

# Ethiopiques

REVUE NÉGRO-AFRICAINNE DE LITTÉRATURE, DE PHILOSOPHIE,  
DE SOCIOLOGIE, D'ANTHROPOLOGIE ET D'ART



N°111 - 2e semestre 2023



# ÉTHIOPIQUES

Revue semestrielle

ISSN 0850 - 2005

Rue Alpha Hachamiyou TALL x René NDIAYE

Tél : +221 33 849 14 14 - Télécopie : +221 33 822 19 14

BP : 2035 Dakar

e-mail : [senghorf@orange.sn](mailto:senghorf@orange.sn)

internet : <http://www.refer.sn/flss>

online : [www.refer.sn/ethiopiennes](http://www.refer.sn/ethiopiennes)

## COMITÉ DE RÉDACTION

Directeur de Publication

Amadou LY

Directeur de la Rédaction

Cheick SAKHO

Membres

Mamadou BA

Abdoulaye Élimane KANE

Ramatoulaye Diagne MBENGUE

Boubé NAMAÏWA

A. Falilou NDIAYE

Amadou Lamine SALL

Pierre SARR (Lettres)

Malick DIAGNE

Abdou SYLLA

Étienne TEIXEIRA

Ibrahima WANE

Babacar Mbaye DIOP

Alioune DIAW

Andrée Marie Diagne BONANE

Coudy KANE

Elhadj Malick Sy CAMARA

Pierre Mbid Hamoudi DIOUF

Membres correspondants

Hélène TISSIÈRES (U.S.A.)

Eileen JULIEN (U.S.A.)

Sana CAMARA (U.S.A.)

Papa Samba DIOP (France)

Françoise UGOCHUKWU (Angleterre)

Pierre K. NDA (Côte d'Ivoire)

Guy O. MIDIOHOUAN (Bénin)

Abdelouahed MABROUR (Maroc)

Ousmane TANDINA (Niger)

Pierre NDEMBY MAMFOUBY (Gabon)

Albert OUEDRAOGO (Burkina Faso)

Mbaye DIOUF (Canada)

*Ethiopiennes*



*Éthiopiennes*

Littérature, philosophie, sociologie, anthropologie et art.

N° 111 ..... 2e semestre 2023

**Illustration :**

Artiste : Justine Gaga (Cameroun)

Titre : sans titre

Dimensions : 50cm/65cm

Technique : acrylique et posca sur papier

Année : 2020

**Éthiopiennes n° 111.**  
**Littérature, philosophie, sociologie, anthropologie et art.**  
**2e semestre 2023.**

N° 111

2e SEMESTRE 2023

.....

**SOMMAIRE**

**1. Littérature**

Dame NDAO, Ibrahima BA et Ousmane DIAO - Étude prosodique et stylistique de quelques chansons du répertoire de Baaba Maal .....	7
Babacar FAYE et Moussa DIÈNE - Réception du calque de la phraséologie wolof dans les romans autotraduits en français .....	23
Konan Luc Stéphane BROU - Lecture stylistique et pragmatique de l'énonciation proverbiale dans <i>Les sillons d'une endurance</i> d'Arouna Diabaté .....	35
Jean Bruno ANTSUE - Stratégies stylistiques dans <i>Diélé : l'ange, l'homme et la bête</i> de Pierre Ntsemou : Configurations et sens .....	49
Michel SAMBOU et Cheick SAKHO - Poésie chantée <i>Jòola</i> et écologie : une dialectique salutaire pour l'environnement .....	65
Terry Agbeovbiossa OSAWARU - Fondements idéologiques du marronnage aux Antilles françaises : contexte socio-historique et perspectives littéraires .....	81
Diokol SARR - Duplicité et réduplication dans le roman négro-africain : l'exemple d' <i>Excellence, vos épouses !</i> de Cheik Aliou Ndao .....	99
Elhadj Abdoulaye SALL - Théâtre traditionnel africain et scène moderne à l'occidentale : de la réception passive à la réception participative .....	111

Yao Khan FULGENCE et Adama SAMAKÉ - Littérature et théories  
sociologiques : l'historicité en sociocritique..... 125

**2. Philosophie, anthropologie, sociologie**

Papa Abdou FALL - Charte de Kurukan Fuga et culture de la paix ..... 143

Mamadou Sadio DIALLO et Babacar Mbaye DIOP - L'éthique  
médicale en ethnopsychiatrie ..... 155

**3. Poèmes**

Man Bene - Pour la prose en vers ..... 181



**Éthiopiennes n° 111.**  
**Littérature, philosophie, sociologie, anthropologie et art.**  
**2e semestre 2023.**

L'ÉTHIQUE MÉDICALE EN ETHNOPSYCHIATRIE <sup>1</sup>

Par Mamadou Sadio DIALLO et Babacar Mbaye DIOP \*

L'éthique médicale désigne un ensemble de règles de conduite des professionnels de santé vis-à-vis du malade pour garantir la qualité des soins. Prendre soin du malade, c'est l'écouter et respecter ses valeurs et ses besoins. Une étude sur les soins ne peut faire l'économie d'une éthique médicale. Dans le cas du malade mental, son univers culturel est déterminant dans la relation de soin. L'histoire des médecines occidentales en général et des psychiatries en particulier renseigne non seulement sur la manière dont les sociétés construisent et se représentent la maladie, mais aussi sur la façon dont l'Autre est perçu par le biais de l'institution médicale. La perception de la maladie dépend de la société dans laquelle on évolue. Dès lors, il appartient à chaque société de décliner les critères désignant la maladie mentale.

Ainsi, le soignant qui prend en charge un malade mental ne peut faire l'économie d'une certaine éthique dans la relation de soin avec le patient. Un malade mental coupé de son environnement sera difficilement pris en charge. C'est tout le sens de l'ethnopsychiatrie qui, dans la prise en charge du malade mental, essaie de le replonger dans son environnement social. L'ethnopsychiatrie est une psychiatrie culturelle. Au-delà de la prise en charge médicale, elle s'intéresse à la façon dont sont pris en charge les malades mentaux dans les thérapies traditionnelles. Le soignant prend ainsi en compte la singularité humaine

---

<sup>1</sup> Cet article est extrait de la troisième partie (La dimension politique et sociale de la traversée) de la thèse de Mamadou Sadio Diallo intitulée *La philosophie africaine de la traversée de Jean-Godefroy Bidima*.

\* Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal

et citoyenne de chaque patient. Parmi les thérapeutes, nous pouvons citer Henri Collomb de l'École psychiatrique de Fann à Dakar, un médecin militaire qui s'est démarqué de la psychiatrie coloniale en ouvrant les portes de l'hôpital de Fann à la culture et aux croyances sénégalaises, mais également Marie Cécile, Edmond Ortigues, Georges Devereux et Tobie Nathan qui, dans leur thérapie, ont pris en compte la culture d'appartenance du malade. Chez les Lébous du Sénégal, par exemple, le corps de chaque individu est habité par un esprit (un *rab* ou un *djiné*) qui le protège. Mais si ce dernier est délaissé, il peut provoquer le désordre et la folie. Il faut alors organiser une séance « *ndëp* » pour rétablir la paix intérieure. Il est donc important, que le médecin, dans sa pratique de soin d'un malade mental *lébou*, prenne en compte ce phénomène social. Henri Collomb, par exemple, a rencontré plusieurs guérisseurs traditionnels du pays pour voir comment concilier la psychiatrie occidentale et les thérapies traditionnelles sénégalaises.

