

Quand le tradipraticien entrave la pratique psychiatrique : À propos de deux cas clinique

When the traditional practitioner hinders the psychiatric practice: About two clinical cases

¹Dr. Abassi Amel*, ²Pr. Sahraoui Antissar

¹ Laboratoire LSMN, Université de Bejaia (Algérie), amel.abassi@univ-bejaia.dz

² Laboratoire LSMN, Université de Bejaia (Algérie), antissar.sahraoui@univ-bejaia.dz

Réception : 18/02/2023

Acceptation : 20/02/2023

Publication : 26/02/2023

Résumé : Présentement, la médecine dite traditionnelle, connaît une grande extension en Algérie. Plusieurs pratiques sont observées s'exprimant au nom de la médecine traditionnelle d'une part, et de la médecine prophétique connue d'autre part, notamment, par la Rokya et la Hijâma. De toute façon, on constate que la médecine arabomusulmane reste encore vivante dans la pratique de la médecine traditionnelle.

Nous avons constaté dans notre travail en psychiatrie que beaucoup de patients tardent à venir consulter malgré la bruyance du tableau clinique, en effet les familles sont convaincues que leur état relève plus de thérapeute traditionnel, ce n'est qu'en l'absence d'amélioration qu'ils viennent consulter en psychiatrie.

Il est essentiellement question de poser la problématique de la santé, de la maladie et de la prise en charge du malade dans un contexte culturel qui est fonction d'une vision du monde caractéristique de l'homme religieux. Dans notre présentation, on va aborder les principales pratiques de la médecine traditionnelle ainsi que quelques explications psychopathologiques du symptôme psychiatrique. A la fin, nous allons illustrer cela à travers deux cas de patients que nous avons reçu dans le cadre de l'urgence.

Mots clés: médecine traditionnelle, médecine moderne, psychopathologie, la pratique de la médecine traditionnelle, étude de cas.

Abstract: Currently, so-called traditional medicine is experiencing a great extension in Algeria. Several practices are observed expressing in the name of traditional medicine on the one hand, and prophetic medicine known on the other hand, in particular, by the Rokya and the Hijâma. Anyway, we see that Arab-Muslim medicine is still alive in the practice of traditional medicine.

We have observed in our work in psychiatry that many patients delay coming to consult despite the noisiness of the clinical picture, in fact the families are convinced that their condition is more a matter for traditional therapists, it is only in the absence of improvement that they come to consult in psychiatry.

It is essentially a question of posing the problem of health, illness and the care of the sick in a cultural context which is a function of a vision of the world characteristic of the religious man. In our presentation, we will discuss the main practices of traditional medicine as well as some psychopathological explanations of psychiatric symptoms. At the end, we will illustrate this through two cases of patients we received in the emergency setting.

Keywords: traditional medicine, modern medicine, psychopathology, the practice of traditional medicine, case study.

Introduction

La "médecine traditionnelle" que l'on appelle également médecine douce ou médecine alternative, est une notion large qui déborde le champ de la santé et implique directement le volet social, le religieux, le politique, et l'économique. Les comportements humains se manifestent à travers des pratiques, des usages, des savoirs et des savoir-faire fortement marqués par leur composante socioculturelle et sont transmis de génération en génération. La médecine traditionnelle reflète la mémoire de générations, de cultures qui se transmettent avec le temps au travers de savoirs et d'échanges (Epelboin, 2002, p.2).

L'organisation mondiale de la santé (OMS), définit la médecine traditionnelle comme «l'ensemble des connaissances et pratiques, explicables ou non, utilisées, pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue et sur l'observation transmise de génération en génération oralement ou par écrit». (OMS, 1976).

Récemment, elle l'a redéfinie dans le plan stratégique pour (2014- 2023), comme « la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales » (OMS, 2013).

Présentement, la médecine dite traditionnelle, connaît une grande extension en Algérie. Plusieurs pratiques sont observées s'exprimant au nom de la médecine traditionnelle d'une part, et de la médecine prophétique connue d'autre part, notamment, par la Rokya et la Hijâma. De toute façon, on constate que la médecine arabomusulmane reste encore vivante dans la pratique de la médecine traditionnelle.

Aussi, dans notre pays l'Algérie, la médecine traditionnelle n'a pas évolué dans un cadre réglementaire défini aucun plan stratégique n'a été élaboré pour l'intégrer dans le système de santé, comme il c'est le cas dans quelques pays comme la Chine, au Japon, en Nouvelle-Zélande, et au Viet Nam.

En dépit de l'évolution de la médecine scientifique, la population reste en partie attachée à une médecine traditionnelle, héritage commun d'un corpus culturel local et régional (berbère, maghrébin, africain) et de l'apport de la médecine savante arabo-musulmane, voire de la médecine prophétique, tirant son origine des croyances religieuses.

En tant que psychiatre, dans notre pratique quotidienne nous sommes confrontés quotidiennement à des patients qui présentent des troubles du comportement en milieu familial, ou dans leur milieu professionnel, et qui tardent avant de consulter en psychiatrie.

En effet ils passent chez des thérapeutes traditionnels et subissent plusieurs sortes de thérapie, avant d'arriver à notre niveau, soit dans le cadre de l'urgence pour des états d'agitation, ou pour la non amélioration de leur symptomatologie.

Souvent les familles de ces patients acceptent mal l'hospitalisation et le suivi psychiatrique, ils nous posent la question de savoir s'il s'agit vraiment de malade relevant de notre spécialité, ou s'ils peuvent l'emmener en parallèle à nos soins chez le thérapeute traditionnel, ce qui motive également les arrêts thérapeutique après la stabilisation de nos malades. Dans ce contexte nous allons présenter dans la première partie la médecine traditionnelle et médecine moderne ainsi que la pratique de la médecine traditionnelle et dans la deuxième partie l'apport de la psychopathologie psychanalytique accompagné par une illustration à travers deux cas clinique.

