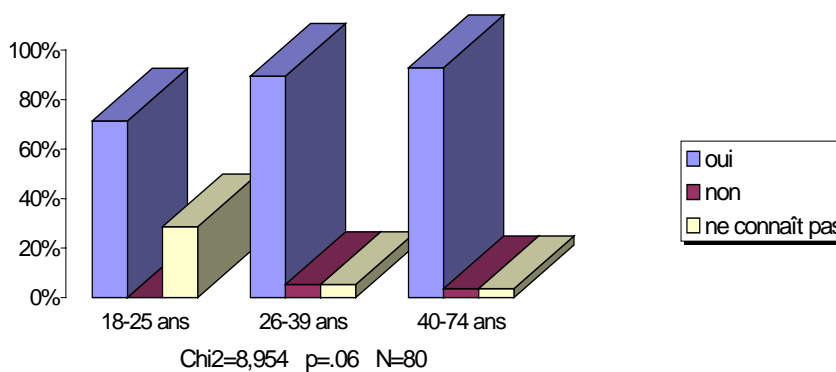
Graphique 10 : Consulterait en premier lieu la médecine euro-américaine (Q1-1). Réponses en fonction de la "résidence"



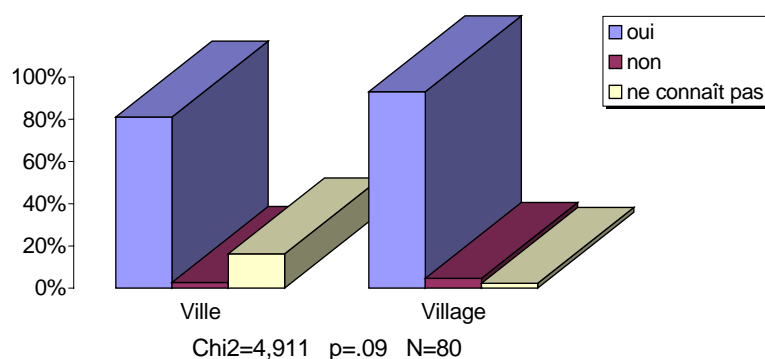
Graphique 11: Le sujet connaît des maladies pour lesquelles on doit préférer la médecine africaine à la médecine euro-américaine (Q2-1). Variable "religion"



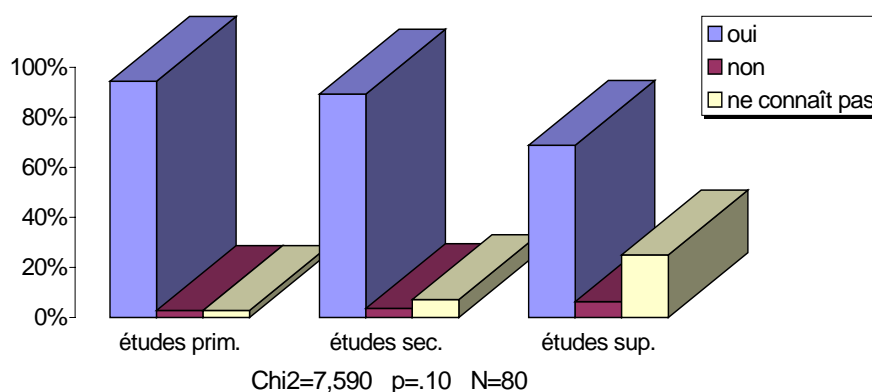
Graphique 12: Le sujet connaît des maladies pour lesquelles on doit préférer la médecine africaine à la médecine euro-américaine (Q2-1). Variable "âge"



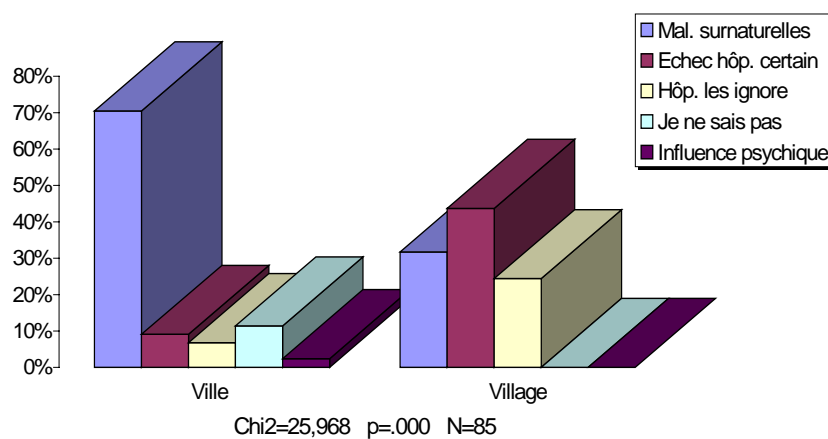
Graphique 13: Le sujet connaît des maladies pour lesquelles on doit préférer la médecine africaine à la médecine euro-américaine (Q2-1). Variable "résidence"



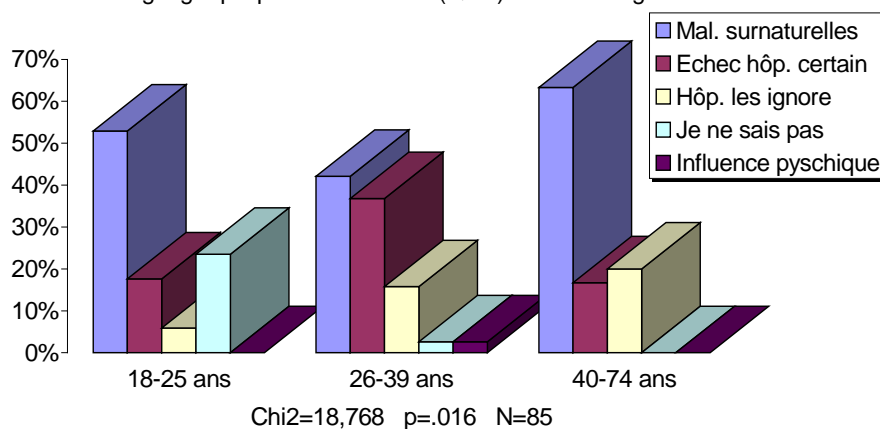
Graphique 14: Le sujet connaît des maladies pour lesquelles on doit préférer la médecine africaine à la médecine euro-américaine (Q2-1). Variable "études"



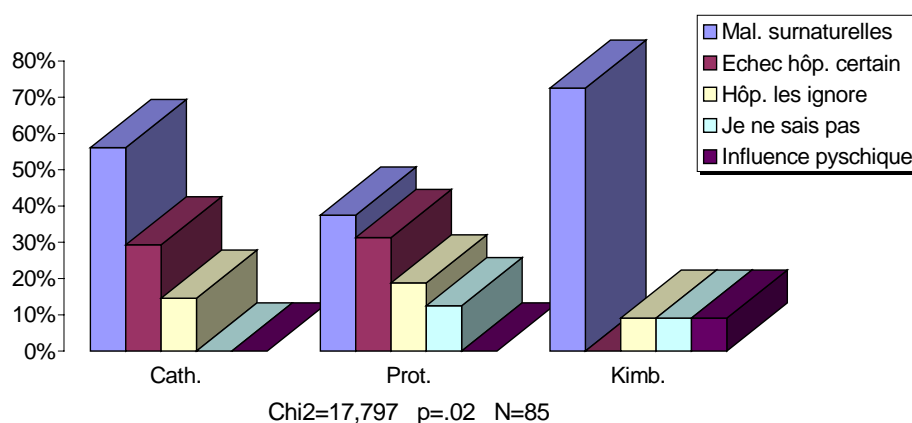
Graphique 15 : Pourquoi certaines maladies sont mieux soignées par les nganga que par les médecins (Q2-3). Variable "Résidence"



