

CLINIQUE DE LA FILIATION À L'ÉPREUVE DE L'EXIL : L'ENFANT-SYMPTÔME AUX LIEUX DE SA MÈRE

Olivier Douville

ERES | « Cliniques méditerranéennes »

2001/2 n° 64 | pages 41 à 62

ISSN 0762-7491

ISBN 2-86586-890-7

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2001-2-page-41.htm>

Pour citer cet article :

Olivier Douville, « Clinique de la filiation à l'épreuve de l'exil : l'enfant-symptôme aux lieux de sa mère », *Cliniques méditerranéennes* 2001/2 (n° 64), p. 41-62.
DOI 10.3917/cm.064.0041

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

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

Olivier Douville

Clinique de la filiation à l'épreuve de l'exil : l'enfant-symptôme aux lieux de sa mère

*La parole qui sort de ta bouche est la parole de ton père,
la parole qui reste dans ton ventre est la parole de ta mère
(proverbe bambara)*

En hommage aux cliniciens et aux patients sénégalais
et maliens qui m'ont tant appris ...

L'EXIL, L'ÉTRANGER : MISE AU POINT

Cet article se donne comme objet d'interroger la clinique anthropologique de la transmission, clinique de ce qui « passe » d'une génération à une autre au moment des ruptures culturelles.

Le champ épistémologique et pratique d'une clinique des effets psychiques des situations de l'exil, au singulier du « cas par cas » s'est ouvert en France depuis plus d'une dizaine d'années. Des publications en témoignent (*Cliniques méditerranéennes, Psychologie clinique, Cahiers intersignes, PTAH*). Des cliniciens reçoivent des patients qui viennent (ou dont les ascendants) viennent de pays marqués par une histoire conflictuelle et commune avec la société française. La colonisation, situation historique et datable, est aussi le nom d'un mode de rapport à l'autre et d'un mode de traitement de l'autre, qui reste actuel, hélas, dans la relation que la société française noue avec « ses » immigrés. Cet héritage, mal repéré, de la situation coloniale pousse à la méconnaissance des héritages et des contentieux communs. C'est aussi pour cette raison que certaines tendances de la psychologie ethnique, à visée thérapeutique, absolutisent les différences et fantasment très et trop aisément

Olivier Douville, 22 rue de la Tour d'Auvergne, 75009 Paris ; maître de conférences à l'Université Paris-10 Nanterre, directeur de publication de *Psychologie clinique, psychanalyste*.

l'immigré comme un représentant « intact » de la société villageoise autrefois étudiée par les ethnologues.

Pendant, les récentes avancées de l'anthropologie, représentées en France par les suiveurs de Balandier (Althabe, Anselme) ont su déconstruire la notion d'ethnie, les avancées de la clinique « interculturelle » refusent de réifier le sujet à ses appartenances territoriales ou géographiques afin de le situer à nouveau dans ses densités historiques (Douville, 2000).

De nombreux immigrés se présentent à nous moins comme des enfants du lignage que comme des sujets qui n'ont pas d'autre cartes subjectives que celles qui consistent à faire entendre et reconnaître la casse du lignage dont ils sont le produit et le témoin.

Le symptôme ne dit alors plus le fonds ancestral des théories étiologiques et des constructions thérapeutiques. Métissé, il représente le sujet aux prises avec l'histoire. L'exil est alors, non une catastrophe fragilisante et traumatisante – c'est là un credo reconduit avec obstination dans l'opinion courante – mais l'occasion d'une construction subjective, qui, au singulier, héberge et sauve, mais d'opaque façon la singularité du sujet.

Nous avons, depuis longtemps, fait choix ¹ de renoncer à la problématique trop codée de la psychopathologie de l'immigration, afin de mettre en valeur une lecture clinique des effets de l'exil et du déplacement là où cette lecture vient saisir les nœuds conflictuels des transmissions (Douville, 2001).