1. Médecine traditionnelle et médecine moderne

Les anthropologues se sont attelés à étudier tous les concepts traditionnels sur le plan scientifique et médical. En effet, toutes les conceptions sanitaires reposent sur une vision ontologique, philosophique et étiologique particulière de l'individu et de sa relation au monde environnant, autant sur un plan physique (matériel) que subtil (énergétique + informationnel + spirituel), de sorte que chacune de ces médecines traditionnelles possède son propre code et ses propres méthodes (langage, imagerie, symboles, méthodes de diagnostic, protocoles de soins avec des plantes, des arômes, des fumigations, des bains, des massages, des aiguilles, des ventouses, des sangsues, des saignées, des purges, des sudations, des vésications, des ponctions, des diètes, des gestes, des sons, des parfums, des ondes, des pensées, des prières, etc.). Comme il l'a affirmé l'anthropologue, Claudine Brelet « L'étude des médecines traditionnelles, issues des savoirs fondés sur des cosmologies très anciennes, fait intégralement partie de l'histoire contemporaine, celle d'un monde *high-tech*. Cela peut paraître paradoxal... ». (Brelet, 2002).

Les consommateurs ont recours à la médecine traditionnelle pour différentes raisons, où les croyances culturelles en sont peut-être encore la raison majeure. Cependant, les personnes résidant dans les zones rurales et reculées dans les pays en développement recherchent souvent les systèmes traditionnels de médecine comme service de santé de première intention, parce que ce sont les seules formes de soins de santé disponibles et abordables. Certains patients peuvent avoir recours à la médecine traditionnelle parce qu'ils ont été déçus par la médecine moderne. Dans tous ces cas, l'efficacité de la médecine traditionnelle et la satisfaction du consommateur sont importantes pour que l'intérêt du consommateur à l'égard de la médecine traditionnelle se maintienne ou augmente.

Bien que la médecine traditionnelle joue un rôle important en tant que service de santé de première intention, elle peut dans certains cas être cause de retards dans l'obtention d'un traitement. De plus, certains cas se situent au-delà de la connaissance et de la capacité des médecins traditionnels. Les types de pratiques varient, dans certains pays, notamment en Chine, au Japon, en République démocratique populaire lao, en Mongolie, en Nouvelle-Zélande, en République de Corée, aux Philippines, à Singapour et au Viet Nam, la médecine traditionnelle est pratiquée non seulement dans les soins de santé primaires mais également dans les hôpitaux assurant les soins secondaires et tertiaires. Dans d'autres pays, la médecine traditionnelle est utilisée essentiellement dans un contexte familial et communautaire.

Il faut souligner que, dans la période pré-moderne, les médecins traditionnels ne dispensaient les soins qu'aux patients appartenant à leur communauté ou résidant dans des communautés auxquelles ils pouvaient se rendre à pied ou par un moyen de transport simple. Grâce à l'évolution des modes de transport et de communication modernes, le champ d'action des médecins s'est considérablement élargi dans la plupart des pays. Les dernières modifications apportées à la pratique de la médecine traditionnelle soulèvent de nouveaux défis que les médecins traditionnels doivent relever. Ils peuvent dispenser des soins à des patients se trouvant en dehors de leurs propres communautés et pour eux, assurer la prise en charge de leurs patients peut ne pas être aussi facile qu'avant. (OMS,2001,P.15-14).

Ainsi, en l'absence de cadre défini, certaines pratiques illicites émergent et se propagent. La médecine traditionnelle voit se multiplier ses tradipraticiens, ses herboristes (appelés en arabe Achchab) sans aucune formation, qui se considèrent comme des professionnels de santé et prétendent souvent pouvoir traiter toutes les maladies y compris le cancer (Hammiche et al., 2013).

Pour déterminer les ressources naturelles, des chercheurs se sont focalisés sur l'utilisation des plantes médicinales qui sont parfois toxiques, telle qu'un groupe de chercheurs dirigé par Victoria Hammiche ont publié leur livre intitulé « Plantes toxiques à usage médicinal du pourtour méditerranéen », dont ils soulignent que toutes les plantes, utilisées en phytothérapie traditionnelle ou moderne, ne sont pas inoffensives. Ils ont présenté une synthèse de toutes les données éparses existant aussi bien dans les archives des centres anti-poisons, des établissements hospitaliers et universitaires que dans la littérature internationale et se rapportant aux plantes vénéneuses du pourtour méditerranéen. Ces travaux ont porté sur des espèces potentiellement dangereuses comme la rue « Fidjel », panacée d'usage quotidien (Hammiche et Azzouz, 2013), ainsi que sur les espèces toxiques d'usage médicinal (Hammiche et Azzouz, 2013). La médecine traditionnelle saharienne a fait l'objet d'investigations poussées (Maiza et al., 2006 ; Maiza, 2008 ; Hammiche et Maiza (2006 ; 2009).

Cette synthèse permettra d'informer les professionnels comme les profanes, les praticiens comme les simples usagers, des intoxications pouvant résulter d'un mésusage des plantes, des moyens de les reconnaître et de les traiter. (Hammiche et al., 2013).

C'est nécessairement ainsi que les médecins vont s'imprégner de la richesse médicamenteuse des plantes de la forêt africaine : « la luxuriance, la fécondité de la végétation des zones forestières, inconnues en Europe, parle d'elles-mêmes et convainquent les moins avertis des touristes de la puissance des simples ».

Ces plantes que le tradithérapeute peut utiliser tantôt dans le sens de la rationalité, tantôt dans celui de la spiritualité ou même magique. Car le tradithérapeute, comme le souligne le père E. De Rosny est capable d'utiliser sa connaissance de la plante pour dissuader un patient barbant: « un Nganga voulu calmer un malade qui gênait les autres pensionnaires par son arrogance et ses excentricités. Il lui fit prendre un bain dans l'eau duquel il jeta quelques pincées de poussière provenant d'une écorce forte. L'homme fut pris par de terribles démangeaisons et promit bientôt de se tenir tranquille ». Cet exemple est fascinant et exotique, mais il faut amener les tradithérapeutes, les principaux utilisateurs des plantes à aller vers une utilisation plus rationnelle de ces plantes médicinales. Car pour l'instant, la rationalité est plus dans la phytothérapie et la pharmacopée traditionnelle et n'est que secondaire dans des pratiques rituelles de cette médecine. (Ezéchiél Mvone-Ndong ,2014,p.16-17).