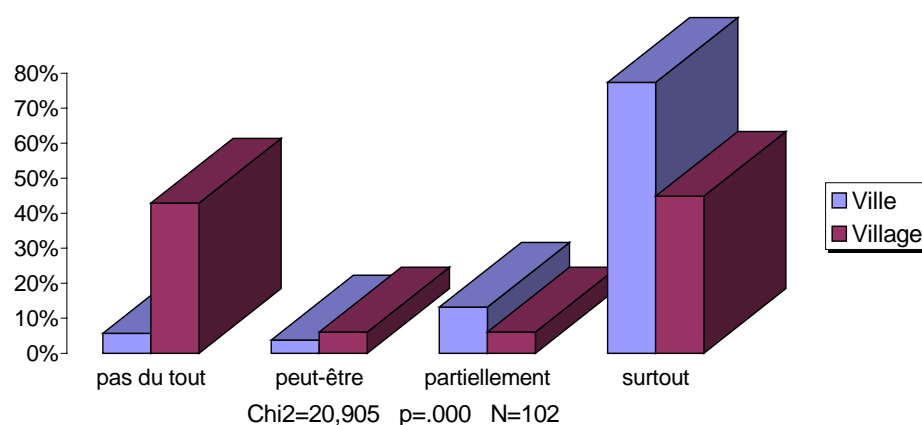
Graphique 16 : Pourquoi certaines maladies sont mieux soignées par les nganga que par les médecins (Q2-3). Variable "Age"



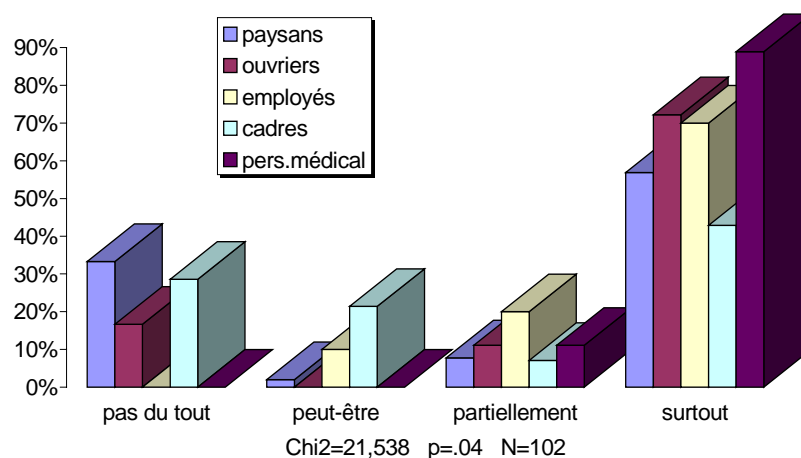
Graphique 17 : Pourquoi certaines maladies sont mieux soignées par les nganga que par les médecins (Q2-3). Variable "Religion"



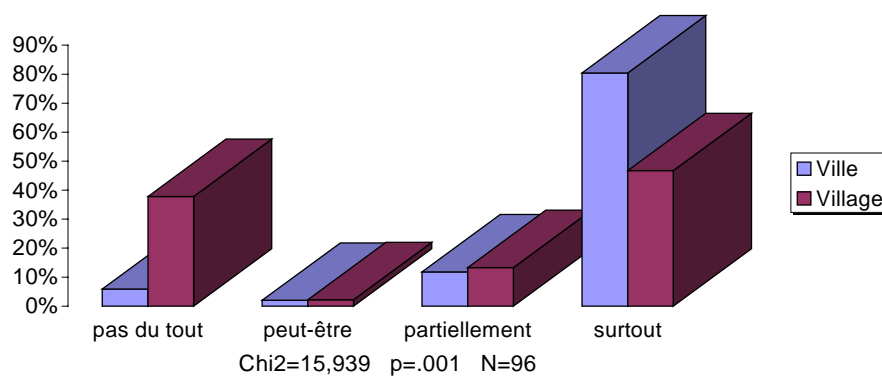
Graphique 18 : Le succès du nganga est attribuable à ses connaissances des maladies et des médicaments appropriés (Q15-1). Variable "Résidence"



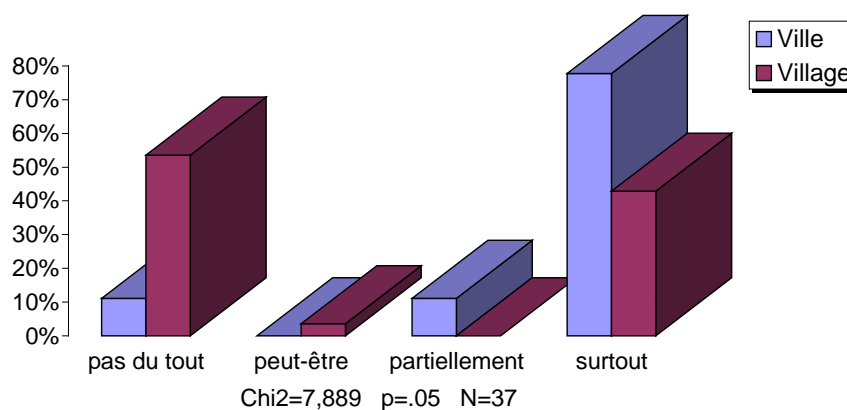
Graphique 19 : Le succès du nganga est attribuable à ses connaissances des maladies et des médicaments appropriés (Q15-1). Variable "professions"



Graphique 20 : Le succès du nganga est attribuable à la nature des maladies (Q15-5). Variable "Résidence"

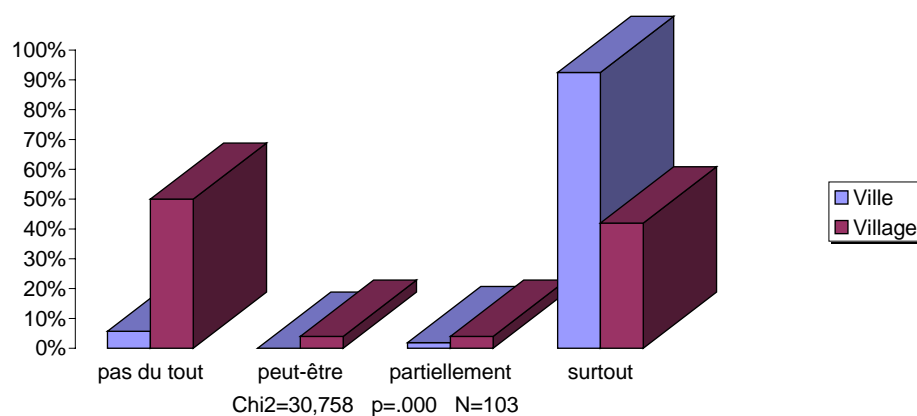


Graphique 21 : Le succès du nganga est attribuable à l'intervention de Dieu et des ancêtres (Q15-7). Variable "Résidence"