La transmission, pour un psychanalyste, ne se résume, ni ne se réduit à la transmission identifiante des idéaux et des interdits. Elle concerne une autre histoire de génération que l'histoire officielle et manifeste, et elle renvoie à des parts d'ombre et d'impensé entre destinées individuelles et histoire collective. Ces parts d'ombre prennent parfois le temps d'un montage générationnel avant de se figurer dans le rébus d'un symptôme. Notre hypothèse est ici que le symptôme est une tentative inconsciente d'écriture entre des signifiants qui sont tissés d'altérité et d'hétérogène. Le symptôme est non une expression directe de la « tradition » mais une façon aussi de se refuser à occuper intégralement les places assignées et les fidélités programmatiques. C'est donc pour cette raison que nous ne positivons ni ne préconisons une lecture et un maniement du symptôme qui vise à le référer purement et simplement à une nosologie, qu'elle soit occidentale ou exotique. Seule la « langue » singulière du symptôme est à déchiffrer, patiemment. Il est à noter encore le fait que nous ne rencontrons que pratiquement jamais des patients marqués par une appartenance à une seule culture. Nous ne pouvons dès

1. Et quelques autres ont fait ce choix, parfois avec nous. Je pense ici à M. Audisio, A. Barry, Z. Benchemsi, F. Benslama, M. Cadoret, A. Cherki, J. Le Roy, O. Natahi, J. Galap, J.-M. Hirt, B. Koumaré, R. Rechtman, R. Berthelie, J. Hassoun.

lors nous satisfaire des modélisations anthropologiques désuètes qui annexent des hommes et des femmes ayant pourtant vécu l'expérience de la rupture culturelle à des territoires symboliques clos. Les sujets que nous rencontrons qu'ils soient antillais, maghrébins ou africains d'« origine », sont avant tout des sujets marqués par un décalage, une rupture, un exil... Ils sont riches de ces expériences qu'il est tout à fait absurde de réduire *a priori* à des traumatismes et qui leur appartient de transmettre à leurs enfants, tout autant sinon plus qu'une artificielle fidélité à des patterns culturels. Il est assez ardu, voire stérile, pour un clinicien, de définir de façon abstraite et formelle l'ensemble des traits culturels qui sont supposés devoir résister aux expériences de décalage, de rupture ou d'exil, afin que perdure la transmission d'une identité. La solution de commodité qui consiste à définir une liste de *patterns* ou d'items culturels censés résumer la personnalité ethnique (ou l'« inconscient ethnique », cette notion clef de l'ethnopsychiatrie – G. Devereux, 1956) ne nous apprend rien à propos de ce qui est tenu comme structurellement identifiant d'une continuité de référence entre une génération et la suivante, au cas par cas, famille par famille, sujet par sujet. Un savoir sur le sujet ne peut s'inscrire que dans la singularité du cas par cas. Souvent, dans l'opinion ethnopsychanalytique le lieu de la culture de l'immigré est considéré comme un lieu évident et sans opacité. Contrairement à ce que recommandait, avec sa rudesse coutumière, le vieux maître Devereux, cet espace du culturel se retrouve analysé, interprété de manière à mettre en série les différents objets qui le composent. S'agit-il alors d'expliquer le symptôme par l'objet culturel ou bien de considérer le nouage entre celui-ci et l'objet du fantasme, nouage où se précise la position du sujet quant à son désir ? Comprendons bien que l'expérience d'exil, qui concerne le monde moderne, suppose, au cas par cas, l'expérience d'une déconstruction de l'origine.

S'il est donc trop courant de poser l'équation : migrant en souffrance psychique = victime de l'occident ou de la modernité ; cette équation fait qu'on aboutit généralement à deux attitudes qui pervertissent de façon grave toute démarche clinique.

La première impasse consiste dans le fait de substituer à une causalité singulière une causalité de groupe (de substituer à une causalité psychique une causalité tribale). La deuxième provient du fait de ne pas s'interroger sur ce qu'est un symptôme. Bien évidemment, si la première attitude escamote toute la construction subjective, la deuxième est aussi invalidante pour le patient, parce que, dans un cas comme dans l'autre, on ne s'interroge pas sur ce qu'est la création d'un symptôme. Ce dernier est réduit à l'expression déficitaire de quelqu'un qui est victime et qui construit un symptôme en raison du fait qu'il lui a été retiré la possibilité de participer à la ritualité culturelle supposée « originaire ». Or, un rite, par exemple, en tant que tel n'est pas thé-

rapeutique, du moins il ne l'est pas *a priori*. Il ne suffit pas d'accomplir, dans les règles, un rite pour que cet acte soit thérapeutique. Notre pratique clinique nous fait rencontrer autant d'exemples de rites qui, parce qu'ils sont mentalisés, parlés, symbolisés, sont thérapeutiques que de rites qui sont infligés aux patients, au pays d'origine tout comme ici, en France, par des guérisseurs de la même culture que leurs patients ou par d'autres.