En fait, il est question d'éviter le phénomène de toxicité dans lequel peut mener le contexte actuel d'une utilisation anarchique de deux systèmes de soins (traditionnelle et moderne) par patient qui vogue entre deux médecines. Même dans le cadre de la seule médecine occidentale, un individu qui consulte deux médecins qui lui délivrent deux prescriptions différentes court le risque de toxicité. La chose peut s'avérer plus compliquée dans le cas où, hospitalisé dans un centre hospitalier moderne, le patient prend discrètement les produits de la médecine traditionnelle à l'insu du médecin.

C'est d'ailleurs ce qui arrive souvent dans nos hôpitaux avec des patients hospitalisés qui reçoivent clandestinement les soins d'un tradipraticien en trompant la vigilance de l'équipe médicale. Certains d'entre eux passent de vie à trépas.

Au regard de cette indigence - preuve que l'ignorance est une maladie que l'on peut soigner -, de nombreux patients que l'on aurait dû sauver finissent par perdre la vie à pratiquant les deux médecines. C'est le cas de ceux qui, entrée dans les services de santé modernes cherchent à contourner la vigilance du médecin traitant et de son équipe médicale en introduisant discrètement les produits d'un tradipraticien dans la chambre du malade.

Certains malades meurent ainsi d'intoxication médicamenteuse dans les services de santé. Dans le cas qui nous occupe, on constate que, par leur manque de formation et par défaut d'expérience, les tradipraticiens administrent directement des plantes, chose qui conduit souvent à des catastrophes.(Ezéchiél Mvone-Ndong ,2014,p.19-20).

Ainsi, enregistrons-nous des cas de décès qui ont pour seule explication que le caractère discret d'une action non coordonnée entre le tradipraticien et le malade. Le médecin qui voit l'état de santé du patient tourner à la catastrophe décèle après la mort de celui-ci dans son service, après enquêtes qu'une bouteille contenant des plantes se trouvait coincer sous le lit du patient. Ce n'est qu'ainsi qu'il expliquera la raison pour laquelle les chiffres qui ne faisaient qu'augmenter à un moment où l'état de santé du patient devait se stabiliser ?

Cet exemple justifie la méfiance que beaucoup de médecins développent à l'égard des tradipraticiens. C'est une question de prudence. Ils ont peur que leurs patients ne perdent le bénéfice du traitement entamé à l'hôpital et qu'il y ait des complications du fait des pratiques du tradipraticien.

La peur se justifie par le fait qu'un patient qui va à la fois à l'hôpital et à la médecine traditionnelle peut se retrouver dans une situation où la prise en charge interfère au point de créer des situations d'intoxication. D'où le fait que l'on arrête souvent imprudemment le traitement qui était suivi régulièrement au niveau de la médecine occidentale. (.Ezéchiél Mvone-Ndong ,2014,p.21).

En plus de tous ce qui a été avancé, le parcours de formation du médecin psychiatre ne contenait pas, ni le contenu, ni des connaissances susceptibles de les aider à faire face à de telles comportements. Le médecin finit par se sentir quelque peu coincé entre les théories scientifiques apprises sur les bancs de l'université et les conceptions culturelles des troubles psychiques exprimés par ses patients. Dés lors, devant cette situation comment le médecin traitant peut répondre à des plaintes formulées à partir des croyances traditionnelles ?.

En réalité tant que psychiatre, on est convaincu que cette situation exige une compréhension et non un jugement de valeur. On constate dans notre pratique des résistances aux changements, et la dévalorisation et la mise à l'écart des thérapeutiques traditionnelles n'est qu'un aspect d'une marginalisation globale qui concerne les cultures régionales, notamment la culture berbère avec ses particularités locales, pour le malade et sa famille.

2. La pratique de la Médecine traditionnelle en Algérie : entre héritage culturel et religieux

Dans le cadre des pratiques de la médecine dite traditionnelle Algérienne, notre questionnement porte en premier lieu la nosologie, la perception de la maladie, la démarche de guérison, les pratiques de guérison et les mythes qui en constituent le fondement.

La médecine traditionnelle dans la société kabyle¹, c'est d'abord un ensemble de croyances et de pratiques relatives à la maladie et à sa guérison, et véhiculées par deux langues, la langue arabe, réservée essentiellement à la récitation de versets du Coran, et la langue kabyle.

Elle demeure cependant bien vivante et ne manque jamais de consultants. Elle comprend, enfin, divers agents et pratiques qui peuvent s'interpénétrer en réalité, d'une manière générale, elles nous paraissent être celles qui illustrent le mieux la conception de la maladie et de sa guérison dans la pensée traditionnelle en question. Le chercheur Nadia Mohia-Navet a édité un livre intitulé « Les thérapies traditionnelles dans la société Kabyle », où elle a distingué dans la pratique de la médecine traditionnelle plusieurs domaines qui sont comme suit :

-Le domaine de la pharmacopée, défini par un ensemble de connaissances empiriques se rapportant aux soins curatifs ou prophylactiques de troubles divers, tels que fièvre, infections saisonnières, maux digestifs d'origine variée, etc.

Elle est composée essentiellement de plantes et se transmet à travers des recettes apprises d'une génération à l'autre. C'est un domaine où excellent surtout les aïeules.

-Le domaine des soins donnés aux enfants, aux nourrissons en particulier. Il est représenté par des femmes âgées, ayant eu souvent de nombreux enfants, et possédant de ce fait une expérience appréciable des maladies infantiles. Pour la même raison, elles sont aussi des sages-femmes, des Ikiblat. A leur expérience, s'ajoute pourtant un élément magique repérable dans leur pratique : comme à tous les âges, la maladie d'un enfant n'est jamais, pour la pensée traditionnelle, un phénomène « naturel », puisqu'elle est attribuée aux genun, ou encore au mauvais-œil. Nombre de ces praticiennes ont ainsi des dons comme celui de « mesurer l'enfant », ou « tourner un œuf » (ou une poignée de sel) sur sa tête, afin de « casser l'œil » qui l'a « frappé », ou encore, celui de « masser » les femmes n'ayant pas d'enfants.

-Le domaine des injebaren qui nous rappellent les « rebouteux » des campagnes françaises. En général, il s'agit d'hommes possédant un don souvent transmis par un membre de la famille, et qui traitent en particulier les accidents osseux, tels que fractures, entorses, etc.