La vocation du médecin est de soulager la souffrance du patient et si possible de le guérir. Sous l'angle de l'ethnopsychiatrie, nous nous appuyons principalement sur deux textes de Jean-Godefroy Bidima : « l'ethnopsychiatrie et ses revers : dire la fragilité de l'Autre » (2000a) et « éthique et fragilité : approches de la personne malade en Afrique » (2000b) pour **1**) analyser et décrire les fondements de la pratique ethnopsychiatrique dans l'appréciation de la folie et **2**) aborder l'éthique et la relation soignant/soigné dans la pratique du soin.

## 1. La pratique ethnopsychiatrique

Dans son article intitulé « L'ethnopsychiatrie et ses revers : dire la fragilité de l'Autre » (2000a), le philosophe camerounais, Jean-Godefroy Bidima, prenant l'exemple de la médecine coloniale, nous raconte le cas du Dr. Roesener qui fut envoyé au Cameroun pour s'occuper de l'éradication de la malaria, des ankylostomes et de la maladie du sommeil, entre autres. Une fois sur le terrain, Roesener fut surpris de faire face à des maladies mentales et notifia dans son rapport le cas d'un malade appartenant au groupe Douala et qui présentait tous les

symptômes liés à la maladie mentale. Un problème de nosographie<sup>2</sup> s'est alors posé au point qu'on se demande si ce Douala est digne d'être fou.

Une telle interrogation ne peut être comprise et avoir un sens que si on la replace dans le contexte de l'anthropologie allemande du dernier siècle faisant le départ entre les hommes de la nature « *Naturmenschen* » et les civilisés qui sont dans la culture. Ceci est d'autant plus vrai que le Docteur Roesener, dans son rapport, désigne les Douala par le terme de « *Naturmenschen* » pour signifier qu'ils n'ont pas de civilisation et vivent aux dépens de la nature. Or, dans l'enseignement médical d'alors, la maladie mentale était perçue comme « un dérèglement de l'esprit, un malaise de la civilisation » (Bidima 2000a, 89). Et puisque le préalable à la maladie mentale est l'inscription de l'individu dans une civilisation, dans la perception occidentale coloniale, l'homme de la nature ne peut pas être atteint maladie mentale. Ainsi dans la nosographie occidentale, le Douala ne peut pas être malade dans son esprit en ce sens qu'il était considéré comme un être dépourvu de civilisation. Or, paradoxalement, le Douala présente, nous explique Bidima, tous les symptômes qui font de lui un malade mental classique.

Bidima se demande s'il est possible d'appliquer la nosographie propre aux maladies issues de la civilisation aux hommes de la « nature ». Tout en n'apportant pas de réponse à cette interrogation, le Docteur Roesener demande avec insistance à Berlin d'envoyer des moyens logistiques au Cameroun en vue de construire une maison d'enfermement. Pour Bidima, face à un problème de fragilité mentale posé, on répondait par une hypothèse de l'enfermement dans une société qui ne connaît pas l'enfermement de ses « malades mentaux », et qui ne les considère pas comme des êtres inférieurs.

---

<sup>2</sup> La nosographie, encore appelée « histoire de la maladie, désigne la description et la classification de différentes maladies. Les critères employés par la nosologie<sup>1</sup> pour déterminer la classification des maladies peuvent être sémiologiques (signes paracliniques ou fonctionnels), étiologiques (causes des maladies) ou pathogènes (facteurs capables de causer une maladie).

On retrouve la même perception de l'Autre en France métropolitaine. En effet, la qualification de la « psychopathologie des Noirs » est à replacer dans le contexte de l'ethnologie coloniale qui rapprochait les Nègres de la « mentalité primitive ». Ce qui est intéressant à travers cet exemple, nous explique Bidima, c'est de voir que la perception de l'Autre qui n'est pas de la civilisation occidentale ne variait pas. S'intéressant aux pathologies des populations africaines, le docteur Aubin pense que la solution aux pathologies de ces populations une fois internées, devrait passer par « le rapatriement des malades chez eux et un recrutement de leurs convoyeurs » (Bidima 2000a, 90). À un problème de fragilité mentale, Bidima nous explique que le docteur Aubin, en dehors de la caractérisation essentialiste des Africains, préconise la coupure entre le malade et son environnement. Cette situation n'a pas manqué de provoquer une réaction dans le discours thérapeutique.

C'est dans ce climat de négligence du contexte dans lequel a eu lieu la fragilité que l'ethnopsychiatrie trouve sa raison d'être. L'ethnopsychiatrie est une pratique de la psychiatrie qui, dans sa prise en charge du patient, s'intéresse à la dimension culturelle. « En dehors de ses multiples réseaux, options, filiations et emprunts, l'ethnopsychiatrie place au cœur de ses discours et pratiques une triple lutte » (Bidima 2000a, 90-91).

La réussite des discours et pratiques de l'ethnopsychiatrie dépend de trois éléments fondamentaux. L'ethnopsychiatrie insiste d'abord sur la dignité de toute culture en tant que fondement à partir duquel se font les diagnostics. Dans cette dynamique, elle répond à certains courants de l'anthropologie et de l'ethnologie « racialisés » qui, dans leurs discours ou pratiques médicales, ne prenaient pas en compte la spécificité de chaque culture dans le récit du malade sur lui-même et du thérapeute sur le malade. En insistant sur la dignité de chaque culture, l'ethnopsychiatrie montre par-là que le discours médical est tributaire de la civilisation dans laquelle on se trouve. Dès lors, la réussite d'une thérapie dépend de son ancrage dans la culture où le diagnostic est effectué. Un diagnostic en dehors de son lieu de réalisation pourrait ne

pas être performant. Ensuite, l'ethnopsychiatrie a réussi à mettre en exergue le fait que la thérapie des troubles mentaux la plus efficace n'est pas l'enfermement. Enfin, l'ethnopsychiatrie insiste sur l'importance de l'environnement dans tout récit du malade sur lui-même et du thérapeute sur le malade. Cela révèle que l'environnement du malade est fondamental dans l'administration d'une bonne thérapie. La meilleure thérapie pour le malade est celle qui tient compte du contexte dans lequel la maladie a eu lieu. Pour Bidima, c'est ce discours ethnopsychiatrique sur la fragilité des autres qui posera quelques problèmes car en face de celle-ci, il est possible d'adopter plusieurs attitudes allant, nous dit-il, de la compassion pour notre prochain à l'interprétation en passant par la révolte.

Hormis, le cadre épistémologique et les critères interprétatifs, « la mise en récit et la mise en sens de la fragilité de l'Autre » (Bidima 2000a, 91) peuvent soulever quelques questions liées au pouvoir. À ce niveau, la position de l'interprète peut être en même temps, nous explique Bidima, une position heuristique lorsqu'il cherche le vrai et une position de pouvoir dans la mesure où le récit sur autrui n'est pertinent que si nous pensons au préalable maîtriser le récit sur nous-mêmes et sur les institutions. Selon Bidima, dans les sociétés multiculturelles d'Amérique du nord où l'heure est à la construction pour chaque discipline des sciences sociales d'une approche tournée vers le respect des spécificités culturelles, l'ethnopsychiatrie se trouve liée à la politique d'intégration aussi bien des migrants que des autochtones dans le jeu social et étatique. En élargissant le cadre, les enjeux épistémologiques ne peuvent se comprendre que si nous nous référons à cette fameuse opposition entre contextualistes et universalistes.

Pour les contextualistes qui s'inspirent des données de l'herméneutique et de quelques aspects du courant postmoderne, il n'est possible pour chaque réalité sociale à observer et pour tout récit élaboré sur cette réalité que d'avoir une approche locale, limitée, sectorielle. Pour eux, tout discours construit sur une réalité quelconque dépend de son contexte d'énonciation dans la mesure où « un discours est marqué par son contexte qui lui donne à la fois son acte de naissance et sa

configuration propre » (Bidima 2000a, 92). Dans ce courant contextualiste, nous pouvons citer Henri Collomb, Marie Cécile, Edmond Ortigues, Georges Devereux et Tobie Nathan.