DU TRAVAIL ETHNOLOGIQUE DE TERRAIN

Il ne s'agit pas de tenir pour rien l'importance du travail des anthropologues du lointain, ni même de l'anthropologie culturaliste américaine depuis Kardiner. Ces auteurs ont a, à juste titre, mit l'accent sur la nécessité de modéliser chaque culture comme une totalité d'étayage entre logiques sociales et mécanismes psychiques, dont au premier plan les mécanismes de défense du moi. Cela permettait, comme la plus tardive notion de « désordre ethnique » due à G. Devereux et, sans doute antérieurement à R. Linton, de ne pas juger les sujets et leur culture en référence à un modèle absolu. Une telle approche a pu relativiser les dramatisations diagnostiques et pronostiques portant sur les comportements déviants et les normes sociétales, ce qui a permis de réfuter bien des ethnocentrismes et bien des moralismes. Et il est logique de suivre l'évolution de G. Devereux et de certains de ces disciples – même si disciples, ils ne le furent qu'un temps – qui voulurent également tenter une lecture ethnopsychiatrique des sous-cultures internes au monde moderne. Ils ne savaient peut-être pas que sur ce plan ils rejoignaient les travaux de l'École de Chicago des années vingt. Il n'est pas possible de ne pas voir la parenté qu'il y a entre les démarches ethnologiques propres à l'observation du « lointain » et certaines méthodologies ethnopsychiatriques d'investigation de groupes occidentaux, vites baptisés communautés, liés par des pratiques et des usages du corps, de la sexualité, de l'identification ethnique intégriste. On comprend bien que la démarche d'investigation ethnologique validée (ou prétendument validée pour les cultures dites « primitives ») fonctionne en pleine adéquation avec les revendications identitaires des communautés dites « minoritaires » en Europe et aux États-Unis, du moins tant que cette démarche ne s'interroge pas sur la nature historique de ces communautés et qu'elle tend alors à en faire des micro-sociétés utopiques. On voit mal en revanche comment une telle méthodologie pourrait permettre de situer le malaise social grave dont ces revendications identitaires sont à la fois le paravent et le stigmate. En évitant de s'interroger sur la nature symptomatique (et donc historique) de ces productions d'identité communautariste, le projet ethnopsychiatrique de G. Devereux a plus que partiellement échoué. La centration sur l'identité, le rituel identitaire davantage préconisé que réellement

étudié a obéré les possibilités d'investigation des processus de rupture de liaison, de déliaison et de reliaison propres aux communautés instables et aux sujets en décalage, c'est-à-dire en devenir ouvert.

En exil et en rupture, des hommes et des femmes « psychisent » des situations inédites, et cet effort de psychisation est encore plus important et davantage porteur d'enjeux lorsque ces hommes et ces femmes deviennent parents en terre d'exil.

C'est ainsi que notre expérience clinique nous enseigne que le fait pour une femme de donner naissance à un enfant en terre d'exil est bien un moment charnière de haute symbolisation en ce sens que l'adéquation ou l'inadéquation des romances œdipiennes inconscientes et des fictions sociales sont, à ce moment-là, mises à l'épreuve. Deux questions reviennent « À qui appartient l'enfant ? » et « À qui est dû l'enfant ? ». Ces deux questions nécessitent une articulation subjective, que renforce et valide un collectif entre corps, langue et lieu. C'est alors que la scène anthropologique est en jeu et elle ne se résume pas à une scène traditionnelle. Des nouveaux montages entre enfant et lieu (F. Benslama, 1991) entre généalogie et génération (Guyotat, 2000) se donnent à lire dans des institutions thérapeutiques modernes, comme peuvent l'être un hôpital général et un hôpital psychiatrique. Dans une institution thérapeutique viennent souvent se mettre en forme des empêchements de transmission, des filiations en mutation et/ou en impasses. Des liens en souffrance dans les familles ne se projettent pas nécessairement ni ne se codifient dans les dispositions traditionnelles du soin coutumier et de la thérapie ancestrale (Audisio et Douville, 1994 ; Audisio, 1999).