-Le domaine des iderwicen (hommes) ou tiderwicin (femmes) auxquels on a recours dans les cas de sorcellerie notamment. Ils sont aussi devins. Pour cette double raison, ils sont fortement condamnés par la religion officielle, ce qui ne les empêche pas d'exister et de

La Kabylie est une région historique située dans le Nord de l'Algérie, à l'est d'Alger. Terre de montagnes ¹ densément peuplées, elle est entourée de plaines littorales à l'ouest et à l'est, au nord par la Méditerranée et au sud par les Hauts Plateaux.

pratiquer officieusement, simplement parce qu'ils continuent à être très sollicités, même en milieu urbain.

- Le domaine des imrabden (marabouts), plus souvent hommes que femmes. Ce sont les taleb, des lettrés connaisseurs du Coran, et appartenant à la catégorie sociale des Marabouts par opposition à celle des simples Kabyles. Revendiquant leur affiliation aux Almohavides, ils constituent une caste vénérée par l'ensemble de la tribu à laquelle ils offrent un modèle exemplaire d'être musulman. En ce sens, ils vivent selon des lois très strictes, ne contractent pas mariage avec les « Kabyles » et ne laissent pas sortir leurs femmes. Aujourd'hui, les changements socioculturels tendent à atténuer cette distinction entre « marabouts » et « Kabyles », sans pour autant entamer le pouvoir des taleb. Leur pratique, à but thérapeutique ou prophylactique, consiste essentiellement à délivrer tira (des « écrits »), c'est-à-dire des amulettes renfermant un verset des Saintes écritures griffonné sur un bout de papier. Leur pouvoir tient surtout, me semble-t-il, à leur connaissance du Coran ainsi qu'à la valeur conférée à cet écrit sacré.

- Le domaine des cix, voyants-guérisseurs qu'il faut distinguer des taleb précédemment évoqués. Certains se réclament de la catégorie des Marabouts, comme Cix A. dont il sera question plus loin. D'autres n'acquièrent ce titre qu'à la suite d'un cheminement existentiel sur la voie de l'ascétisme et de la vertu. A la différence des taleb, les voyants-guérisseurs

n'« écrivent » pas des amulettes. Leur fonction, multiple (thérapeutique, divinatoire, mais aussi sage-conseiller, juge, etc.) s'appuie davantage sur des croyances populaires antéislamiques, telle que l'idée de l'amlak, de la possession par les saddat, les assassen, (les « esprits » tutélaires, les « gardiens du pays ») dont ils sont l'objet. Selon la conception traditionnelle, le cix est cet individu « appelé » par les très tutélaires, celui à qui ils ont ôté le voile et donné, de cette manière, le don de voir. Ce don de voyance peut être aussi hérité du père ou du grand-père, cix de leur vivant, et à qui on ne manque pas de construire un sanctuaire après la mort. C'est ainsi que chaque tribu possède son ancêtre, son « grand-père », à l'origine d'une lignée de voyants-guérisseurs qui se perpétue de génération en génération. Une vocation personnelle n'est pas non plus étrangère à la fonction de voyant-guérisseur. Cette vocation est reconnaissable à certains signes. Chez tel individu, on notera par exemple une modification discrète, mais sensible, du caractère; il fuira les assemblées pour méditer en solitaire; on le verra marcher seul, remuant les lèvres, fréquentant davantage les sanctuaires des saints vénérés, les lieux sacrés parsemant le maquis; il s'attachera de moins en moins aux choses matérielles, plus soucieux de la propreté de sa personne et du style de ses propos; lors des animations des lieux de pèlerinage, il participe avec ferveur aux chants évocateurs de Dieu et des Saints-protecteurs; parfois, il fréquente assidûment une confrérie de lexwan jusqu'à en faire partie. La vocation du futur cix peut aussi se révéler à travers certains

phénomènes répétitifs auxquels l'entourage devient peu à peu attentif, tel le caractère prémonitoire de ses rêves ou même de ses paroles, alors qu'il n'est que dans la phase d'élection. C'est ainsi que, progressivement, on fera attention à ses propos, à ses actes, et que s'imposera en même temps sa qualité de voyant-guérisseur. Mais il ne sera déclaré comme tel qu'après une initiation « officielle » et une « autorisation » (trih) délivrée par un cix connu. Tant qu'il n'a pas reçu cette autorisation, il demeure un individu quelque peu perturbé, égaré sur le chemin de la sainteté. La mise sous tutelle d'un cix reconnu permet ainsi de normaliser une expérience individuelle, certainement psychopathologique, en l'intégrant à l'ensemble de la culture.

- Le domaine des zawia qui recouvre, en fait, celui des pèlerinages aux lieux saints ; la zewia² désigne en Kabylie une pratique thérapeutique basée sur la production de transes collectives, au moyen d'un rythme particulier donné par de grands tambours à main (imenduyar). La zawia s'effectue dans un sanctuaire, sous le patronage du saint qui y est enterré. Elle est animée par la confrérie de lexwan attachée au lieu, et concerne particulièrement les cas de possession par les genun, cas qui, bien souvent, s'y révèlent, à la grande surprise des participants. Selon la « théorie » traditionnelle, les genun n'aiment pas le son des tambours et les chants religieux qui l'accompagnent ; c'est pourquoi ils s'agitent dans le corps des personnes qu'ils hantent, produisant ainsi la transe, convulsions et contorsions violentes, dans un état de conscience plus ou moins altérée.

-Les pèlerinages aux lieux saints, ces derniers pouvant être des tombeaux de saints défunts, ou des lieux historiquement sanctifiés qu'on dit « habités » par les sadday, les assassent,

« Esprits » protecteurs du pays. Certains « privilégiés » peuvent y voir des « lumières » ou des « hommes habillés en blanc tenant une assemblée ». Le culte attaché à ces lieux sacrés est un des aspects les plus évidents de la permanence berbère en Afrique du Nord. Une source, un rocher, un arbre séculaire peuvent être un lieu de pèlerinage, de dévotion, un lieu où l'on peut se laver, prendre un repas en commun, où l'on fait ses prières de guérison. On y laisse toujours des offrandes (des aliments, quelques pièces de monnaie) qui seront récupérées par un passant nécessiteux. Ainsi, Azru n Sidna Ali (« la roche de Sidna Ali »), Nadur (un chêne séculaire) chez les At-Yani ou Azru n Thur (« la roche de Thur ») chez les At-Mangellat font l'objet d'une vénération profonde depuis toujours.