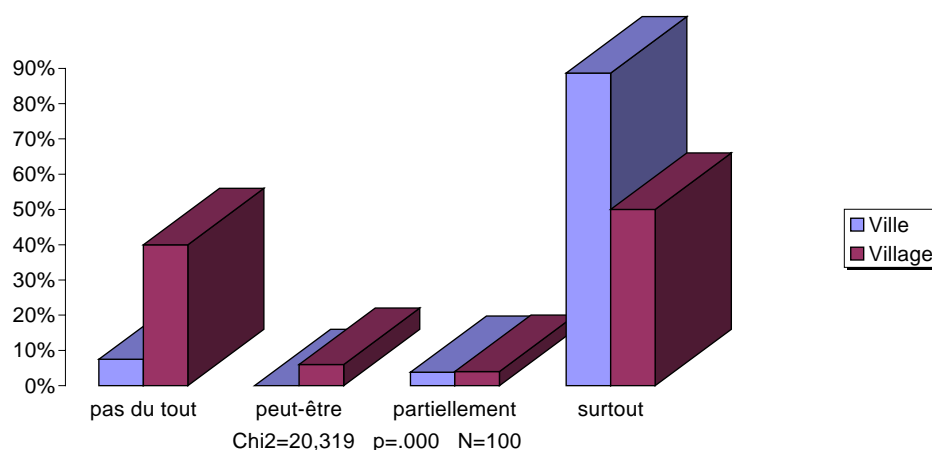




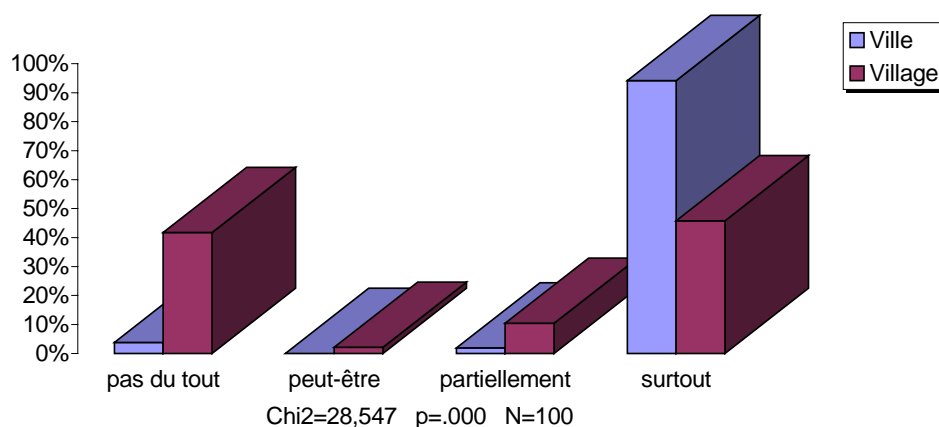
Graphique 22 : Le succès du médecin est attribuable à ses connaissances des maladies et des médicaments appropriés (Q24-1). Variable "Résidence"



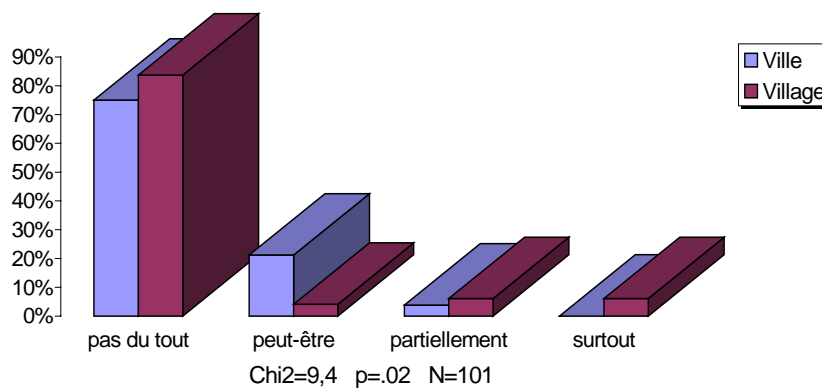
Graphique 23 : Le succès du médecin est dû à la nature des maladies (Q24-5). Variable "Résidence"



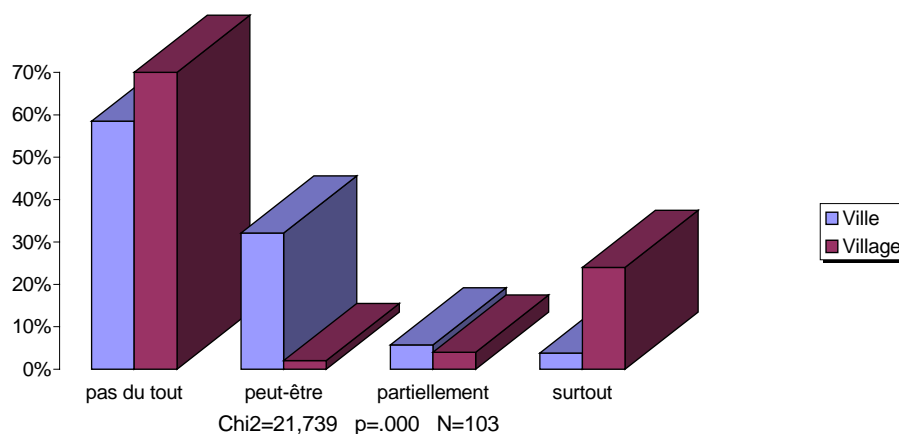
Graphique 24 : Le succès du médecin est attribuable à son équipement matériel (Q24-6). Variable "Résidence"



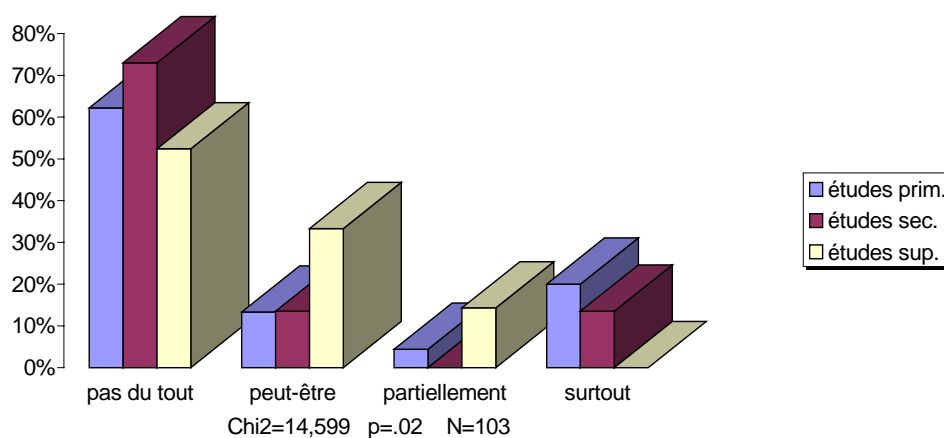
Graphique 25 : Le succès de la médecine euro-américaine est attribuable à la capacité du personnel d'agir sur les causes mystérieuses (magiques) des maladies (Q24-3). Variable "Résidence"



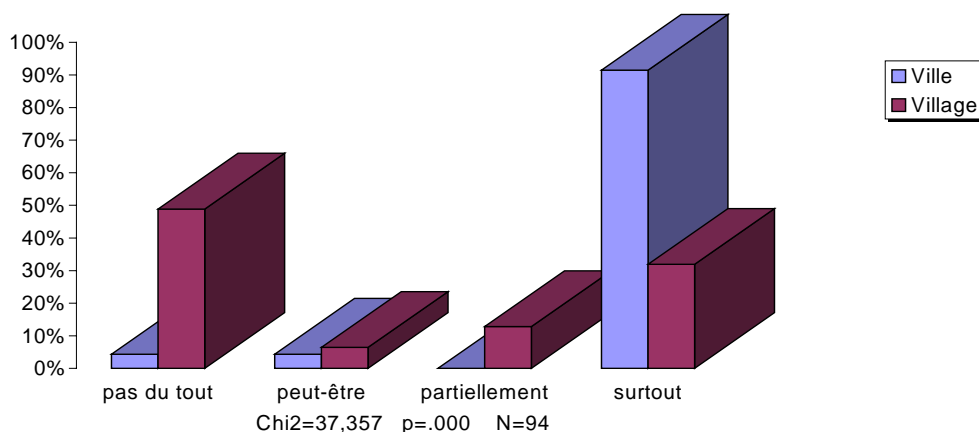
Graphique 26 : Le succès de la médecine euro-américaine est dû au hasard (Q24-4). Variable "Résidence"