MATERNITÉ ET FILIATIONS : DE NOUVELLES MISES EN LIEN, DE NOUVELLES SCÈNES

En un premier temps, nous examinerons ce qui peut psychologiquement et culturellement se construire pour une femme au moment où donnant le jour à un enfant, elle doit se déclarer comme passeuse de vie (Bouchard-Godard, 1991, Badji, 1993). À quoi faire appel pour donner sens à cet événement extraordinaire qu'un corps sorte d'un corps ? Comment situer cet événement dans quelque chose qui fait sens pour le lien social, et pour le sujet ? La compréhension des particularités de cette mise au monde du corps pulsionnel de l'enfant, nécessite d'envisager la proposition suivante : *l'enfant est un facteur de séparation* (Racamier, 1980, Barry, 2001). Nous sommes spontanément disposés à penser que l'enfant est le produit du groupe familial. Les recherches anthropologiques, elles, mènent à remettre en question ce qui est devenu un quasi-postulat : l'enfant appartient à sa famille « naturelle » (Augé, 1977, 1989). À tenter de répondre au défi toujours nébuleux et insistant de statuer

sur la question « à qui appartient l'enfant ? », on se rend vite compte que, pour beaucoup de cultures, l'enfant est le modèle même de l'humain qui revient de l'ailleurs, un « étranger » à reconnaître et accueillir. Ici ou là, c'est en effet à des tentatives répétées, continues, de ritualisation d'un enfant animalisé, pulsionnel et « sauvage » que le bébé humain va être soumis de la part des adultes qui l'entourent (Devereux, 1970 ; Héritier-Augé, 1977 ; Barry, 2001). Il importe qu'à ce moment précis de l'accueil d'un nouveau-né surgisse une dimension qui nous concerne tous : la dimension de l'hospitalité. Cette hospitalité provient aussi et avant tout de l'événement d'étrangeté que l'enfant crée dans une famille. L'appartenance à la lignée ne s'interprète pas au gré de la fantaisie des uns et des autres et elle s'affirme par un code. Ce dernier concerne les circulations des personnes, les classifications des statuts, les traitements génériques des substances du corps. Accoucher c'est retrouver des matrics ancestrales, puis s'en détacher. L'exigence primaire de fabriquer de l'humain à partir du bébé réveille la séparation première d'avec la mère archaïque, mythique... Pour certaines cultures, il est indispensable de bien montrer, par la mise en scène rituelle, comment, après la mise au monde de l'enfant, il faut à la société un temps de façonnage culturel de cet enfant. Le façonner afin de l'accueillir comme un partenaire potentiel dans (et pour) la communauté. Voilà pourquoi les rites de naissances ont pour fonction de définir, peu après sa naissance, l'enfant comme un étranger. Un étranger que l'on doit progressivement inclure dans les espaces domestiques et publics, sacrés ou profanes, dans ces emboîtements d'espace aptes à loger la référence communautaire.

Je donne souvent à mes étudiants l'exemple suivant que la discussion clinique va développer et discuter. Une maman accouche en Afrique noire polythéiste (où la dimension du culte des ancêtres et des « génies » est prépondérante et où l'usage des fétiches peut rendre compte de la dimension de l'objet médiateur dans la technique de soin), elle donne jour à un enfant qui est supposé être éventuellement un ancêtre. Cela veut dire que le nouveau-né est porteur d'un message des anciens et une mémoire de l'origine du monde. Quels anciens, quel ancêtre ? Il faut les identifier. Message bénéfique ou maléfique ? Il faut réduire l'énigme. Il s'agit à chaque fois, par le rituel, de réduire l'étranger que l'enfant est supposé représenter afin qu'il puisse y avoir retour de l'enfant vers la mère, afin que l'enfant puisse également porter sa mère, culturellement, après avoir été réellement porté par elle. On dira avec la théorie psychanalytique de M. Klein à propos de l'enfance précoce et les mécanismes de la socialisation, que certains processus initiaux seraient identiques à travers différentes cultures et subcultures. En effet, autour des relations précoces que l'enfant vit avec sa mère, s'organisent les capacités d'aimer et d'agresser autrui. Le moi existerait dès la naissance et la capacité

de croire en la permanence d'un bon objet (à la source d'une relation de sécurité avec l'environnement), serait indépendante de ce champ plus vaste qu'est celui donné par les variables culturelles. Autrement dit, d'un individu à un autre, ces modalités premières de relation à l'objet sont tout à fait variables. Elles dépendent bien davantage et tout d'abord du lien qu'entretient telle ou telle mère avec l'inconscient que de facteurs dépendant de « personnalité » au sens culturel large. La socialisation prend ultérieurement la forme d'une conformité (ou non) aux idéaux communautaires, mais le tout premier lien suppose déjà une séparation et une « mentalisation » du premier partenaire de l'enfant. Cette opération première de coupure et de lien est par là même notre premier exil (Stitou, 1997).