Tels sont, pour l'essentiel, les agents et les pratiques thérapeutiques en Kabylie. D'autre part, ces pratiques constituent globalement une sorte de compromis entre la religion

Zawia est un terme arabe qui signifie « angle », il désigne aussi un établissement religieux, siège d'une ² confrérie, ou une école coranique.

musulmane officielle et les croyances traditionnelles spécifiques du monde berbère, en particulier, de la société kabyle. Ce sont, enfin, les pratiques les plus fréquemment évoquées par nos patients et leur famille. (Mohia-Navet, 1993, p.21-25).

Cependant, il est nécessaire que la médecine traditionnelle sorte de la clandestinité, car cette clandestinité est à l'origine de décès et de complications multiples. Beaucoup de structures sanitaires du pays sont victimes de l'ignorance de ces familles qui contournent la vigilance des tradithérapeutes. Ils amènent les malades à ne pas respecter la prescription des médecins mettant ainsi la santé des malades en danger.

3. Quelques apports en psychopathologie

Actuellement, on constate chez certains cas la dissociation entre l'âme et le corps, comme le fait Platon, la « Médecine de l'âme » (laquelle est de la philosophie) et la médecine des « corps » (laquelle serait la médecine académique). Telle est d'ailleurs la difficulté épistémologique qu'Hippocrate a pu résoudre en effectuant une rupture décisive entre le sacré et l'expérience en médecine. Le sacré, tel est d'ailleurs le problème que nous devons résoudre en parlant de médecine par rapport à la psychologie du consultant : par son rapport au sacré et compte tenu des pratiques de la médecine traditionnelle, peut-on rigoureusement envisager d'entendre cette médecine traditionnelle comme une médecine efficace ? Si l'on répond par l'affirmative, alors ce serait faire procès à l'orientation de médecine hippocratique et concevoir qu'il soit possible de fonder une médecine sur du sacré et accepter qu'une telle médecine mérite véritablement son nom. (Ezéchiél Mvone-Ndong ,2014,p.8)

Le malade en traitement n'est guère meilleur patient, il « rechute », par interruption des soins médicamenteux, n'ayant suivi que quelques jours de traitement prévu pour un mois ou plus, ou ne l'ayant pas suivi du tout, préférant un traitement traditionnel conseillé par un voyant-guérisseur particulièrement réputé.

« ... le malade dit qu'il n'est pas fou et qu'il n'a pas besoin de l'hôpital. C'est une femme qui lui a fait des sorcelleries. Il refuse de prendre le traitement parce qu'il dit ça ne sert à rien ».

« ...depuis mon entrée à l'hôpital, la malade ne mange pas, elle ne parle pas. Refus du contact. Elle devient agressive quand on l'approche, sa mère dit que ce sont les genun qui l'ont rendu malade. Elle veut la faire sortir pour l'emmener à une Zawia ».

Parfois même les membres de la famille justifient la cause de la maladie par « le mauvais œil », « la possession par les genun ».

Aujourd'hui, la multiplication d'hôpitaux psychiatriques (signe des temps !) ne cache en rien la vitalité de tout un secteur de la culture traditionnelle, celui de thérapeutiques ancestrales dont le regain d'activité, ces dernières années, est indéniable. La prétendue «

résurgence » de ces pratiques thérapeutiques et des croyances qui leur sont associées est jugée, selon les médias officiels, en termes de « triste signe d'archaïsme, d'obscurantisme et d'ignorance ». Parlant de la poésie populaire, A. Taleb Ibrahimy écrit : « A ce reliquat de culture, il convient enfin d'ajouter certaines connaissances sur le plan médical qui représentent les restes d'une médecine ancienne auxquels sont venues se mêler quelques pratiques incantatoires et magiques héritées des siècles de décadence ». (A. Taleb Ibrahimy, 1976, p. 60).

Devant cet état, que veulent dire toutes ces croyances au regard des théories psychopathologiques ?

On peut introduire dans ce contexte le concept de réalité psychique qui représente un grand tournant épistémologique lorsque Freud (1897) a fait la distinction entre la réalité événementielle et la réalité psychique. La réalité psychique s'opposerait ainsi à toutes autres formes de réalité telles que la réalité matérielle et biologique. Cette réalité qui désignerait la prévalence des désirs inconscients et des fantasmes qui lui sont associés (Laplanche & Pontalis, 1981). Donc chaque individu a sa propre réalité psychique qui diffère des autres. Du coup, l'appréhension et l'interprétation des événements restent liées à la subjectivité de chacun constituant sa réalité psychique. L'interprétation de la maladie mentale par « le mauvais œil », « la possession par les genun »,...est liée à la réalité psychique propre au malade, cette réalité qui est construite au fil du temps par l'intériorisation des représentations sociale, la culture, les coutumes,...

Le domaine de la sorcellerie ne sera pas écarté pour autant, celle-ci participant largement de la psychopathologie dans la société kabyle. Nous pensons toutefois qu'elle nécessite une étude particulière par d'autres chercheurs.

A propos des apports théoriques sur l'origine du délire et des hallucinations, on va se focaliser sur quelques explication donnée par la psychanalyse ;

Dès 1894, et à la suite du psychiatre et neuroanatomiste Allemand Theodor Hermann Meynert, Sigmund Freud soutient l'idée que la psychose hallucinatoire est l'expression d'un souhait qui n'a pas pu trouver à s'accomplir dans la réalité. Cette théorie est une première étape vers l'idée que le délire dit quelque chose et qu'il est analysable. Ensuite, avec le cas Schreber, en (1911), Sigmund Freud montre, en effet, qu'un délire paranoïde et de persécution, aussi florissant et exubérant soit-il, se rapporte aux fantaisies sexuelles et en particulier aux fantaisies homosexuelles inconscientes que ne peut s'avouer Daniel Paul Schreber. (Freud, 1911). Pour Freud (1914), le délire correspond également à une régression (retour) au stade du narcissisme, un stade du développement psychosexuel de l'enfant où la

toute-puissance des idées et des souhaits (principe de plaisir) prévaut sur l'investissement et la reconnaissance de la réalité (principe de réalité).