Un discours coupé de son contexte perd son sens. Tout discours médical sur la fragilité des autres doit s'inscrire dans le contexte culturel de ceux-ci en ce sens qu'il lui confère toute sa validité. Pour le courant postmoderne, il faut se méfier des discours réconciliateurs et adopter une attitude qui permet à chaque spécificité culturelle de se manifester. « L'ethnopsychiatrie se méfie, comme les postmodernes des discours unificateurs et universalistes » (Bidima 2000a, 92). En se démarquant des discours unificateurs, l'objectif de l'ethnopsychiatrie est de ne pas noyer les différences dans une soi-disant unité englobante.

Pour le courant universaliste, il est question de partir de l'idée que la réalité humaine est la même partout ; ce qui diffère ce sont les manières dont elle se manifeste. Ce courant a une importance politique en ce sens qu'il permet de combattre toutes les formes de racisme et de nationalisme. Ce courant est défendu par Tobie Nathan et Georges Devereux qui, tout en insistant sur l'ancrage culturel, essaie de tendre vers le spécifiquement humain, pour montrer ce que les hommes ont en commun au-delà de leur étonnante diversité culturelle.

L'ethnopsychiatrie est le produit à la fois de ces deux courants (contextualiste et universaliste) et cela se manifeste dans ses différentes orientations. Elle « s'élabore comme discours à partir de plusieurs lieux, ce qui la rend à la fois féconde et hybride » (Bidima 2000a, 92-93). L'ethnopsychiatrie est un discours élaboré à partir de plusieurs lieux et, de ce fait, elle devient un discours mouvant qui échappe à tout lieu où on voudrait le fixer et l'immobiliser. Se réclamant de plusieurs lieux, l'ethnopsychiatrie est finalement un discours qui n'appartient à aucun lieu, mais navigue entre les cultures et les différentes pratiques médicales.

Ce qui caractérise le discours ethnopsychiatrique, c'est cette traversée des lieux et des pratiques qu'il effectue. L'ethnopsychiatrie est en ce sens un discours très riche parce que nourri à la sauce de plusieurs réalités et hybride parce qu'étant le fruit de multiples expériences qui

s'enrichissent mutuellement. L'ethnopsychiatrie est un mélange de l'ethnologie et de la psychanalyse. L'ethnologue de son côté risque de confondre le « normal » au pathologique tandis que le psychiatre risque de découvrir dans les pratiques médicales des primitifs, les techniques les plus sophistiquées de la médecine occidentale.

Le terme d'ethnopsychiatrie auquel on associe souvent en France Georges Devereux, viendrait selon les dires de celui-ci, nous explique Bidima, de l'éminent psychiatre haïtien le docteur Louis Mars. Le problème qui est soulevé à propos de ce terme est lié, nous dit Bidima, au débat issu de la présence dans l'ethnopsychiatrie française de non-médecins. Une partie des ethnopsychiatres français est composée de non-médecins comme Devereux, Tobie Nathan, l'autre de médecins de formation comme Collomb, Ortigues. La question qu'on se posait, nous explique Bidima, était de savoir si des « ethno » thérapeutes qui n'ont pas la formation requise en médecine, pouvaient être considérés comme des psychiatres dans la mesure où la psychiatrie en France, est un démembrement de la médecine. C'est ce détachement de l'ethnopsychiatrie de la médecine qui donne sens, nous dit Bidima, à la recherche de l'origine du mot par Charlemaïne.

L'objectif de cette recherche est de rattacher le mot à la médecine. En le faisant, Bidima nous fait comprendre que deux préoccupations peuvent surgir. Il se demande dans un premier temps s'il n'est pas possible d'élargir le concept de médecine afin d'y introduire tous ceux qui s'occupent de santé dans la mesure où celle-ci n'est pas l'affaire des seuls médecins. Puis dans un second temps, Bidima se demande pourquoi le qualificatif d'ethnopsychiatrie et non celui d'ethnothérapie ou ethnopsychanalyse.

Pour le philosophe camerounais, les psychiatres qui exerçaient dans les sociétés non occidentales se sont rendu compte que les problèmes de thérapie n'étaient pas les mêmes d'une culture à une autre. Dès lors, à chaque culture correspond une thérapie particulière. Certains symptômes considérés comme des critères d'une maladie dans une société quelconque peuvent s'avérer inopérants dans une autre société. Par conséquent, vouloir appliquer l'échelle des nosographies établies en

Occident à une culture différente de la culture occidentale pose problème. Car « certains syndromes ne coïncidaient pas avec l'échelle des nosographies établies en Occident » (Bidima 2000a, 94).

Il n'y a pas de nosographie universelle, chaque culture a sa façon de concevoir et de classer les maladies en fonction de critères qui lui sont propres. Cette diversité des cultures a pour avantage de remettre en question le paradigme biomédical qui mettait l'accent sur la dimension neurophysiologique de la maladie au détriment de son volet psychosocial. Se démarquant du paradigme biomédical qui propose un répertoire de signes observables dans toutes les cultures, « l'ethnopsychiatrie propose de partir de la culture en tant qu'expérience vécue, car les névrosés et les psychotiques réinterprètent les items culturels et les transforment en fonction de leurs délires et conflits personnels » (Bidima 2000a, 94).

Le vécu du névrosé ou du psychotique est important dans les pratiques médicales en ce sens que la connaissance de l'environnement dans lequel la maladie a eu lieu est indispensable pour réussir une bonne thérapie. Dans la pratique ethnopsychiatrique, il convient d'assimiler la méthode psychiatrique de l'Autre afin de la combiner à la nôtre. Pour Bidima, le fait que l'ethnopsychiatrie insiste sur la culture ne signifie pas qu'il y a un déterminisme culturel absolu. Le rapport que l'individu entretient avec la culture ne se réduit pas à un rapport de dépendance en ce sens qu'« il y a plutôt un jeu entre intériorisation des modèles et bricolage avec ces derniers, et c'est entre les deux que doivent tanguer les interprétations des ethnopsychiatres » (Bidima 2000a, 94-95).

La culture n'enferme pas l'individu de façon absolue. Celui-ci a toujours la possibilité tout en intériorisant les modèles culturels de ruser avec eux afin de s'aménager une parcelle de liberté. C'est dans ce mouvement, à la fois d'intériorisation et de bricolage des modèles culturels, que doivent naviguer les interprétations des ethnopsychiatres. On pourrait dire que les interprétations des ethnopsychiatres sont à l'interstice de l'intériorisation des modèles culturels et de leur bricolage. Dès lors, les interprétations des ethnopsychiatres demeurent provisoires



et dynamiques en ce sens qu'elles sont inscrites dans un processus. Devereux qui est une figure incontournable de l'ethnopsychiatrie part d'une distinction des composantes du psychisme. Pour lui, il existe deux types de psychisme. Il y a, d'une part, « l'inconscient ethnique » qui est cette partie de l'inconscient qu'un individu a en partage avec la plupart des membres de sa communauté. Il est composé, nous explique Bidima, de tout ce que chaque génération apprend à refouler et contraint la génération suivante à le refouler. Cet inconscient change et peut faire l'objet d'un enseignement. D'autre part, Devereux note qu'il y a « l'inconscient idiosyncrasique » composé de tout ce que l'individu a en propre et qu'il est obligé de refouler sous l'emprise du stress.