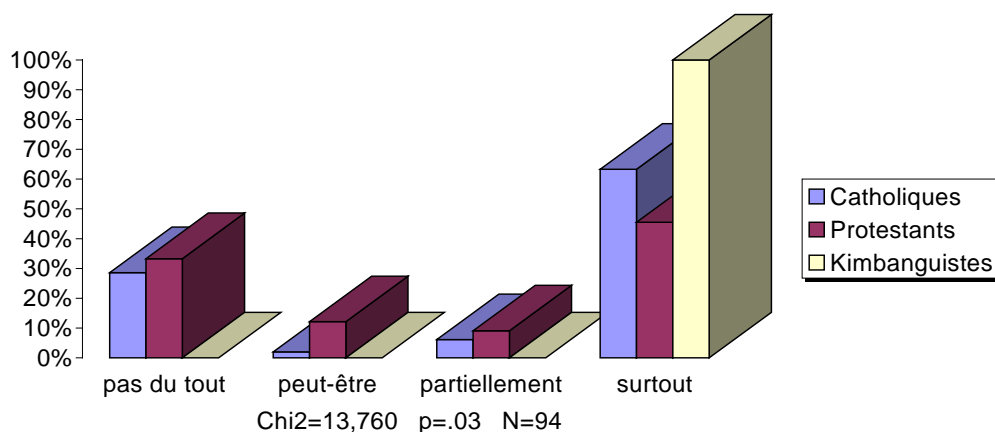
Graphique 27 : Le succès de la médecine euro-américaine est dû au hasard (Q24-4). Variable "Etudes"



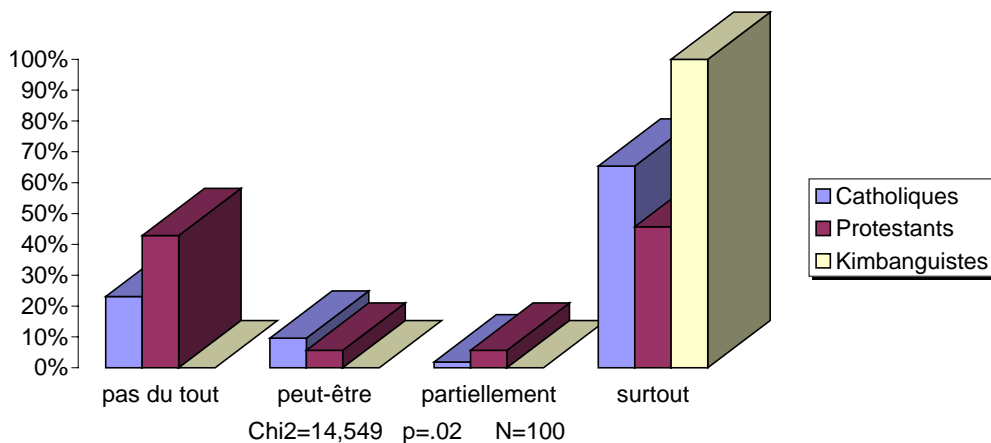
Graphique 28 : L'échec du nganga est attribuable à son ignorance des maladies et des médicaments appropriés (Q16-1). Variable "Résidence"



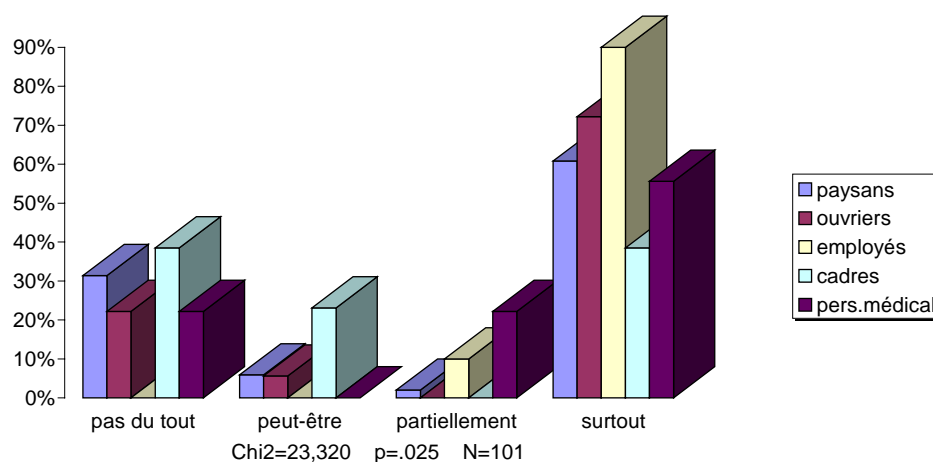
Graphique 29 : L'échec du nganga est attribuable à son ignorance des maladies et des médicaments appropriés (Q16-1). Variable "Religion"



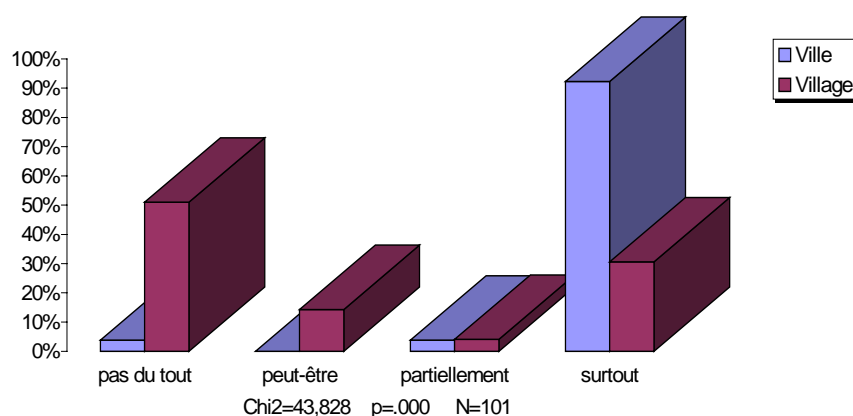
Graphique 30: L'échec du nganga est attribuable à son infrastructure matérielle modeste (Q16-2). Variable "Religion"



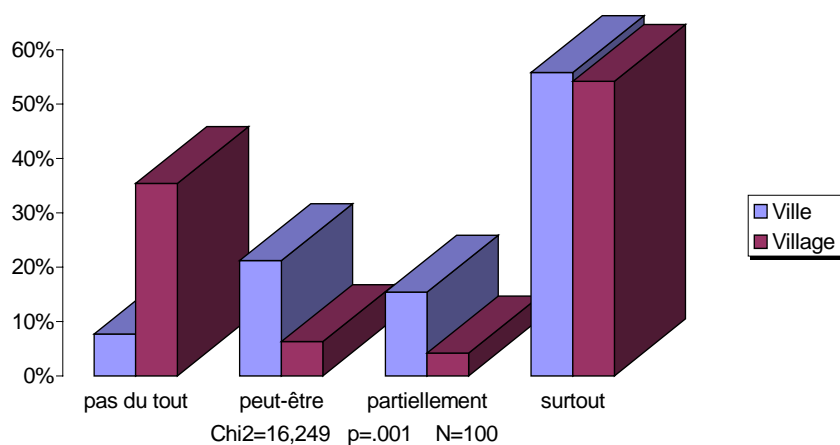
Graphique 31 : L'échec du nganga est attribuable à son infrastructure matérielle modeste (16-2). Variable "Professions"



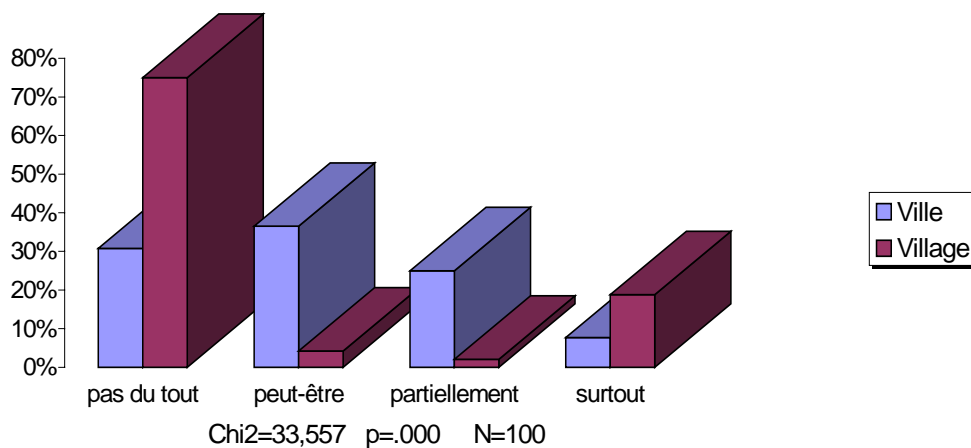
Graphique 32 : L'échec du nganga est attribuable à son infrastructure matérielle modeste (Q16-2). Variable "Résidence"