Et là, des patientes présentant des souffrances psychiques (dont les « psychoses puerpérales ») nous renseignent sur au moins trois aspects de la construction subjective vouées à se conjuguer en réponse au réel de l'accouchement :

- l'histoire inconsciente de la parturiente et de son lien à ses propres complexes familiaux ;
- la relation *hic et nunc* entre elle et son enfant ;
- le sens qu'il y a pour elle à être mère en ceci que la naissance confronte la jeune femme avec sa propre mère mais aussi avec quelques autres mères fantasmatiques plus ou moins ancestrales.

Que veut dire le fait de pouvoir non seulement donner corps à l'enfant ou consentir à avoir donné corps à l'enfant mais aussi de consentir à avoir donné du corps à ce qu'on appelle l'Autre et du corps ?

Les anthropologues tentent d'explicitier et de modéliser les plans institutionnels, et de mettre au clair jour la logique interne des dispositifs d'assignation de la personne qui la font se situer comme sexuée et mortelle dans le croisement de l'alliance et de la filiation. Grâce à ces savants, nous possédons un savoir relatif à ce que les pratiques culturelles proposent comme vecteurs de sens. Ce savoir anthropologique ne peut se résorber en savoir clinique. Seule la clinique introduit la dimension du sujet, soit ce qui se constitue dans l'institutionnalisation tout en résistant à cette institutionnalisation. Le clinicien ne peut omettre que le sujet s'étaye sur le narcissisme, la « monture symbolique » mythe-ritualité mais aussi et de façon autre sur l'économie pulsionnelle entre réel et fantasme (Cadoret *et al.*, 1989, Douville, 1996, Le Roy, 1997).

UN EXEMPLE DE CLINIQUE ANTHROPOLOGIQUE

Il est arrivé ceci, il y a longtemps de cela, au moment où je faisais mes premiers pas de clinicien en Afrique à Dakar (Sénégal). L'hôpital du quartier

Fann est très connu en France car il fut le lieu de tentatives intelligentes de compréhension de la pathologie en fonction de la modernité et de la tradition, visant du reste à travailler sur les figures de passage. Je signale à cet égard que le livre d'E. et M.-C. Ortigues *L'Œdipe africain* est une longue méditation sur l'adolescence immigrée « de l'intérieur » à Dakar, et qui provient le plus souvent des exodes ruraux. L'adolescence qui n'est pas une catégorie traditionnelle, c'est une scène anthropologique liée à l'émergence de la modernité. Si l'école de Fann s'est efforcée d'appréhender les différences culturelles dans les modes d'expression du trouble et de ses guérisons, elle n'en prit pas moins comme objet de ses études des figures non du permanent mais de l'instable, au premier rang desquelles ont été situées les émergences adolescentes. Ne serait-ce que pour cette raison les travaux de cette école s'éloignent de tout essentialisme culturel.

Le service de psychiatrie était moins concerné par des histoires de possession qui semblent se stabiliser assez bien en dehors, que par un tableau qui ne relève pas frontalement d'une étiologie traditionnelle : le *Méret*, tableau clinique connu en psychiatrie sous le terme peu satisfaisant de psychose puerpérale, expression équivoque du moins en ce qui concerne un supposé diagnostic de psychose.

Ce jour-là, l'équipe est alertée par les soignants de la maternité d'à côté qui viennent dire : « Il y a une jeune femme qui va accoucher, et qui tient des discours qui ne conviennent pas et qui font peur à sa famille. Est-ce que vous pourriez lui parler ? » On vient donc parler à cette très jeune femme d'à peine 20 ans, Bintou D. Elle tient des propos emplis de dénégation en proférant à plus d'une reprise « je ne suis pas enceinte. »

Le seul « truc » qu'on a fait avec cette patiente, c'est de l'écouter. L'accouchement se passe bien, l'on pourrait dire que Bintou D. a consenti à ce que son corps donne vie à un beau bébé, une petite fille tout à fait viable, bel enfant, mais là aussi il faut faire attention, car, dans les contacts et les échanges de tous les jours, on ne s'adresse pas comme des gens mal élevés avec une maman africaine en se répandant en surenchères de compliments sur la beauté ou sur la vivacité intellectuelles de son enfant. Autant éviter d'attirer la jalousie, voire le mauvais œil.

Cette jeune femme profère des choses que l'on peut entendre ailleurs qu'au Sénégal et qui constituent un des leitmotiv de ladite « psychose puerpérale ». Bintou dit que cet enfant n'est pas le sien, et que son véritable enfant est ailleurs et qu'on veut le lui enlever. Elle est soignée sans succès avec des médicaments que l'on appelle de nos jours « antipsychotiques » (avec l'aspect offensif que prend ce genre de terminologie), puis avec des antidépresseurs qui semblent mieux lui convenir, au demeurant.