À la suite de cette distinction, Devereux procède à une organisation du comportement. Celui-ci est organisé selon Devereux en « axes biologiques » établissant une relation entre « le ça et le moi corporel », expérimentiels constitués des habitudes acquises, culturels qui sont liés à l'expérience subjective d'une culture et névrotiques composés des symptômes nés des tentatives inefficaces pour rapprocher les expériences et le mode d'organisation du comportement. Pour compléter l'appareil ethnopsychiatrique, Devereux termine par une classification des désordres psychiques. Pour lui, il y a les « désordres sacrés » qui permettent au sujet de s'adapter à sa communauté ; les « désordres ethniques » composés de modèles culturels qu'une société tolère à ses individus afin qu'ils manifestent leurs conflits d'une façon normée ; les « désordres idiosyncrasiques » marqués par l'improvisation des défenses et les « désordres types » déterminés par le type de structure sociale du modèle culturel. L'ethnopsychiatrie qui est un courant plurivoque prend en compte cette classification de Devereux. Pour Bidima, ces approches sont d'une importance capitale dans la pratique clinique, la conception de l'Autre et les rapports politiques.

Dans la pratique clinique, comme nous le montre Tobie Nathan, l'ethnopsychiatrie, en dégagant un inconscient ethnique, permet de prendre en charge une énigme de la psychanalyse en démontrant pourquoi les mythes permettent d'exprimer de façon collective les problèmes d'une société donnée. Dans le domaine épistémologique,

« l’ethnopsychiatrie donne le paradigme interactif au clinicien occidental » (Bidima 2000a, 96).

L’ethnopsychiatrie est importante en ce sens qu’elle permet au clinicien occidental de passer du paradigme biomédical au paradigme interactif où il y a dialogue, échange entre les différents participants à la relation de soin. Dans les sociétés africaines traditionnelles, le diagnostic est interactif en ce sens qu’il est plus question de connaître celui qui a brisé le lien que la nature de la maladie. Pour le guérisseur africain, la nature obéit à un ordre, une harmonie.

« Les sociétés africaines envisagent la maladie comme un fait total insérant l’homme dans un faisceau de relations entre la société, le malade et la nature » (Nkouka 2016, 262). L’ethnopsychiatrie, par ses quelques aspects actuels, a permis de changer la perception qu’on se faisait de l’Autre. C’est la raison pour laquelle, l’ethnopsychiatrie considérée comme « une approche clinique de l’humain dans toute sa complexité » (Pocréau & Martins Borges 2006, 43) ne trouve son fondement et sa légitimité que dans la reconnaissance de l’Autre.

Il est question non seulement de prendre en compte la dimension culturelle et psychique de la personne, mais surtout de porter un autre regard sur l’ethnopsychiatrie en se basant sur des « universaux existentiels et humanistes » comme les besoins de sens, de cohérence et les impacts psychologiques des aspects identitaires. Ce nouveau regard sur l’ethnopsychiatrie montre que celle-ci a abandonné le versant raciste de la psychiatrie et a pris en compte chaque culture dans sa singularité. Sur le plan politique, « l’ethnopsychiatrie a surtout servi en Occident à trouver une compréhension et un soulagement aux traumatismes dus à la transplantation des populations immigrées » (Bidima 2000a, 97).

L’ethnopsychiatrie a permis aux Occidentaux de comprendre les Autres dans leur singularité, mais aussi de se libérer de l’angoisse causée par les traumatismes des populations immigrées. Sous cet angle, elle a donné à l’Occident la possibilité de se décentrer en vue de prendre en compte l’Autre dans sa spécificité. Si nous prenons le cas des réfugiés qui ont fui leurs pays d’origine, nous verrons bien que même si les

questions posées par leur parcours n'ont pas de réponses systématiques, elles ont au moins l'avantage de proposer des directions et nous obligent à penser la détresse, plus de manière humaniste qu'en termes techniques.

Toute réalité pour être comprise doit être replacée dans son contexte. Sous ce rapport, même si la souffrance fait partie du lot de l'humanité, nous ne souffrons pas de la même manière. « La souffrance est universelle, elle fait partie de la condition humaine mais sa mise en forme, son expression, est fondamentalement culturelle tout comme la manière d'y réagir ou de composer avec elle » (Pocréau & Martins Borges 2006, 44). La souffrance fait certes partie de notre humaine condition, mais ce qui nous distingue face à l'expérience de la souffrance, c'est la culture. Celle-ci étant relative, il va de soi que l'expression de la souffrance de même que la manière d'y réagir varient d'une culture à une autre.

C'est la raison pour laquelle, l'ethnopsychiatrie, dans sa pratique, prend en compte la spécificité de chaque culture car un individu en situation de fragilité, coupé de son environnement, peut se retrouver dans une « vulnérabilité psychique ». « Perte ou éloignement des références fondatrices, des contenants culturels, de « l'enveloppe », et rupture des liens significatifs hypothèquent le devenir et fragilisent l'identité » (Pocréau & Martins Borges 2006, 44). Cela révèle que la rupture ou l'éloignement de l'individu en situation de fragilité de sa propre histoire ou de son pays natal, peut impacter négativement sur lui.

L'ethnopsychiatrie, en tant que psychothérapie, est nécessairement multiple, changeante, porteuse de nuances et de différences car son exercice s'appuie sur la dynamique du métissage : métissage des univers logiques, du cadre, des manières de penser le sens (plus que la cause) et le traitement des désordres (notamment pour ce qui est des objectifs de l'intervention). Elle n'est ni une théorie fermée, ethnocentrique- c'est-à-dire à l'occidental- ni la mise en pratique d'une approche toute codifiée (Pocréau & Martins Borges 2006, 45).

Il résulte de ce propos qu'il n'y a pas une seule ethnopsychiatrie car sa pratique est fondée sur le multiple. L'ethnopsychiatrie est mouvante en ce sens qu'elle s'adapte aux réalités de chaque culture ; gage de son ouverture et de son enrichissement. Elle est un lieu de métissage dans la mesure où, dans sa pratique, elle navigue entre des

univers différents, des manières de penser différentes et des pratiques médicales différentes dans la prise en charge des désordres. L'ethnopsychiatrie est un lieu de rencontre entre le dedans et le dehors, entre le malade et le soignant ; « on ne quitte jamais une consultation d'ethnopsychiatrie sans être porteur de la trace de l'Autre dans notre existence et sans être tant soit peu transformé par cette rencontre » (Pocréau & Martins Borges 2006, 48). En tant que théorie de la rencontre, l'ethnopsychiatrie devient plurielle. Seulement, il convient de préciser qu'au-delà de cette pluralité, il y a un point commun qui consiste, selon Devereux, à l'élaboration d'une méthodologie complémentariste entre les différentes approches ethnopsychiatriques. L'ethnopsychiatrie plus, qu'une technique de soin, a pour visée de restaurer la validité de la personne dans toutes ses dimensions, c'est-à-dire aussi bien dans son cadre normal que pathologique et dans ses différents canaux d'expression.

## 2. L'éthique dans la relation de soin

Dans son ouvrage *L'Éthique, le Soignant et la Société* (2016) Abdoul Kane définit le soignant comme le « produit d'un heureux métissage entre le scientifique et l'humaniste. Des hommes dignes du respect des hommes parce qu'ils refusent de n'être mus que par « la soif du gain et la recherche de la gloire » » (Kane 2016, 29-30). Le soignant n'est pas seulement un technicien, il est aussi un humaniste, c'est-à-dire un être qui, dans la relation de soin, sait écouter, soutenir le patient dans la souffrance. La mission principale de tout soignant n'est pas la recherche du profit et de la gloire, mais d'adopter une éthique du soin dont la finalité est de soulager la souffrance humaine. Car, le soignant, dans la mission que la société lui a confiée, doit avoir comme ligne de mire l'être humain.