Ainsi, Sigmund Freud a montré que le délire a un sens, qu'il dit quelque chose des fantaisies (fantasmes), des vécus et des souhaits de l'individu qui délire. Selon lui, le délire serait une « tentative de guérison » face à l'émergence d'éléments traumatiques restés enkystés et qui resurgiraient dans le Moi en provoquant sa désorganisation totale et en étant tout à fait déformés.

Dans la psychose, le mécanisme de défense qui rend les éléments traumatiques (pensées, vécus, souhaits) méconnaissables et vise à les exclure n'est pas un refoulement, mais un déni (Freud 1925). Ce dernier recompose un monde extérieur qui ne correspond pas à la réalité grâce à l'hallucination et au délire. Il aboutit à un processus de clivage du moi (Freud 1938), une partie du Moi étant vaincue par le délire et le déni de la réalité, une autre partie pouvant admettre cette dernière. (Freud, 1925, 1938).

En vue des successeurs de la théorie psychodynamique, les psychanalystes contemporains ont émis plusieurs hypothèses sur l'origine et la fonction du délire et des hallucinations. Ce sont souvent les relations les plus précoces qui sont mises en cause et notamment la relation à la mère.

Devant toutes ces hypothèses, la tendance s'achemine de plus en plus vers des modèles étiologiques qui font, tout à la fois, une place à l'environnement et à l'inné et qui envisagent qu'un gène peut trouver à s'exprimer selon tel ou tel facteur environnemental déclenchant.

4. Vignettes cliniques

• Cas Wahida

Mademoiselle Wahida âgée de 39 ans, célibataire, de niveau d'instruction moyen, sans profession, était la dernière d'une fratrie de dix enfants. Elle a été hospitalisée en service de psychiatrie pour des troubles du comportement fait: d'instabilité psychomotrice, de rires immotivés, de soliloque, d'une incurie corporo-vestimentaire, d'hallucinations acoustico-verbales avec automatisme mental, de crises d'angoisse, d'un tableau dépressif avec humeur triste, insomnie, dégoût vital, ralentissement psychomoteur, et hétéro agressivité envers ses parents.

Wahida est née en France, ou elle a vécu jusqu'à l'âge de 31 ans. Durant son enfance, elle a été très gâtée par ces parents, et par ces grands frères et sœurs, tous cédaient à toutes ses volontés. A l'école elle avait des résultats moyens, décrite comme une fille sociable, avec un champ relationnel élargi. Ces parents étaient ouverts, ils l'ont autorisé à faire beaucoup de chose, à sortir avec ses camarades, à pratiquer ses loisirs. Elle a arrêté ses études au moyen, car elle n'arrivait plus à suivre, elle a fait plusieurs formations mais à chaque fois elle n'arrivait pas à les terminer.

Elle a dit bien s'entendre avec tous les membres de sa famille, en particulier avec une de ses sœurs.

A l'âge de 31 ans, ces parents ont décidé de vendre leur maison en France et de rentrer définitivement en Algérie. Notre patiente était la seule³ qui vivait encore chez ses parents, ses autres frères et sœurs étaient mariés et installés. Ses parents lui ont proposé de les accompagner, en lui promettant que ça allait être une période d'essai, et que si elle ne s'adaptait pas, elle allait être libre de rentrer en France. Elle ne venait en Algérie que durant les vacances d'été avec sa famille, quand elle était enfant.

A son retour en Algérie avec ses parents pour l'installation, au début ça c'était bien passé car c'était les retrouvailles avec les cousins et cousines du village, mais petite à petit, elle étouffait dans son village perché dans les montagnes, en effet elle n'avait plus les mêmes libertés qu'en France, elle ne sortait que très rarement de la maison, et même si elle sortait, elle devait être accompagnée.

Elle insistait auprès de ses parents pour rentrer en France mais ces derniers lui ont expliqué qu'avec le temps elle s'habituerai. Petit à petit des troubles du comportement se sont installés chez notre patiente, en effet elle se retirait, s'isolait, dormait de moins en moins, puis elle se mettait à parler toute seule, à rire toute seule, avec des bizarreries du comportement, ce qui a inquiété ses parents, et sa famille du village.

Devant ce tableau, sa mère lui a expliqué qu'il fallait aller voir un cheikh, qui était le seul à la guérir. C'est ainsi qu'avec sa mère, elle est parti voir le cheikh, qui a discuté avec elle pendant une heure, il lui a dit qu'elle était possédée par un djinn, de sexe féminin, qui était de religion chrétienne, de nationalité française, et qu'il fallait le sortir de son corps pour qu'elle redevienne comme avant. Ainsi, il lui a donné des herbes à boire, avec de l'eau bénite, et lui a conseillé de lire des versets coraniques chaque jour pour pouvoir le sortir de son corps.

Il l'a voit régulièrement, mais les troubles du comportement ont continué de s'aggraver, en effet elle disait qu'elle n'était plus maîtresse de ses comportement, et que le Djinn guidait tout ses mouvements. Il contrôlait ses pensées, il l'obligeait à faire de choses qu'elle ne voulait pas faire, elle l'appelait Nathalie, il parlait à sa place.

La patiente se retirait, s'agitait de plus en plus, et à chaque agitation elle demandait à voir le cheikh car seul lui pouvait la soulager.

Devant la non amélioration de son état, et profitant de la visite d'un de ses frère, il a suggéré de l'emmener voir un psychiatre, au début la mère s'est formellement opposée à cette

On se référant à l'éthique et la déontologie, on a changé le nom de la patiente pour garder l'anonymat. On a³ choisi de la surnommer Wahida qui veut dire en langue arabe toute seule, puisque tous ses frères et sœurs sont mariés par contre elle est reste seule chez ses parents.

idée, mais devant l'insistance du frère, il l'a emmené voir un psychiatre qui l'a mise sous traitement neuroleptique, elle l'a arrêté au bout de quelques jours trouvant que cela l'alourdisait, et elle repartait voir le cheikh, qui continuait à lui prodiguer des soins.

Après quelques mois, et devant une crise d'angoisse massive, son père l'a emmené voir une parente à elle qui est médecin, qui l'a ramène aux urgences psychiatriques ou elle a été hospitalisée.