Voilà ce qui advient. Nous sommes à la saison des pluies, le soleil tombe très vite, la nuit tropicale arrive comme un couperet et l'on peut voir effectivement flotter de façon fugace des ombres dans la décomposition moirée du crépuscule ; ce soir-là donc, il semble à Bintou que se présente à elle, dans la condensation de ces moiteurs de la fin du jour, une espèce de figure d'ancêtre grimaçant qui lui commande d'aller chercher le vrai enfant à Dakar (l'hôpital est distant de trois kilomètres environ du centre ville), métaphore possible de la Cité des Morts. De façon toute automatique, elle se dirige vers la sortie de l'hôpital, à un rythme de funambule. Elle est arrêtée là et elle est ramenée dans le service où nous parlons un peu avec elle de cette vision et où nous discutons un petit peu de Dakar.

Trois jours après a lieu la réunion des malades. La famille – le mari de Bintou est présent – est là et y participe et de même sont présents les « accompagnateurs » d'autres patients hospitalisés. Qui sont-ils ? Le cadre institutionnel voulait que l'on n'hospitalise pas quelqu'un tout seul, et qu'il y ait quelqu'un de la famille avec ou quelqu'un qui parle la langue maternelle. Il est vrai qu'à côté du Wolof, du Serer, du Lebou, toutes les langues de Casamance résonnent dans le service, sans compter la présence, comme souvent en Afrique, de certains patients qui ont fait des trajets incroyables d'errance avant d'échouer à l'hôpital psychiatrique. Ainsi j'ai rencontré à Bouaké (en Côte-d'Ivoire) un tamachek qui avait marché pendant des mois et des mois avant de se retrouver à l'hôpital de Bouaké où il fut fort bien soigné². Ce jour-là de la réunion dite des malades, on écoute un peu de musique « live » et nous recevons la visite d'un personnage pittoresque et attachant qui est représentant d'un laboratoire pharmaceutique bien à lui, à savoir qu'il vend du thé à la menthe. Et donc, il fait le tour, il gagne un petit peu d'argent CFA³ avec son thé à la menthe, il vient quand ça lui chante, il est un peu excentrique, il n'est pas hospitalisé mais il sait faire son « business » à l'hôpital. J'apprends, ce jour-là, qu'il est natif exactement du même village que celui de Bintou, non loin de Kadjinol, en Casamance. Je lui demande, car dans le fil de cette réunion, la parole vient assez librement, de nous expliquer que fait une famille de Kadjenol et des villages aux alentours vis-à-vis des voisins et des anciens lorsqu'un enfant vient au monde en Casamance, dans la région de Bintou. Le vendeur de thé est surpris qu'un blanc de passage (un

2. Lors de deux récentes missions au Mali (août, puis novembre 2000), le professeur Baba Koumaré me disait que des Touaregs et des Tamacheks avaient décrit un parcours d'errance jusqu'à la République centrafricaine et que c'était à l'occasion de leur très long retour vers les marges du Sahel qu'ils se fixaient à Bamako, mégapole au sein de laquelle ils survivaient par la mendicité, le plus souvent !

3. Le franc CFA est la monnaie commune à la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest (hors la Guinée).

« toubab ») pose une telle question, mais il nous répond en disant ⁴ que la coutume veut qu'on enterre le placenta. Alors, un petit peu comme dans des textes cliniques très beaux – trop beaux pour être vrais, c'est-à-dire que c'est réel – la patiente reprend corps et écoute cet homme raconter ce qu'on fait en Casamance. Il est à comprendre qu'elle n'est pas quelqu'un qui rattrape ses leçons d'anthropologie, elle n'est pas en train de réviser l'anthropologie de son village, mais elle entend une parole vraie sur sa propre naissance à elle. Je n'ai en aucun cas la prétention de dire qu'enfin cette jeune patiente ayant appris un dispositif essentiel de sa culture récupère un plus d'identité et va, en conséquence, bien mieux se porter. Autre chose est en jeu. Imaginons plutôt que l'intérêt que je portais à l'énonciation de cet homme ait eu comme effet direct de redonner au sujet une parole la concernant. Ce montage entre la sidération de la patiente, ma curiosité et la parole pleine de cet homme aurait eu comme effet de détacher du magma sonore du bavardage ambiant un fragment d'énonciation, qui, s'isolant au tant que séquence signifiante, revient sur le sujet et calme sa dérive. Parler revient à pouvoir toucher le site hypermnésique du rituel : le rapport à la sépulture du premier de la lignée. Bintou m'évoque bien ici ces enfants ou adolescents qui ne savent ni où, ni comment inscrire l'excès qui les habite et viennent à se loger dans l'amorce d'un discours dès que le brouhaha des bavardages familiaux s'éteint et devient un fond à partir duquel surgit un énoncé qui les concerne dans leur singularité subjective et historique. Or, un tel fragment d'énoncé pour faire trace doit être souligné par une présence et donc par une voie extérieure aux présences et aux voix familières, trop familières.