Bidima, dans son article « Éthique de la fragilité : approches de la personne malade en Afrique » (2000), nous explique que pour comprendre un être humain dans la situation de fragilité qu'est la maladie, il urge au préalable de s'intéresser à la société sans laquelle l'individu ne se transformerait pas en personne. En effet, l'individu est

un être égoïste qui se caractérise par le principe d'inséparabilité et le principe de la conservation de soi. C'est un être qui s'enferme sur lui-même. Pour que l'individu devienne une personne, il va falloir qu'il baigne dans une société où il pourra non seulement apprendre des attitudes, mais également être en relation avec ses semblables. Être une personne, c'est s'inscrire dans des relations avec les autres. La vie en société est importante dans la formation de l'individu en ce qu'elle lui offre « un ensemble de repères qui servent au sujet à se construire un discours sur lui-même, sur autrui et sur les institutions » (Bidima 2000b, 11). Sans la société, le sujet n'aura pas la possibilité d'élaborer non seulement un discours sur lui-même, mais également sur autrui et les institutions. Il y a ainsi un lien indéchirable et complexe entre la personne et sa communauté. « La communauté est ce qui donne de l'hospitalité au moi dans ses diverses interactions, mais dans ce don d'hospitalité réside justement la possibilité du conflit » (Bidima 2000b, 11). La personne, pour établir des liens avec les autres et les institutions, a besoin du langage, de la parole qui implique un changement de comportement.

Dans cette dynamique, parler n'est pas seulement émettre des sons, mais donner du sens. Comment annoncer à quelqu'un sa maladie tout en veillant au respect de la dignité humaine ? Autrement dit, comment annoncer dans une situation de fragilité qu'est la maladie ? « L'annonce est en même temps dévoilement –l'annonceur ramène l'inconnu dans le champ de la conscience de son vis-à-vis– et occultation dans la mesure où l'annonce ne dit pas tout sur la maladie » (Bidima 2000b, 11-12).

L'annonce est révélatrice en ce sens qu'elle permet de manifester ou d'exprimer ce qui n'était pas connu. Par l'annonce, on dévoile à l'autre ce qu'il ne savait pas. On pourrait dire que l'annonce ramène dans le champ du connu ce qui était inconnu. L'annonce est également occultation dans la mesure où elle ne dit pas tout et ne manifeste pas tout. La parole étant une arme qui peut être souvent fatale, il convient de la manipuler avec prudence.

Le médecin doit aussi engager sa propre subjectivité afin de dire avec tact ce qu'il est nécessaire de dire. La tâche du médecin est à la fois d'informer le

patient, mais aussi au nom du rapport du respect de la personne, de mesurer l'effet de ses paroles. Les paroles du médecin ont des conséquences sur le rapport du patient à la maladie (Russ & Leguil 2020, 58-59).

L'information du malade est fondamentale dans le « projet de soin » en ce sens qu'elle permet non seulement de le rassurer, mais également de le faire participer à la prise en charge de la maladie. Plus le malade est informé des tenants et des aboutissants, mieux il coopérera à la relation de soin. « L'information du patient et de son entourage est essentielle tant pour rassurer que pour faire adhérer, ou mieux, faire participer à la prise en charge de la maladie » (Kane 2016, 60). Il appartient donc au soignant de « créer une interactivité qui bannit l'approche dirigiste que beaucoup de soignants aiment adopter » (Kane 2016, 60-61). Sans cette approche interactive, la relation de soin restera biaisée. La réussite du « projet de soin » dépend en partie du droit à l'information pour le patient.

La manière de dire importe plus que le dire. « L'annonce se veut partage d'informations et comme toute mise en commun d'une situation de fragilité elle suppose un rapport particulier au temps » (Bidima 2000b, 12). Pour partager une information avec le malade, il convient de choisir le bon moment et savoir bien parler. Ce « bien parler » est un art et montre l'importance de l'éthique dans la relation de soin.

Avant l'annonce, on doit s'interroger sur la manière de vivre et de percevoir le rapport à l'instant devant l'annonce de la maladie. Ce rapport de l'annonce au temps est, nous explique Bidima, aussi un lien avec autrui qui, avant d'être un sujet de droit, est d'abord un regard, une voix et un souffle. C'est la raison pour laquelle Bidima pense qu'avant de se poser la question de savoir si on a le droit d'annoncer à un malade l'issue fatale de son mal, il faut au préalable évaluer les regards en situation d'annonce. Les regards en question sont celui du malade et celui du thérapeute. Par l'annonce, les deux regards sont dans une situation asymétrique, car le regard du malade est forcément fragilisé.

Dans cette situation asymétrique des regards, celui du thérapeute, au lieu de scruter celui du malade, est le plus souvent orienté vers le corps de celui-ci. Dans cette dynamique, le thérapeute oublie la

dimension humaine du malade qui a besoin d'être regardé et reconnu par l'Autre. C'est la raison pour laquelle, les institutions qui proposent la gratuité des soins aux personnes vulnérables, nous explique Nkouka, ne peuvent éviter la question de l'éthique des soins. On note le soin au corps fragilisé par la maladie, mais également la relation qui existe entre le soignant et le patient. Or « cette relation est dominée par la relégation du corps du malade âgé au statut d'objet » (Nkouka 2016, 255).

On doit prendre soin non seulement du corps du malade, mais également du rapport entre le soignant et le soigné. Car, sans cette éthique, la relation de soin n'aura pas de sens. Pour les personnes âgées fragilisées par la maladie, la gratuité des soins n'est admissible que si elle est accompagnée d'une éthique de la part des soignants. En effet, « les personnes âgées fragilisées par la maladie souhaitent une reconnaissance de la part des soignants. L'exigence éthique porte sur le dialogue, la restauration du lien entre le soignant et le patient » (Nkouka 2016, 259-260). Si la relation soignant/soigné n'est pas bien entretenue, cela peut déteindre sur la prise en charge du malade et son refus de se faire soigner.

Ce refus s'explique d'une part par le manque d'attention noté dans les lieux de soins. Or, l'attention dont le soignant peut faire montre à l'égard du patient peut préserver celui-ci de la souffrance et de l'humiliation. La réussite des soins dépend en partie du cadre que l'institution hospitalière offre au malade. On doit veiller au bon accueil du malade. L'accueil est très important dans la relation de soin car, « il procède de la dimension éthique et ne doit pas, à ce titre, être vu comme une trouvaille du marketing apte à ferrer le client. Il est indissociable de la qualité des soins et permet d'établir la relation de confiance essentielle au projet de soin » (Kane, 2016 : 77).

La réussite du soin technique du malade doit être précédée d'une bonne parole qu'on lui adresse dans les lieux de soin. Or, il y a en Afrique beaucoup d'obstacles pour avoir accès à un bon accueil. Parmi les écueils à cela, le premier est, selon Abdoul Kane, la longueur et la difficulté des formalités. Pour lui, on devrait s'atteler à simplifier les formalités tout en se fixant des objectifs et « en s'inscrivant dans un

processus d'amélioration continue » (Kane, 2016 : 78). L'autre écueil est la difficulté à orienter les patients qui sont parfois obligés de faire le pied de grue dans des salles dépourvues d'aération et du mobilier adéquat.

Tout ceci constitue une épreuve pour tout patient qu'il soit une personne âgée ou à mobilité réduite. Le troisième écueil a trait à la difficulté d'obtenir un service continu de qualité. « Pour s'en convaincre, il suffit de regarder la foule du matin et le désert de l'après-midi pendant que la nuit obscure voit se profiler une multitude d'urgences qui se débattent entre les mains d'une équipe réduite et dépassée » (Kane, 2016 : 78).