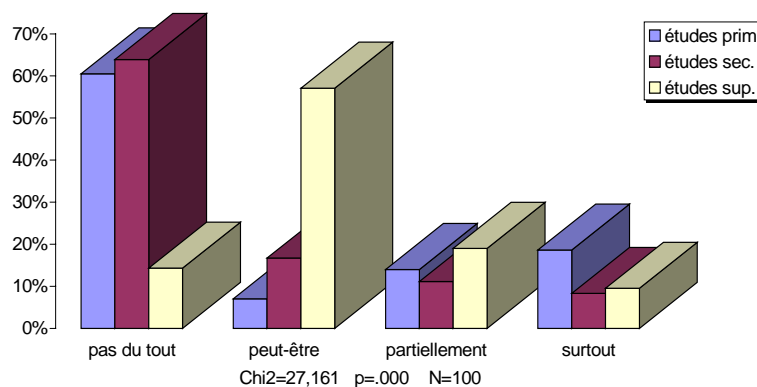
Graphique 33 : L'échec du nganga est attribuable à la volonté de Dieu et/ou des ancêtres (Q16-4). Variable "Résidence"



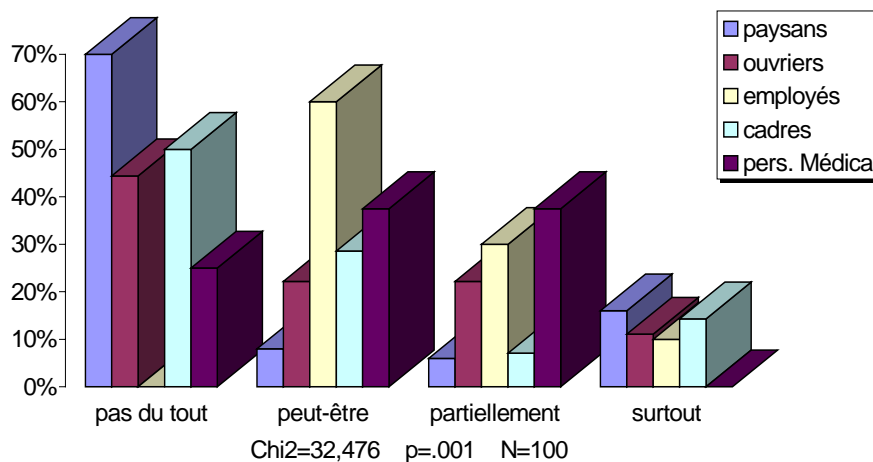
Graphique 34 : L'échec du médecin est dû à la spécialisation (Q25-3). Variable "Résidence"



Graphique 35 : L'échec du médecin est dû à la spécialisation (Q25-3). Variable "Etudes"

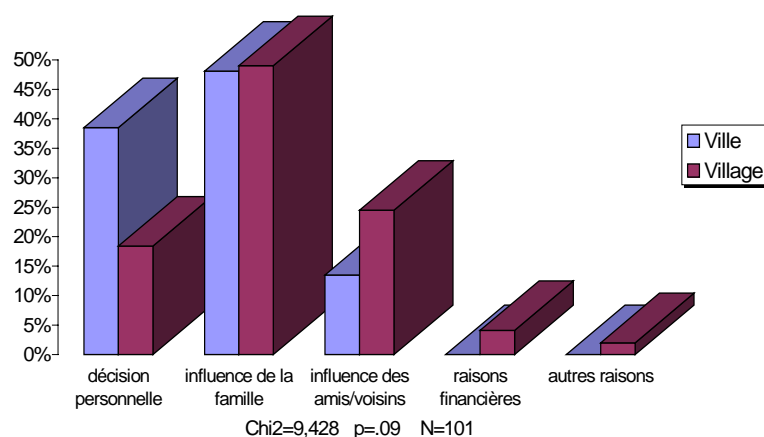


Graphique 36 : L'échec du médecin est dû à la spécialisation (Q25-3). Variable "Professions"



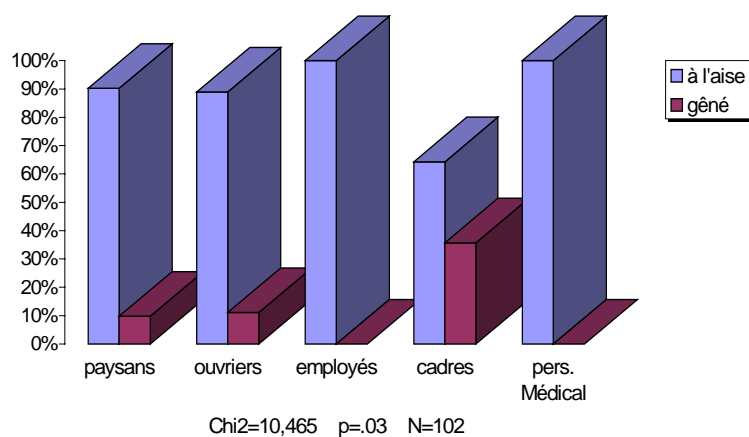
### 3) Résultats relatifs aux théories naïves sur la *membralité* ou l'interconnexion entre les êtres

Graphique 37: Instances qui ont influé sur la décision de se faire soigner (Q7-4).  
Variable "résidence"

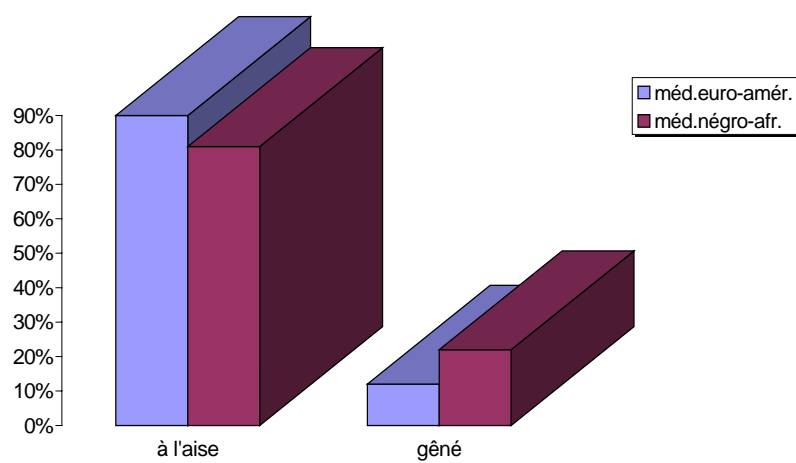


### 4) Résultats relatifs aux théories subjectives sur l'image sociale des offres des soins de santé

Graphique 38 : Comment vous sentez-vous lorsque vos amis apprennent que vous avez été vous faire soigner dans une institution de la médecine euro-américaine ? (Q26-1). Variable "professions"



Graphique 39 : Tableau comparatif du positionnement par rapport aux normes sociales à l'endroit de la médecine euro-américaine et de la médecine négro-africaine



## **Annexe VI : Questionnaire de l'enquête de 1990 au Zaïre (Congo)**

**Q1a.** Quelle médecine faut-il consulter en premier lieu en cas de maladie quelconque ?

**Réponses :**

*Q1a1 l'allopathe*

*Q1a2 le tradipraticien*

*Q1a3 l'un ou l'autre selon mes possibilités financières*

*Q1a4 celui qui habite plus près de chez moi (selon la distance)*

*Q1a5 l'un ou l'autre d'après la nature de la maladie*

**Q1b.** Pourquoi préférez-vous théoriquement la médecine scolaire à la médecine traditionnelle ?

**Réponses :**

*Q1b1 A cause de ses analyses avec des instruments scientifiques.*

*Q1b2 parce qu'elle dispose de meilleurs soins.*

*Q1b3 Q1b1 + Q1b2*

*Q1b4 par habitude*

*Q1b5 parce qu'elle peut orienter vers le tradipraticien si nécessaire.*

**Q1c.** Pourquoi préférez-vous en principe la médecine traditionnelle à la médecine scolaire ?

**Réponses :**

*Q1c1 elle est meilleure, elle orientera vers l'allopathe si nécessaire*

*Q1c2 elle est plus accessible*

*Q1c3 = Q1c1 + Q1c2*

*Q1c4 elle est à l'origine de toute autre médecine*

*Q1c5 par habitude*

*Q1c6 pour connaître l'origine de la maladie*

**Q2a.** Connaissez-vous des cas pour lesquels il vaut mieux consulter d'abord le tradipraticien plutôt que l'allopathe ?