Je vais maintenant tenter de mieux cerner cette logique de la subjectivation à travers le symptôme.

Munissons nous de la question posée en préambule à cet article : « Pourquoi cette opération de coupure-lien » entre la mère et l'enfant ? Que rejoue-t-elle, quelles séparations actualise-t-elle ? Je vais tâcher d'indiquer quelques jalons afin que l'on ne reste pas enfermé dans une perspective bordée par les privilèges relatifs et les médiocres séductions de l'exotisme. On peut prendre l'histoire de Bintou par plusieurs bouts. Je donnerai d'emblée un repère très précis, mais rapide qui concerne la signification du rituel d'enterrement du placenta. À chaque naissance, l'ordre des ancêtres réclame un petit bout de corps ⁵. Tout corps humain doit être privé d'un petit morceau qui doit être donné à l'ancêtre ; ce n'est qu'ensuite que le placenta va avoir la

4. Ce que beaucoup de gens connaissent, et qui ne concerne pas uniquement l'Afrique de l'Ouest, mais aussi l'ancien Cambodge...

5. Pour certains groupes culturels africains, dont les Mossi, le placenta est appelé *naaba*, ce qui veut dire chef.

réputation d'être un double pacifié du sujet. Mais ce simple mot de « double » est assez piégeant. Bien avant nous Rank en fit la démonstration (Rank, 1909). Il y a double et double : le double occidental romantique, celui de Dostoïevski ou de Hoffmann par exemple, n'est en aucun cas celui dont il est fait mention ici. Le double romantique condense le fantasme névrotique d'atteindre l'objet par le truchement du semblable. À l'inverse, le double « placentaire » consiste plus exactement, en dehors du reflet ou de l'ombre du sujet, comme un point indécis, aveugle, informe du corporel. Il convient de définir ce point. Non spécularisable, il n'est que très peu imaginable. Le pont entre symbolique et réel étant délié, si le placenta surgit il revient sur le sujet en tant que source pulsionnelle capable d'envahir le corporel ou de l'absorber. Le placenta ritualisé qui est la marque d'une séparation opérée sur la mère et sur l'enfant, n'est pas un doublon de l'enfant, il est le signe d'une coupure, d'une absence. Et le placenta doit être maintenu dans l'absence parce que s'il se présente il le fait en place du sujet. Le placenta est bien cet objet, témoin perdu de l'origine et dont le sujet ne peut qu'être exilé. Support de ce qui doit être perdu, le placenta est alors une forme de présence antécédente au sujet. Qu'il nous intéresse au plan de la sublimation, en tant que pièce signifiante d'un rituel, est là l'écume de la problématique et rien de plus. S'il y a un sujet qui résulte de la séparation d'avec une peau commune à la mère (ou fantasmée telle), alors cet élément perdu ne peut se poser que comme une antécédence au sujet, que comme un ensemble vide qui le tient à mesure que le sujet ne se confond pas avec lui ni n'est avec lui confondu. Tout comme l'objet « a » lacanien le placenta est « extime ». Le rituel le relègue à l'intérieur de la terre afin que l'enfant puisse peupler de sa vie la vie humaine, sur la surface de la terre. Mais il ne suffit pas que le placenta soit absenté, encore faut-il que son absence soit convenablement certifiée. Une notation logique objecte à une conception trop répandue qui fait du placenta un des doublons du sujet est la relation de dissymétrie entre le sujet et son placenta. Car si le placenta peut être tenu pour le double de l'enfant il faut tout de suite rajouter que l'enfant, lui, n'est, en aucun cas le double du placenta. Nous rejoignons ici certaines conclusions du beau travail d'A. Barry ⁶. S'il n'est pas honoré, c'est-à-dire s'il n'est pas noué à l'imaginaire du corps par les opérations symboliques, ce « double » placentaire fonctionne à la façon d'une tâche aveugle du corporel, d'un trou noir ⁷. Non