L'examen mental à l'admission retrouvait une patiente de grande taille et de corpulence moyenne avec une mimique anxieuse et humeur triste, le discours était émis à débit normal, rapportait qu'elle était fatigué de Nathalie qui contrôlait son langage, son comportement, ses pensées, elle n'avait aucune liberté, elle disait être très angoissé et ne supportait plus la situation, elle pensait mettre fin à ces jours pour en finir avec Nathalie.

On n'a pas retrouvé d'antécédents médicaux-chirurgicaux particulier, pour les habitudes toxiques, elle était tabagique.

Durant les premiers jours de son hospitalisation, Wahida réclamait vouloir sortir pour aller voir son cheikh, car il pouvait diminuer son angoisse et que lui seul, pouvait faire partir Nathalie, on l'a rassuré, et on lui a expliqué que dès qu'elle irai mieux elle pourrai aller le voir, durant la visite de sa famille elle les suppliait de sortir, mais ces derniers la rassurait et lui expliquait qu'il fallait qu'elle se fasse soigner.

Après quelques semaines d'hospitalisation, l'état de la patiente s'est amélioré, elle n'était plus sous l'influence de Nathalie, elle se sentait plus libre. Elle a bénéficié d'une permission de sortie, à son retour elle nous a expliqué que tout c'était bien passé, et qu'elle était partie voir le cheikh, qui l'a rassuré.

Une fois sortie de l'hôpital, on a continué à la voir en consultation, elle prenait son traitement mais elle restait persuader que le thérapeute traditionnel était indispensable, ainsi elle a continué à aller le voir régulièrement.

• Cas Farouk

Il s'agit de monsieur Farouk⁴ âgé de 27 ans, célibataire, sans profession, niveau d'instruction secondaire, aîné d'une fratrie de trois enfants. Admis pour la première fois en milieu psychiatrique pour des troubles du comportement, à savoir : retrait-isolement, bizarrerie du comportement, incurie corporo-vestimentaire, apragmatisme, insomnie, hallucinations acoustico-verbales, activité délirante de persécution dirigée contre les membres

Pour garder l'anonymat, on a choisi de surnommer notre cas Farouk qui vient du mot forkat qui veut dire en ⁴ langue arabe se séparer, puisque notre patient s'est séparé de ses parents en étant petit et aussi il s'est séparé d'eux en les quittant quelque mois pour vivre chez le guérisseur.

de sa famille. On ne retrouve pas d'antécédents médico-chirurgicaux particulier, ni de prise de toxique. Le patient n'a jamais eut de démêlés avec la police ni la justice.

Farouk est l'aîné de sa fratrie, élevé par sa grand- mère. En effet comme c'était l'aîné des petits fils, sa grand-mère l'a pris chez-elle, et l'a élevé, jusqu'à l'âge adulte. Elle cédait à tous ses caprices, et répondait à toutes ces volontés. Ses parents venaient le voir occasionnellement, mais il disait qu'il l'a toujours considéré comme sa mère. Enfant, il était décrit comme introverti, n'avait pas beaucoup de camarades. Il avait des résultats scolaires moyen, il a été exclu de l'école en seconde. Après le décès de sa grand-mère, il est parti vivre chez ses parents, l'intégration était difficile. A l'âge de 22 ans, il est appelé au service militaire, après quelque mois, il a commencé à se retirer, s'isoler, à ne plus parler à personne. Devant son état, sa famille est contactée pour le récupérer. A son retour chez lui, son état a persisté pendant des mois, sans aucune amélioration, s'ajoutait à cela des bizarreries du comportement, un refus alimentaire, de plus il disait à ses parents qu'ils lui voulaient du mal, et qu'ils voulaient lui nuire, sa famille s'est inquiété et son père a entendu parler d'un guérisseur dans une localité proche de chez lui, il l'a emmené chez lui.

Le guérisseur leur a proposé de le garder chez lui, pour le soigner, il leur a expliqué qu'il fallait du temps pour qu'il aille mieux et qu'il fallait qu'il observe son fonctionnement chez lui. Ainsi notre patient est resté chez le guérisseur, ou il a trouvé d'autre patient qui vivaient là-bas. Petit à petit, il s'accommodait au rythme de la communauté, il travaillait avec les autres patient dans le jardin du guérisseur, il l'accompagnait pour faire ses courses, il s'occupait de ces animaux. Il refusait de voir ses parents, convaincu qu'ils étaient contre lui, et qu'ils lui voulaient du mal, ainsi le temps passait, au bout d'une année, devant la non amélioration de son état, et la persistance des bizarreries du comportement, son père l'a récupéré de force, et l'a ramené aux urgence psychiatrique ou il a été hospitalisé.

A l'admission, on a retrouvé un patient stable sur le plan comportemental, avec une mimique triste, un contact laborieux, il disait qu'il voulait repartir de là ou il est venu, et que son père n'était pas son père, et qu'il voulait lui nuire. Pendant les premiers jours de son hospitalisation, il réclamait toujours de rentrer et retourner chez le guérisseur, et il disait qu'il n'était pas malade. Il a fallu beaucoup de patience avec le malade, on a du travaillé la relation thérapeutique, associée à la chimiothérapie, pour que le patient s'améliore. Ainsi l'activité délirante de persécution s'est amendée, il a bénéficié de plusieurs permissions qui se sont bien déroulée, mais à chaque fois il allait rendre visite à son thérapeute traditionnel, il était très attaché à lui. A sa sortie, il a continué d'aller en consultation, et petit à petit il partait de moins en moins voir le thérapeute traditionnel.

- **Discussion des deux cas cliniques**

A travers ces deux cas clinique, nous constatons la grande influence des thérapies traditionnels chez nos deux malades, et leurs familles, avant de consulter en psychiatrie, ils ont passé des mois à aller les voir, convaincu qu'ils allaient les guérir, mais au contraire le tableau clinique n'a fait que s'amplifier, de même pour les troubles du comportement.

Durant toute notre prise en charge on a du expliqué aux malades et à leurs familles que ce sont des pathologies psychiatrique et qui nécessite un traitement aux longs cours, la relation avec le malade est travaillée, et renforcée, de même que l'éducation au traitement, et devant l'importance des croyances on ne peut les empêcher d'aller voir leur thérapeute.

Notre attitude a donc été de ne pas nier leurs croyances, car on ne peut les modifiées, cela fait parti de notre culture, mais de leurs expliquer quand ils nous le demandaient, qu'ils pouvaient aller les voir, mais sans arrêter le traitement et la prise en charge psychiatrique, cela va nous permettre de maintenir le lien, et l'observance thérapeutique.