**Réponses :**

*Q2a1 oui*

*Q2a2 non*

*Q2a3 sans opinion*

**Q2b.** Pour quelles maladies doit-t-on préférer la médecine traditionnelle à la médecine scolaire ?

**Réponses :** les différentes maladies ont été regroupées en ces trois catégories.

*Q2b1 maladies somatiques simples*

*Q2b2 maladies somatiques graves*

*Q2b3 maladies psychiatriques et somatiques envoûtées*

**Q2c.** Pourquoi ces maladies sont-elles mieux soignées par la médecine traditionnelle ?

**Réponses :**

*Q2c1 Ces maladies ne sont pas naturelles : elles exigent, de par la volonté des Ancêtres, des médicaments naturels et frais, des connaissances extra médicales, un dévouement, des dons de Dieu.*

*Q2c2 l'échec est certain en allopathie, parce qu'elles y sont soignées au moyen d'une médecine palliative, ou dans leurs symptômes seulement ou au moyen d'une ablation (l'intégrité corporelle est atteinte)*

*Q2c3 elles sont inconnues en médecine scolaire*



Q2c4 *je ne sais pas*

Q2c5 *par influence du psychisme*

**Q3.** Qu'est-ce que vous feriez si on vous disait à l'hôpital ou au dispensaire : "on ne trouve pas votre maladie", ou bien "on ne peut rien faire dans votre situation" ?

**Réponses :**

Q3-1 *aller chez un tradipraticien*

Q3-2 *attendre mon sort, prier*

Q3-3 *me réconcilier avec la famille, ensuite retourner à l'hôpital*

Q3-4 *me réconcilier avec la famille, ensuite aller chez un tradipraticien*

Q3-5 *aller consulter d'autres allopathes (hôpitaux)*

Q3-6 *je ne sais pas*

**Q4a.** Connaissez-vous des cas de maladies qui nécessiteraient que vous fréquentiez en même temps les soins de l'allopathe et ceux du tradipraticien pour être guéries ?

**Réponses :**

Q4a1 *oui*

Q4a2 *non*

Q4a3 *sans opinion*

**Q4b.** Pourquoi faudrait-il suivre un tel traitement ?

**Réponses :**

Q4b1 *parce qu'ils sont complémentaires: l'allopathe possède des connaissances plus précises de la maladie, de son évolution, de l'état général de la santé et des moyens efficaces pour soulager les douleurs, mais ne dispose pas toujours de vrais traitements, d'où son recours à l'intervention chirurgicale. Le tradipraticien soigne, mais sans soulager les douleurs et sans pouvoir établir avec précision l'évolution de la maladie.*

Q4b2 *seul le résultat final importe (santé, fécondité...)*

Q4b3 *je ne sais pas*

**Q4c.** Pourquoi ne serait-il pas bon de le faire ?

**Réponses :**

Q4c1 *à cause de l'incompatibilité entre les deux types de traitement et du danger d'intoxication : chaque médecine a son organisation propre*

Q4c2 *en fonction de l'expérience (connaissance des maladies)*

Q4c3 *le recours au tradipraticien est incompatible avec la foi en Dieu*

Q4c4 *la médecine scolaire peut soigner toutes les maladies. Les soins du tradipraticien ne sont que superficiels.*

Q4c5 *pour éviter le coût élevé que cela entraînerait*

Q4c6 *je ne sais pas*

**Q5.** Dans la thérapeutique du tradipraticien, quel est le moyen le plus efficace pour hâter la guérison ? Indiquez : *pas ou peu efficace, efficace; très efficace.*

**Réponses :**

Q5a *Action des plantes*

Q5b *Pouvoir surnaturel du tradipraticien, know-how*

Q5c *Recours à Dieu*

Q5d *Invocation des Ancêtres*

**Q6a.** Souvenez-vous d'une situation où vous-même ou quelqu'un de proche a souffert d'une maladie qui a nécessité des soins des tiers.

**Réponses :**

Q6a1 *oui*

Q6a2 *non*

**Q6b.** De quelle maladie s'agissait-il ?

**Réponses :** cf. Q2b. (catégories des maladies)

**Q6c.** A quel système de soins vous êtes-vous confié pour cette maladie ?

**Réponses :**

Q6c1 *au système allopathique*

Q6c2 *aux soins du tradipraticien*

**Q6d.** De votre domicile, était-il facile d'atteindre l'hôpital ?

**Réponses :**

Q6d1 *oui (un centre allopathique était proche)*

Q6d2 *non (un centre allopathique n'était pas proche)*

**Q6e.** De votre domicile, était-il facile d'atteindre un guérisseur ?

**Réponses :**

Q6e1 *oui (il habitait près d'un guérisseur)*

Q6e2 *non (il n'habitait près d'un guérisseur)*

**Q6f.** Quelle était la profession de la personne responsable ?

**Réponses :**

Q6f1 *paysans, pêcheurs, chasseurs, ménagères (n'ayant pas dépassé les études du Cycle d'Orientation), chômeurs*

Q6f2 *ouvriers, petits commerçants, mâçons, menuisiers, charpentiers, chauffeurs, mécaniciens, tailleurs ...*

Q6f3 *cadres, fonctionnaires, avocats, psychologues, étudiants universitaires, ménagères-institutrices (ayant atteint au moins le niveau d'études du Cycle court pédagogique)*

Q6f4 *allopathes (médecins, infirmiers, pharmaciens)*

Q6f5 *guérisseurs*

**Q6g.** Sa profession a-t-elle pu influencé votre choix ?

**Réponses :**

Q6g1 *oui*

Q6g2 *non*

Q6g3 *ne sait pas*

**Q6h.** Pourquoi l'avez-vous amené à ces soins ?

**Réponses :**

Q6h1 *parce qu'on y soigne mieux, à cause de la gravité de la situation*

Q6h2 *parce que les examens sont meilleurs*

Q6h3 *par habitude, par confiance dans les soins du tradipraticien*

**Q7a.** Avez-vous attendu longtemps (plus d'une semaine) avant d'aller en consultation ?

**Réponses :**

Q7a1 *oui (a attendu longtemps avant d'aller en consultation)*

Q7a2 *non (n'a pas attendu longtemps)*

**Q7b.** Combien de temps ?

**Réponses :**

**Q7c.** Pourquoi avez-vous attendu ?

**Réponses :**

Q7c1 *pour suivre l'évolution de la maladie*

Q7c2 *parce qu'on se soignait soi-même*

Q7c3 *pour des raisons financières*

**Q7d.** Qui a conseillé d'aller en consultation ?

**Réponses :**

Q7d1 *décision personnelle du malade*

Q7d2 *la famille*

Q7d3 *les amis, les voisins*

**Q8a.** Avez-vous déjà été soigné (ou bien avez-vous déjà fait soigner quelqu'un de proche) par un guérisseur ?

**Réponses :**

Q8a1 *a déjà été soigné par un tradipraticien*

Q8a2 *n'a pas encore été soigné par un tradipraticien*

**Q8b.** Dans quelle localité vous êtes-vous fait soigner ?

**Réponses :**

Q8b1 *en ville*

Q8b2 *au village*

**Q8c.** Pour quelles maladies avez-vous été chez le guérisseur ?

**Réponses :**

Q8c1 *maladies somatiques simples*

Q8c2 *maladies somatiques graves*

Q8c3 *maladies psychiatriques et somatiques envoûtées*

**Q8d.** Quand (année) avez-vous été chez le tradipraticien la dernière fois ?

**Réponses :** (pour les dix dernières années).

**Q9a.** Comment le tradipraticien a-t-il fait son diagnostic ?

**Réponses :**

Q9a1 *avec participation active du sujet ou de sa famille (information) et diagnostic du médecin*