À ces insuffisances de l'accueil, s'ajoute « un manque d'écoute criard » (Kane, 2016 : 78). L'écoute est souvent négligée dans certaines structures de soins et écoles de formation. Cette situation s'explique, nous dit-il, par la massification des effectifs des apprenants qui constitue un obstacle au contact avec les patients. Cette absence d'écoute « se traduit par un manque d'empathie de la part des médecins ou futurs médecins qui, plus passionnés par la réparation de la machine humaine, laissent le champ de l'écoute et de la communication aux charlatans dont le moins qu'on puisse dire est qu'ils connaissent très bien la psychologie de leurs concitoyens » (Kane, 2016 : 78).

Les médecins ou futurs médecins, plus soucieux du soin technique qu'ils apportent au patient, laissent en rade le volet psychologique du malade. La qualité d'un médecin ne se mesure pas seulement à sa capacité à donner des soins techniques mais aussi à son talent de psychologue : « pour réussir sa mission, le soignant doit associer à sa compétence de pédagogue celle d'un psychologue. Cette compétence de psychologue n'est pas la moins essentielle chez le soignant car un esprit malade habite difficilement un corps sain » (Kane, 2016 : 63).

Un médecin doit chercher à connaître la psychologie de ses patients car, cette connaissance lui permettra de surmonter certaines difficultés dans le projet de soin. Le bon médecin est celui qui soigne à la fois le corps et l'esprit du malade. Pour cela, il doit tisser, entre le patient et lui, une relation fondée sur l'empathie et la confiance. En outre, les conditions de travail des médecins constituent aussi, nous dit



Abdoul Kane, une contrainte à une bonne écoute. Les médecins sont débordés par le nombre inquiétant de malades et la mauvaise organisation dans la mesure où ils ne « disposent pas d'un secrétariat structuré ou même d'une ligne téléphonique permettant d'organiser les rendez-vous. C'est sur leur téléphone portable que leurs consultations sont organisées (ou plutôt désorganisées) » (Kane, 2016 : 79). Cela démontre certaines conditions de travail difficiles dans lesquelles évoluent la plupart des médecins en Afrique.

Une autre conséquence de cette absence d'un bon accueil dans les structures de soins est « la « chosification » du malade qui, devenu objet, n'a pas de secret, ni de pudeur, ni de gêne. Le toucher rectal, si intime, est réalisé en salle commune de même que l'interrogatoire sur la vie privée ; même les formateurs oublient l'homme pour ne s'intéresser qu'au beau diagnostic ! » (Kane, 2016 : 79). Il arrive souvent que la dignité et le respect du malade ne soient pas pris en compte. Ce qui compte, c'est la qualité du diagnostic et non le respect de la dignité humaine. Or, le malade n'a pas besoin de soins dans un lieu où on ne le respecte pas, car un soin sans éthique n'a aucun sens pour le patient.

Le refus de se faire soigner, peut aussi se justifier par cette discrimination ou ce manque d'égalité noté entre les patients en situation de fragilité. En refusant de se faire soigner, les personnes malades, par cet acte, remettent en cause non pas les compétences du soignant, mais son éthique et sa déontologie. L'annonce implique un croisement ou une rencontre des regards en présence, c'est-à-dire entre le malade et le thérapeute. Cette expérience de l'annonce varie d'une culture à une autre en ce sens qu'elle ne se passe pas toujours dans le cadre d'une relation bi-univoque entre le malade et le médecin. Par exemple, dans les sociétés africaines traditionnelles, cette expérience de l'annonce déborde le cadre d'une relation bi-univoque pour concerner toute la communauté. Celle-ci est impliquée dans le partage d'informations ; le cadre qui est présenté ici est la relation médecin/tiers/patient. « C'est ce qui explique que l'annonce d'une issue fatale de la maladie passera soit par la personne la plus âgée du clan (dans les sociétés segmentaires), soit par un dignitaire du clan maternel (dans les sociétés à filiation

matrilinéaire) » (Bidima 2000b, 12). L'annonce ne se fait pas directement, mais implique un détour par un tiers d'où le problème de la médiation dans l'annonce.

Bidima se demande quel est, alors, le rôle du tiers dans l'annonce ? Reconstruit-il ou travestit-il l'annonce ? Pourquoi priver le malade d'une information qui le concerne au premier chef ? Quel est le rôle du tiers dans l'élaboration du discours sur la fragilité ? L'annonce a un enjeu fondamental dans l'élaboration du discours sur la fragilité. C'est la raison pour laquelle, le Docteur Danielle Lecomte, dans son article « Doit-on dire la vérité aux personnes malades ? » (2000), nous invite à faire la part des choses entre la « réalité diagnostique » et la « réalité pronostique ».

Concernant le diagnostic, la réalité est moins négative et destructrice que l'attente et l'incertitude dans la mesure où le malade ne souhaite pas savoir ce qui arrive. C'est dans cette perspective qu'« annoncer le diagnostic d'une maladie grave dès le début, c'est se donner la possibilité de la discussion et du partage avec le malade pendant la durée de l'évolution de sa maladie, car l'information du patient constitue un processus dynamique qui suppose une attention et une patience de tous les instants » (Lecomte, 2000 : 73). L'annonce du diagnostic constitue un moyen de discussion et de partage avec le malade. Elle permet au médecin de cultiver une éthique de l'attention et de la patience. Si le médecin n'annonce pas au malade le diagnostic de sa maladie, il pourrait rencontrer des difficultés non seulement pour recueillir des informations, mais aussi pour prêter au malade toute l'attention requise. La relation de soin entre le médecin et le patient doit être à la fois constante et respectueuse. S'agissant de la « réalité pronostique », il est possible au médecin de priver le patient de l'information si le pronostic se révèle grave et d'informer ses proches. Or, « refuser de dire, dans l'illusion bienveillante de protéger le malade, c'est souvent imposer de vivre dans le non-dit, empêcher une communication authentique entre le malade et son entourage » (Lecomte, 2000 : 73), mieux, « c'est également prendre le risque d'altérer la relation de soin » (Lecomte, 2000 : 73) qui doit être franche

et sincère. Le refus d'annoncer au malade son pronostic équivaut à déguiser sa pensée et à installer un écran dans la communication non seulement entre le médecin et le patient, mais également entre celui-ci et son entourage.

Pour un médecin qui rêve d'une médecine toute puissante, annoncer au malade un pronostic grave serait synonyme de tuer en lui l'espoir de guérison. Penser dans cette voie, c'est ignorer la capacité de résilience de l'être humain, sa capacité à s'adapter et à vivre avec, à vivre dans l'espoir jusqu'à la fin à condition qu'il se sente aimé et respecté. On doit, dès lors, cultiver dans la relation de soin une éthique de la relation et du souci de l'autre. Car, les personnes malades attendent moins de traitements que le bon soin et le profond souci que nous leur apportons. « C'est dans ce contact de non-abandon, dans ce souci de préserver la qualité de vie physique et relationnelle de celui qui ne va pas guérir, que la médecine retrouve son humanité » (Lecomte, 2000 : 73).