Conclusion

Le thème de notre présentation, prend donc une orientation épistémologique qui nous invite à interroger les problèmes de santé dans le contexte socioculturel Algérien.

Nous tentons de comprendre les stratégies et les trajectoires thérapeutiques en contexte socioculturel Algérien. Il est essentiellement question de poser la problématique de la santé, de la maladie et de la prise en charge du malade dans un contexte culturel qui est fonction d'une vision du monde caractéristique de l'homme religieux.

Les pratiques thérapeutiques traditionnelles auraient pour fondement la conception d'un univers dans lequel existeraient des réalités invisibles qu'il n'est pas donné à tout le monde de les percevoir.

C'est dans cette perspective que nous convoquons divers domaines des sciences humaines afin de confronter les deux médecines qui prennent en charge la santé de l'homme.

Le problème aujourd'hui est de fixer les conditions de coopération entre les deux médecines pour sortir de cette situation dans laquelle nous avons une médecine traditionnelle qui existe, mais dont les médecins formés à l'occidentale ignorent les principes éthiques et épistémologiques. Il s'agit donc de formaliser le cadre de la coopération entre toutes ces médecines que l'on devra convoquer pour l'élaboration et la mise en œuvre de la politique des soins de santé primaires. C'est une expérience qui est déjà bien développée au Sénégal pour ce qui est des pathologies mentales. Nous avons l'exemple de l'hôpital de Fan où les psychiatres ont recours aux médecins traditionnels pour prendre en charge les malades mentaux. (Ezéchiél Mvone-Ndong ,2014,p.14).

Il y a d'abord un problème d'acteurs, qu'il convient de préparer à travers la formation continue.

Celle-ci est une sorte d'obligation déontologique pour le médecin, mais aussi pour le tradipraticien. Car, s'engager pour les soins de santé primaires, c'est aussi décider de renouveler son savoir bien au-delà de sa formation initiale. C'est à ce niveau que se pose un problème pour ce qui est surtout de la médecine traditionnelle. Nous avons, en effet constaté que, même en organisant à titre gratuit des formations, ces derniers, notamment ceux qui sont en ville ne viennent pas. Ils manquent de volonté se contentant de brandir les produits qu'ils veulent vendre. (Ezéchiél Mvone-Ndong ,2014,p.16).

Du coup, une collaboration est nécessaire entre toutes ces pratiques soignantes pour avoir un système de soins qui tienne compte de l'histoire sociale et culturelle des peuples, et réaliser une sorte de compromis entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne.

De cette façon, l'on permettra ainsi aux médecins de différentes spécialités médicales de dialoguer avec les tradipraticiens tout en gardant à l'esprit que toute évocation de la question des soins ne doit pas être un prétexte pour introduire dans le système de santé moderne des éléments qui viendraient le miner de l'intérieur.

L'auteur Ezéchiél Mvone-Ndong (2014) dans a proposé des étapes pour réaliser ce travail opératoire, dans une première étape doit conduire à l'enregistrement de tous ceux qui, comme membres d'associations de tradithérapeutes ou non, cela implique la nécessité d'un recensement des tradipraticiens sur toute l'étendue du territoire national.

Ensuite l'on passera à l'étape de l'enregistrement de leurs domaines de compétence de manière à éviter de se retrouver avec ceux qui sont spécialistes de toutes les maladies, même les plus sophistiquées. On sait très bien que parmi eux, il y a ceux dont les compétences peuvent servir aux cardiologues, aux psychologues, aux pneumologues, aux gastroentérologues, etc.

La troisième étape consistera à s'intéresser à leurs recettes en fonction des pathologies. Quelles sont les plantes utilisées ? Quelles sont les plantes utilisées et qui sont efficaces et pour quelles pathologies le sont-elles ? Qu'est-ce qu'ils pratiquent comme thérapie et quelles sont les recettes utilisées et en vue de soigner quelles maladies ? C'est de cette manière que, progressivement, il sera possible d'identifier les compétences.

On saura qui maîtrise telles ou telles pathologies. Il faut donc un travail de recherche et d'animation scientifique sous l'égide du ministère de la santé pour rassurer la population. Si l'on connaît l'importance et la qualité des recettes utilisées par les tradithérapeutes, alors les médecins peuvent s'autoriser à conseiller à leurs patients certains d'entre eux.((Ezéchiél Mvone-Ndong ,2014,p.17-18).

Bibliographie

-Brelet ,C.(2002).*Médecines du monde : histoire et pratiques des médecines traditionnelles*.

Paris, France : Robert Laffont.

-Epelboin, A. (2002). Médecine traditionnelle et coopération internationale. *Bulletin Amades*, 50, 1-5.

- Ezéchiél Mvone-Ndong S.P .(2014). *Médecine traditionnelle et médecine scientifique: pour une médecine interculturelle en Afrique*. Paris, France : L'Harmattan.

-Freud S. (1911-2001) **cinq psychanalyse**, *Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Dementia paranoïdes)* ,(Le [Président Schreber](#))

Paris, France : PUF

-Freud S. (1992-1994-1995-2010).Œuvres complètes : psychanalyse Vol 17, 18, 19,20. Paris, France : PUF.

-Hammiche, V., Merad ,R., Azzouz ,M. (2013). *Les plantes toxiques à usage médicinal du pourtour méditerranéen*. Paris, France : Editions Springer Verlag.

- Laplanche,J., Pontalis , J.B. (1981). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, France : Presses Universitaires De France.

- Mohia-Navet,N .(1993).*Les Thérapies traditionnelles dans la société kabyle: pour une anthropologie psychanalytique Santé, sociétés et cultures*, . Paris, France : L'Harmattan .

-OMS.(1976).Médecine traditionnelle en Afrique, Série du rapport technique n°1, Brazzaville, OMS, 21 p.

- OMS.(2001). Bureau régional du pacifique occidental, médecine traditionnelle, 44p.

-OMS.(2013). Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014- 2023, Hong Kong, 75 p.

- Taleb Ibrahim,A. (1976). *De la décolonisation à la révolution culturelle (1962-1972)* . Alger, Algérie : Société nationale d'édition et de diffusion.