Q9a2 *analyse passive, instrumentale (examens)*

Q9a3 *en mode combiné (9a1+9a2)*

Q9a4 *en mode divinatoire (puissance et expérience personnelle)*

Q9a5 *je ne sais pas*

**Q9b.** Avez-vous été content du diagnostic de votre maladie chez le guérisseur ?

**Réponses :**

Q9b1 *oui (est tout à fait satisfait)*

Q9b2 *non (n'est pas du tout satisfait)*

Q9b3 *partiellement satisfait*

**Q10a.** Avez-vous recouvré la santé par les soins du guérisseur ?

**Réponses :**

Q10a1 *oui (a été totalement guéri)*

Q10a2 *non (n'a pas été guéri)*

Q10a3 *partiellement (a été partiellement guéri).*

**Q10b.** Avez-vous recouvré la santé rapidement ou plutôt lentement ?

**Réponses :**

Q10b1 *rapidement*

Q10b2 *plutôt lentement*

**Q10c.** Avez-vous été chez un allopathe pour la même maladie après les soins chez le guérisseur ?

**Réponses :**

Q10c1 *oui (a été chez l'allopathe après avoir été soigné par un guérisseur)*

Q10c2 *non (n'a pas été chez l'allopathe après les soins du guérisseur)*

**Q11.** Pourquoi êtes-vous allé chez le tradipraticien plutôt qu'ailleurs ?

**Réponses :**

Q11-1 *C'était la meilleure solution.*

Q11-2 *Sur conseils*

Q11-3 *par expérience*

Q11-4 *pour des raisons financières*

Q11-5 *j'ai été sollicité par le tradipraticien*

**Q12a.** Après l'échec du guérisseur, à qui vous êtes-vous encore adressé ?

**Réponses :**

Q12a1 *à un autre guérisseur*

Q12a2 *à l'hôpital*

Q12a3 *à un autre guérisseur ou à un hôpital*

Q12a4 *à Dieu (prier)*

**Q12b.** Pourquoi ?

**Réponses :**

Q12b1

Q12b2

**Q13a.** Qu'est-ce que vous feriez en cas d'échec du guérisseur ?

**Réponses :**

Q13a1 *aller consulter un autre tradipraticien*

Q13a2 *aller consulter la médecine scolaire*

Q13a3 *consulter indifféremment le tradipraticien ou l'allopathe*

Q13a4 *implorer Dieu ou les Ancêtres*

Q13a5 *sans opinion*

Q13a6 *rien*

**Q13b.** Pourquoi ?

**Q13c.** Quelle est votre attitude face aux guérisseurs traditionnels ?

**Réponses :**

Q13c1 *positive favorable*

Q13c2 *réservée à cause de leur succès relativement faible, critique à cause de leur ésotérisme*

Q13c3 *négative*

**Q13d.** Quelle est votre attitude face aux guérisseurs spirituels ?

**Réponses :**

Q13d1 *positive favorable*

Q13d2 *réservée à cause de leur succès relativement faible, critique à cause de leur ésotérisme*

Q13d3 *négative*

**Q14a.** Qu'est-ce que vous appréciez le plus chez le guérisseur ?

**Réponses :**

Q14a1 *ses qualités humaines : discrétion, attention à la personne, franchise... et partage de la même vision culturelle avec le malade*

Q14a2 *son savoir-faire efficace là où la médecine scolaire ne réussit pas; sa*

- thérapeutique est généralement bref et naturelle*  
 Q14a3 *exige des frais raisonnables*  
 Q14a4 *sans opinion*  
 Q14a5 *rien*

**Q14b.** Qu'est-ce que vous n'appréciez pas du tout chez le guérisseur ?

**Réponses :**

- Q14b1 *son infrastructure matérielle déficitaire, le risque d'intoxication, son ésotérisme*  
 Q14b2 *la rudesse de sa thérapeutique : traitement sans anesthésie, régime alimentaire sévère, pratiques magiques*  
 Q14b3 *compétence limitée et inefficacité chez certains*  
 Q14b4 *parfois frais arbitraires, frauduleux*  
 Q14b5 *rien*  
 Q14b6 *sans opinion*

**Q15.** A laquelle de ces causes attribuez-vous le succès du guérisseur ? Donnez une des valeurs à chaque cause : *pas du tout; peut-être; partiellement; surtout.*

**Réponses :**

- Q15a *sa connaissance des maladies et des médicaments appropriés*  
 Q15b *sa connaissance de nos coutumes*  
 Q15c *sa capacité de combattre les causes mystérieuses des maladies (sorcellerie, forces maléfiques, malchance...)*  
 Q15d *le hasard*  
 Q15e *la nature des maladies*  
 Q15f *son matériel ...*  
 Q15g *autres causes*

**Q16.** A laquelle des causes suivantes attribuez-vous l'échec du guérisseur ? Attribuez une de ces valeurs à chaque cause : *pas du tout; peut-être; partiellement; surtout.*

**Réponses :**

- Q16a *L'échec du tradipraticien est dû à son ignorance des maladies et des médicaments appropriés*  
 Q16b *L'échec du tradipraticien est dû à ses moyens techniques rudimentaires*  
 Q16c *L'échec du tradipraticien est dû à ses pratiques magiques, au manque de foi en Dieu.*  
 Q16d *L'échec du tradipraticien est dû à la volonté de Dieu ou des Ancêtres*  
 Q16e *L'échec du tradipraticien est dû aux forces occultes : sorcellerie...*  
 Q16f *L'échec du tradipraticien est dû à ses erreurs*  
 Q16g *autres causes*

**Q17a.** Avez-vous déjà fréquenté la médecine scolaire ?

**Réponses :**

- Q17a1 *oui (a déjà été chez un allopathe)*  
 Q17a2 *non (n'a pas encore été chez un allopathe)*

**Q17b.** En quelle localité ?

**Réponses :**

- Q17b1 *en ville*  
 Q17b2 *au village*

**Q17c.** Au sujet de quelles maladies ?

**Réponses :**

*Q17c1 maladies somatiques simples*

*Q17c2 maladies somatiques graves*

*Q17a3 maladies psychiatriques et somatiques envoûtées*

**Q17d.** En quelle année la dernière fois ?

**Réponses :** (pour les dix dernières années)

**Q18a.** Comment le médecin (ou l'infirmier) a-t-il fait son diagnostic ?

**Réponses :**

*Q18a1 avec participation active du sujet ou de sa famille (information) et diagnostic du médecin*

*Q18a2 analyse passive, instrumentale (examens)*

*Q18a3 en mode combiné (17a1+17a2)*

*Q18a4 je ne sais pas*

**Q18b.** Avez-vous été content du diagnostic de votre maladie en médecine scolaire ?

**Réponses :**

*Q18b1 tout à fait satisfait*

*Q18b2 pas du tout satisfait*

**Q18c.** Si pas tout à fait, veuillez expliquer ! (N.B. L'item ne fût pas parti de l'interview)

**Réponses :**

**Q19a.** Avez-vous recouvré la santé à la suite du traitement en médecine scolaire ?

**Réponses :**

*Q19a1 oui (a été totalement guéri)*

*Q19a2 non (n'a pas été guéri)*

*Q19a3 partiellement (a partiellement recouvré la santé)*

**Q19b.** Avez-vous recouvré la santé rapidement ou plutôt lentement ?

**Réponses :**

*Q19b1 rapidement*

*Q19b2 plutôt lentement*

**Q19c.** Avez-vous été chez le tradipraticien, pour la même maladie, après les soins en médecine scolaire ?

**Réponses :**

*Q19c1 oui (a été chez un tradipraticien après les soins allopathiques)*

*Q19c2 non (n'a pas été chez un tradipraticien après les soins allopathiques)*

**Q20.** Pourquoi êtes-vous allé à l'hôpital plutôt qu'ailleurs ?

**Réponses :**

*Q20-1 c'était la meilleure solution.*

*Q20-2 sur conseils*

*Q20-3 par expérience*

*Q20-4 pour connaître exactement la maladie*

*Q20-5 suite à l'échec du tradipraticien et à cause des douleurs*

*Q20-6 je n'avais pas de choix (à cause des circonstances)*

**Q21.** Après l'échec du médecin, qu'est-ce que vous avez encore fait ? A qui vous êtes-vous encore adressé ? (N.B. La question ne fut pas posée).