La médecine ne retrouvera son humanité que lorsque le médecin sera proche de ses patients. Cette proximité avec le malade crée un contact et une éthique fondée sur l'ouverture à l'autre. La personne en situation de vulnérabilité a besoin de sentir l'engagement du médecin qui doit se manifester par l'acceptation de celui-ci de se perdre dans la relation de soin. Pour le malade, la relation de soin requiert non seulement de la technique, mais surtout du savoir-faire, du tact de la part des soignants qui doivent se rendre disponibles à l'autre en situation de fragilité. Avant le soin technique, ce qu'attendent les personnes en situation de vulnérabilité c'est une bonne prise en charge de leur vulnérabilité. Pour cela, le soignant doit se soucier de la dignité humaine et du respect de la vie. Ce que les personnes en situation de fragilité attendent des soignants n'est pas d'abord le soin technique, mais plutôt une éthique de la relation, de l'accompagnement. On voit bien que la personne en situation de vulnérabilité comme le malade attend autre chose du médecin que le simple soin technique. Ce qu'attendent les malades, c'est de produire du lien, être proche, savoir écouter, être disponible et accompagner. Cet acte de présence constitue en lui-même

un soin dans la mesure où il participe à restaurer le bien-être et le confort du malade sur tous les plans.

Le soignant doit ainsi tisser une véritable relation de proximité avec le patient et s'éviter de jouer le rôle du démiurge à qui le malade doit se confier sans concession. Le patient, dont la dignité doit être préservée, retrouve ainsi tout ou partie de son autonomie entamée par la maladie et peut participer, grâce à une libre expression de ses opinions à son projet de soin. Il est assisté par l'équipe de soignants qui doit le motiver en mettant en exergue les progrès engrangés tout en rappelant régulièrement les objectifs thérapeutiques et le plan de soin (Kane, 2016 : 62).

La présence de l'autre qu'il soit accompagnant ou soignant participe à atténuer la douleur du malade. Cela est d'autant plus vrai qu'il ne se sentira pas abandonné à lui-même dans la souffrance. Cette présence des autres va le reconforter dans l'épreuve qu'il est en train de traverser en ce sens qu'un malade n'a pas seulement besoin de médicaments à l'hôpital, mais surtout de la considération, du respect, de la reconnaissance. Sans la considération de sa personne, le malade ne pourra jamais être satisfait de son séjour à l'hôpital. Hormis, le soin médical, ce dont le malade a besoin, c'est d'être entouré de chaleur humaine, de sentir l'accompagnement des autres. Sous ce rapport, « il a besoin d'une présence, d'une rencontre qui s'adresse à son côté immatériel, somatique, spirituel incluant écoute, contact humain, affectivité, tendresse, compassion (au sens étymologique de "souffrir avec") devant ses craintes et ses espoirs sur la vie et la mort » (Normand, 2000 : 75).

Le malade a donc besoin d'être en contact avec les autres afin qu'il puisse vivre sa souffrance avec beaucoup plus de dignité et de confiance. C'est tout cela que l'on appelle le « soin de présence » (Normand, 2000 : 75) qui « concerne la dimension humaine originale et la dignité de la personne qui ne sauraient être mises entre parenthèses pendant son séjour à l'hôpital, notamment dans le désarroi créé par la perte de ses moyens, par la souffrance et la perspective de la mort » (Normand, 2000 : 75). L'hôpital doit être un lieu d'hospitalité où la dignité humaine

constitue une valeur fondamentale. La personne, même en situation de fragilité, a droit au respect, à la dignité et à la vie.

C'est la raison pour laquelle il convient de retenir avec Abdoul Kane que « pour pouvoir se rapprocher du patient et lui tendre la main, le soignant doit s'imprégner de l'altérité ; ce qui suppose de reconnaître et de respecter le patient dans sa globalité, et dans ce qu'il est » (Kane, 2016 : 69). Cela montre que le soignant, dans l'exercice de sa mission, doit bannir toute forme de discrimination. La qualité du soin ne doit pas dépendre du statut social du malade. Ce qu'il faut prendre en compte dans la relation de soin, c'est la dimension humaine et la dignité de la personne malade. Sous ce rapport, tous les malades doivent avoir un traitement équitable. Le soignant « doit soigner avec le même dévouement toutes les personnes, quelles que soient leur ethnie, leur religion, leur appartenance confrérique, leur origine sociale, leur handicap, leur richesse ou pauvreté » (Kane, 2016 : 70). En outre, « le soin de présence consiste aussi à “veiller” au bien-être du patient pour sa seule présence, pour lui-même avec sa conscience en éveil » (Normand, 2000 : 75). Le soin de présence n'est pas seulement médical, mais aussi un regard, une disponibilité vis-à-vis de la personne en situation de vulnérabilité qui, loin d'être un objet, est un sujet qui a une certaine dignité et mérite le respect.

Les personnes âgées mettent au cœur de la relation soignant/soigné, l'éthique narrative et le toucher du malade, en somme la continuité entre médecine traditionnelle et médecine moderne. Le médecin des pauvres avait cette présence, cette proximité avec les populations fragilisées par les endémies. Avec l'extension des soins aux populations les plus pauvres, la médecine préventive, ambulatoire, se confronte à l'altérité. L'autre n'est pas seulement objet de soin, mais sujet d'attention et de respect (Nkouka 2016, 241).

Les personnes âgées fragilisées par la maladie ont besoin de respect, d'attention et de proximité. Cette proximité avec l'autre nous pousse à reconnaître la différence. Hormis, cette présence, les personnes en situation de vulnérabilité ont besoin d'une parole qui puisse tenir lieu de soin et qui rassure dans la mesure où on soigne un être qui, même en situation de fragilité, garde sa dignité et ne doit pas perdre l'estime de

soi. Cette parole qui rassure permet au malade de vivre sa douleur dans le bonheur. Pour démontrer l'utilité de la « bonne parole », Normand prend l'exemple de l'accompagnement de Christelle, une patiente de trente-sept ans qui, grâce à la présence des membres de sa famille, du personnel soignant, a pu vivre ses derniers instants dans la paix et la sérénité. En effet, Christelle était heureuse de constater qu'elle était un lieu de réconciliation non seulement pour ses parents divorcés depuis et qui se relayaient à son chevet, son mari avec qui elle s'est séparée, mais aussi son frère. « Ainsi, la parole devient soignante dans la mesure où la patiente se trouve apaisée à l'approche de la mort » (2000 : 75). La parole peut être, pour le malade, porteuse de réconfort et d'apaisement.

Bien que souffrante, Christelle était, néanmoins, heureuse de constater que grâce à elle tout ce monde s'est réconcilié. On voit qu'elle ressent de la satisfaction de voir, tout son entourage, par l'intermédiaire de sa maladie, se retrouver ensemble, malgré des années de séparation. Seulement, Normand précise que cette présence requiert une certaine formation. Dans cette dynamique, il invite les professionnels de la santé à intégrer ces nouveaux « soignants » dans leur équipe afin de reconnaître ce que le malade reconnaît déjà c'est-à-dire la présence comme soin. Pour lui, en intégrant ces bénévoles, cela leur permettra d'adapter la formation hospitalière plus complexe dans une dynamique d'ensemble. Car,

l'action des bénévoles et des aumôneries au sein de ces équipes, consiste à assurer une continuité des soins au-delà du soin médical technique, essentiellement pour écouter, être proche, partager, donner ou redonner espérance jusqu'au bout, être une présence silencieuse dans la difficulté et la souffrance, quand tout autre moyen est épuisé (Normand, 2000, 76).

Cela révèle clairement que les bénévoles ont une mission de veille, d'écoute, de partage et de réconfort. Leur présence même si elle est silencieuse, a l'avantage de permettre au malade de savoir que sa vie compte, qu'il est aimé et considéré par la communauté de ses semblables dont il fait encore partie. Dans cette même dynamique, Bidima recommande d'élaborer un dialogue ininterrompu autour et avec le patient. Pour lui, ce dialogue est important en ce sens qu'il installe le

patient dans un climat de confiance et de partage. En partageant la souffrance du malade par le dialogue, on lui permet par cet acte de ne plus sentir sa maladie de façon individuelle.