**Q22a.** Qu'est-ce que vous appréciez le plus chez l'allopathe ?

**Réponses :**

*Q22a1 qualités techniques : savoir-faire efficace par l'usage d'un diagnostic et d'une intervention judicieux, d'une chirurgie complexe ignorée par*

les guérisseurs; une bonne infrastructure matérielle  
 Q22a2 qualités humaines : discrétion, promptitude, bon accueil et sans discrimination, sincérité, confiance en ses soins

Q22a3 sans opinion

Q22a4 rien

**Q22b.** Qu'est-ce que vous n'appréciez pas du tout chez l'allopathe ?

**Réponses :**

Q22b1 insensibilité au niveau relationnel : priorité de l'argent sur la santé, peu d'attention au malade, refus de paiement échelonné ou en nature, retard, activisme et manque de temps, longues attentes, prescriptions de médicaments rares et chers disponibles seulement dans sa propre pharmacie, malhonnêteté envers le tradipraticien auquel il vole des recettes sans vouloir collaborer avec lui.

Q22b2 conditions de travail : recours trop rapide à la chirurgie et aux piqûres sans tenir compte des douleurs, des risques et des marques sur le corps; il prescrit quantité de médicaments inutiles.

Q22b3 performance limitée pour certaines maladies soignées avec succès par le tradipraticien

Q22b4 organisation hospitalière déficitaire et/ou compliquée

Q22b5 sans opinion

Q22b6 rien

**Q23.** La collaboration entre les deux types de soins est-elle nécessaire (en principe) ?

**Réponses :**

Q23-1 elle est nécessaire

Q23-2 elle n'est pas nécessaire

Q23-3 ça dépend

**Q24.** A laquelle des causes suivantes attribuez-vous le succès de l'allopathe ? Attribuez une de ces valeurs à chaque cause : pas du tout; peut-être; partiellement; surtout.

**Réponses :**

Q24a son succès est dû à sa connaissance scientifique des maladies et des médicaments appropriés

Q24b son succès est dû à sa connaissance de nos coutumes

Q24c son succès est dû à sa capacité d'agir sur les causes mystérieuses des maladies (sorcellerie, ...)

Q24d son succès est dû au hasard, à la chance

Q24e son succès est dû à la nature des maladies

Q24f son succès est dû au matériel qu'il utilise

Q24g son succès est dû à Dieu, aux Ancêtres

**Q25.** A laquelle des causes suivantes attribuez-vous l'échec de l'allopathe ? Attribuez une de ces valeurs à chaque cause : pas du tout; peut-être; partiellement; surtout.

**Réponses :**

Q25a L'échec est dû aux erreurs et à la négligence de la déontologie médicale

Q25b L'échec de l'allopathe est dû à son ignorance de la mentalité et des coutumes négro-africaines

Q25c L'échec de l'allopathe est dû à sa formation scientifique très poussée

Q25d L'échec de l'allopathe est dû à la volonté de Dieu et/ou des Ancêtres

Q25e Autres

**Q26a.** Comment vous sentez-vous lorsque vos amis apprennent que vous avez été vous faire soigner en médecine scolaire ?

**Réponses :**

Q26a1     à l'aise

Q26a2     plutôt gêné

**Q26b.** Comment vous sentez-vous lorsque vos amis apprennent que vous avez été vous faire soigner chez un guérisseur ?

**Réponses :**

Q26b1     à l'aise

Q26b2     plutôt gêné

**Q27.** Qu'est-ce qui fait qu'on tombe malade ?

**Réponses :**

Q27-1     microbes, manque d'hygiène, déficience immunitaire

Q27-2     situation économique déplorable (travaux pénibles, voyages à pieds) qui entraîne malnutrition, épuisement physique et stress (soucis).

Q27-3     fautes personnelles, violation des coutumes et des lois de Dieu

Q27-4     Dieu, Ancêtres en tant que garants de l'ordre social

Q27-5     forces maléfiques

Q27-6     causes inconnues (réponse "comme ça")

**Q28.** Quelle cote attribuez-vous à ces causes de maladies (d'après leur importance) ? (Importance négligeable, moyenne, grande)

**Réponses :**

Q28a     malnutrition

Q28b     infections, microbes, manque d'hygiène

Q28c     violation des règles sociales, des traditions, des lois de Dieu...

Q28d     forces maléfiques (sorcières, mauvais esprits...)

Q28e     volonté de Dieu (fatalisme)

Q28f

**Q29a.** Connaissez-vous personnellement des médicaments traditionnels précis (des plantes p. ex.) qui soignent des maladies bien précises ?

**Réponses :**

Q29a1     oui (a des connaissances en médecine traditionnelle)

Q29a2     non (n'a pas de connaissances en médecine traditionnelle)

**Q29b.** Utilisez-vous ces connaissances ?

**Réponses :**

Q29b     jamais (ne se sert jamais de ces connaissances)

Q29b2     parfois (se sert parfois de ces connaissances)

Q29b3     souvent (se sert souvent de ces connaissances)

Q29b4     pas encore (ne s'est pas encore servi de ces connaissances)

**Q30.** Lequel des deux types de traitement (traditionnel et allopathique) est le plus coûteux ?

**Réponses :**

Q30-1     chez l'allopathe

Q30-2     chez le tradipraticien

Q30-3     pas de différence (tous les deux sont pareillement chers)



**Q31a.** Quel mode de paiement avez-vous utilisé chez l'allopathe ?

**Réponses :**

- Q31a1 cash en espèces*
- Q31a2 cash en nature*
- Q31a3 cash en espèces et en nature*
- Q31a4 échelonné en espèces*
- Q31a5 échelonné en nature*
- Q31a6 échelonné en espèces et en nature*

**Q31b.** Quel mode de paiement avez-vous utilisé chez le guérisseur ?

**Réponses :**

- Q31b1 cash en espèces*
- Q31b2 cash en nature*
- Q31b3 cash en espèces et en nature*
- Q31b4 échelonné en espèces*
- Q31b5 échelonné en nature*
- Q31b6 échelonné en espèces et en nature*

**Q32a.** Avez-vous déjà été soigné gratuitement chez l'allopathe ?

**Réponses :**

- Q32a1 oui (a déjà été soigné gratuitement chez l'allopathe)*
- Q32a2 non (n'a jamais été soigné gratuitement chez l'allopathe)*

**Q32b.** Avez-vous déjà été soigné gratuitement chez le guérisseur ?

**Réponses :**

- Q32b1 oui (a déjà été soigné gratuitement chez le guérisseur)*
- Q32b2 non (n'a jamais été soigné gratuitement chez le guérisseur)*

**Q33a.** Les coutumes et les traditions ancestrales vous semblent-elles encore très importantes ?

**Réponses :**

- Q33a1 elles sont encore très importantes*
- Q33a2 elles ne sont plus importantes*
- Q33a3 attitude réservée*

**Q33b.** Doit-on continuer à transmettre aux jeunes les coutumes et les traditions ancestrales ?

**Réponses :**

- Q33b1 oui*
- Q33b2 non*
- Q33b3 réservé*

**Q33c.** Les coutumes et les traditions ancestrales vous semblent-elles déjà caduques ?

**Réponses :**

- Q33c1 elles sont déjà caduques*
- Q33c2 elles ne sont pas encore caduques*
- Q33c3 réservé*

**Q33d.** Quelques traditions sont encore utiles

**Réponses :**

- Q33d1 oui*
- Q33d2 pas du tout*