Ce dialogue met le souffrant dans une situation de partage –on partage sa souffrance autour de lui– où l'éventualité de la mort ne se vit plus dans la solitude. Par la parole et le regard, le souffrant qui se pose comme "visage", envisage sa mort comme un événement partagé par la communauté des vivants dont il fait encore partie (Bidima, 2000b : 12).

En instaurant un dialogue autour et avec le malade, la communauté lui montre qu'il compte et lui rappelle son appartenance en son sein. Le malade est une partie du corps social et en tant que telle si la partie est touchée c'est tout le corps qui va en pâtir. « L'homme ne peut se développer croître et grandir, traverser l'épreuve, sans amour, sans avoir une place dans la communauté, sans y être reconnu et aimé » (Normand, 2000 : 76).

La reconnaissance, l'amour et l'accompagnement des autres peuvent aider la personne en situation de vulnérabilité à traverser l'épreuve qu'elle subit avec moins de douleur et de pénibilité. L'accompagnement est considéré comme une sorte de sollicitude qui se propose de reconnaître les qualités proprement humaines de la personne en souffrance. La personne en situation de vulnérabilité ressent la présence, la considération et l'accompagnement des autres comme un soin plus efficace que le « soin technique ».

## Conclusion

Une situation de fragilité, comme la maladie mentale, n'est jamais facile à saisir, car sa perception et ses critères d'appréciation dépendent de la prise en compte de l'environnement dans lequel elle a eu lieu. C'est en cela que l'ethnopsychiatrie s'est révélée nécessaire dans le contexte de la prise en charge de la maladie mentale en ce sens qu'elle replonge le malade dans son environnement social. La maladie mentale est un fait social indissociable de son contexte. Toutefois, même si le contexte social dans lequel la maladie a eu lieu est important, il n'est pas suffisant pour réussir la relation de soin. Pour ce faire, le soignant doit

montrer une certaine éthique dans son travail, car en dehors du soin technique, le patient a aussi besoin d'être reconnu et respecté par le soignant.

## Références bibliographiques

BIDIMA, Jean Godefroy, « L'ethnopsychiatrie et ses revers : dire la fragilité de l'Autre », in *Diogène*, n° 189, Printemps, 2000a, pp.89-109.

BIDIMA, Jean Godefroy, « Éthique et fragilité : approches de la personne malade en Afrique », in *La lettre de l'Espace éthique*, n°12-13-14, 2000b, pp.11-13.

KANE, Abdoul *L'Éthique, le Soignant et la Société*, L'Harmattan-Sénégal, 2016.

KAPSAMBELIS, Vassilis. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte, Paris, PUF, 2012.

MIAMOUINI-NKOUKA, Lucie-Blanche. *Figures de la vulnérabilité : enjeux éthiques de la vieillesse en Afrique*, Paris, Éditions Connaissances et Savoirs, 2016.

LECOMTE, Danielle. « Doit-on dire la vérité aux personnes malades ? » in *La lettre de l'Espace éthique*, n° 12-13-14 Été- automne, Paris, 2000, pp.71-73.

NATHAN T. *L'Influence qui guérit*, Paris, Odile Jacob, 1994.

NORMAND, Jacques, « Le soin de présence » in *La lettre de l'Espace éthique*, n° 12-13-14 Été- automne, Paris, 2000, pp. 75-76.

RECHTMAN, Richard, « Introduction à l'ethnopsychiatrie », in *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*, Paris, PUF, 2012, pp. 213-227

RECHTMAN, Richard. « La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité. Perspective historique et enjeux Actuels », dans D. Fassin (dir.), *Les Nouvelles Frontières de la société française*, Paris, La Découverte, 2010.

RECHTMAN, Richard. « L'ethnisation de la psychiatrie. De l'universel à l'international », *Information psychiatrique*, 79, 2, 2003, p. 161-169.



RUSS, Jacqueline et LEGUIL, Clotilde, *La pensée éthique contemporaine*, Paris, PUF, « Que sais-je ? », 2020.

POCREAU, Jean-Bernard et MARTINS, Borges, Lucienne. « Reconnaître la différence : le défi de l'ethnopsychiatrie » in *Santé mentale* au Québec, vol. 31, numéro 2, 2006, pp.43-56.

## A NOS LECTEURS

*Éthiopiennes* publie des études et articles originaux se rapportant à la littérature, à la philosophie, à la sociologie, à l'anthropologie et à l'art.

Les textes proposés sont soumis à l'appréciation du Comité de Rédaction qui se réserve la possibilité de solliciter, chaque fois que de besoin, l'avis d'un lecteur extérieur.

Les manuscrits doivent être soumis en trois exemplaires accompagnés d'un résumé (de 15 lignes au maximum) en français et en anglais. Les auteurs doivent envoyer aussi une version électronique pour PC (Word).

Le Comité de Rédaction se réserve la possibilité, sauf refus écrit de l'auteur, d'effectuer des corrections de forme, de décider du moment de la publication, d'éditer les articles soit dans les numéros ordinaires soit dans les numéros spéciaux en fonction de leur sujet.

Les auteurs sont priés de signaler la publication dans une autre revue d'articles déjà acceptés par *Éthiopiennes*. Toute publication postérieure à celle d'*Éthiopiennes* devra mentionner en référence le numéro concerné.

Chaque auteur recevra une version électronique de son tiré à part.

Achevé d'imprimer sur les presses de

 **VIRTUEL DESIGN** (+221) 77 645 94 46  
Impression Numérique & Offset

2024



# ÉTHIOPIQUES

Revue semestrielle

ISSN 0850 - 2005

Rue Alpha Hachamiyou TALL x René NDIAYE  
Tél : +221 33 849 14 14 - Télécopie : +221 33 822 19 14  
BP : 2035 Dakar  
e-mail : senghorf@orange.sn  
internet : <http://www.refer.sn/flss>  
online : [www.refer.sn/ethiopiennes](http://www.refer.sn/ethiopiennes)

## AUTEURS

Dame NDAO, Ibrahima BA, Ousmane DIAO – (Université Cheikh Anta Diop de Dakar), Babacar FAYE et Moussa DIÈNE – (Université Cheikh Anta Diop de Dakar), Konan Luc Stéphane BROU – (Université Peleforo Gon Coulibaly, Côte d’Ivoire), Jean Bruno ANTSUE – (Université Marien Ngouabi, Congo), Michel SAMBOU et Cheick SAKHO – (Université Cheikh Anta Diop de Dakar), Terry Agbeovbiossa OSAWARU – (University of Benin, Benin City, Nigeria), Diokel SARR – (Université Gaston Berger de Saint-Louis, Sénégal), Elhadj Abdoulaye SALL – (Université Cheikh Anta Diop de Dakar), Yao Khan FULGENCE et Adama SAMAKÉ – (Université Félix Houphouët-Boigny d’Abidjan, Côte d’Ivoire), Papa Abdou FALL – (Université Cheikh Anta Diop de Dakar), Mamadou Sadio DIALLO et Babacar Mbaye DIOP – (Université Cheikh Anta Diop de Dakar), Man Bene (poète).

Sénégal	: le n° .....	4.000 F CFA
	Abonnement annuel .....	7.000 F CFA
Afrique	: le n° .....	5.000 F CFA
	Abonnement annuel .....	9.000 F CFA
Autres pays	: le n° .....	30€
	Abonnement annuel .....	70€
	Abonnement de soutien .....	100€

Frais de port en sus