6. Barry, 2001, p. 57-60.

7. C'est aussi en ce sens que, à l'inverse de la littérature romantique qui pose toujours un conflit d'existence entre le moi et le double, entre le moi et l'ombre, nous sommes ici dans une logique du nouage, logique réclamant le maintien de scènes qui donnent à lire dans une allure de continuité coutumière la mise au pas du sujet dans une fiction commune des corps.

pacifié, il est le canal par lequel revient la mauvaise part de l'ancestralité, celle qui exige la restitution immédiate de la vie à la mort. C'est bien la raison pour laquelle il ne s'agit pas de mettre en scène n'importe quel acte pour honorer l'ancestralité et continuer à la nouer au symbolique à travers et par le maniement réel de ce bout de corps non spéculaire qu'est le placenta : il s'agit de contribuer à l'institution du nom. Voilà la raison pour laquelle le placenta doit être inhumé. Le fait d'accueillir une nouvelle vie se signe et se valide par l'acte d'accueillir une vie dans le monde de la communauté humaine. Il s'agit de présenter le sujet au monde et le monde au sujet. Or dans un monde à rationalité traditionnelle, le propre d'une communauté humaine, est d'avoir inventé la sépulture. C'est bien cet acte fondateur de symbolisation de la mort comme événement pour la pensée et pour le lien qui doit être évoqué et joué à chaque naissance. Entrer dans la communauté des vivants c'est entrer dans la communauté de ceux qui ne sont pas privés de leur rapport à la mort et, s'il est permis de l'écrire ainsi « à leur mourir ». Il faudrait ici s'interroger sur les effets massifs des impositions culturelles et des violences de l'histoire qui ont privé des communautés de leur rapport institué à la mort et à la sépulture, ce qui est un axe du travail de J. Le Roy au Zaïre puis, maintenant en République Démocratique du Congo (Le Roy, 1997).

Assez souvent, les tradi-praticiens s'interrogent, lorsqu'un enfant présente des perturbations comportementales et, parfois, psychiques, sur la nature et le bien-fondé d'un ordonnancement rituel qui aurait accompagné les premiers moments de ces tout-petits dans le monde humain. D'où le succès incontestable qu'a rencontré en ethnopsychiatrie la notion d'un enfant comme lieu du mort qui revient, soit cette notion, dégagée par l'observation ethnographique, d'enfant *Nit Ku Bon* ou « enfant-ancêtre » ou encore « enfant-génie ⁸ ».

Sans se montrer systématiquement en proie au doute quant à la pertinence d'un repérage du symptôme qui respecte les nosologies traditionnelles, on peut discuter l'usage devenu systématique de la catégorie « enfant-ancêtre » dès qu'on veut rendre compte d'un point de vue de compréhension culturelle des troubles du lien mère-enfant en Afrique ou en

8. Dans certaines sociétés, par exemple, lorsque des parents ont négligé les devoirs dus aux ancêtres, ces derniers peuvent revenir dans la lignée d'une manière inopinée et vengeresse. Dans nombre de sociétés, on attribue des décès successifs d'enfants à un mauvais désir ancestral. On peut protéger la mère à des groupes ethniques différents qui ne partagent pas les croyances du groupe, on peut identifier l'enfant et agir comme s'il n'était qu'un enfant adopté par ses géniteurs et non biologiquement issu d'eux (sur ces points, on pourra lire « L'Enfant mort et sa mère en clinique africaine », d'Aboubacar Barry, à paraître dans *Psychologie clinique* hors série : « Questions à l'ethnopsychiatrie » en juin 2001).

milieu africain émigré. En France, beaucoup de soignants, un peu frottés à l'ethnologie, pensent que si une relation mère africaine-enfant va de travers, cela s'explique parce que l'enfant est membre de l'ensemble des enfants-ancêtres. Dans une publication qui fit date, Zempleni et Rabain, à partir de leurs expériences dakaroises, décrivirent ces enfants qui sont tenus pour des lieux de retour d'un ancêtre insuffisamment honoré (Zempleni et Rabain, 1965, Zempleni, 1968). Au plan d'une ethnomédecine ou d'une ethnopsychiatrie descriptive des représentations de la maladie en son lien au sacré, le modèle est tout à fait intéressant et probant. Est-il pour autant prégnant ? Doit-on se faire programme de chercher à tout coup l'ancêtre à qui appartient l'enfant à problèmes ? Rien ne prouve que ce soit au plan de la clinique que la pertinence de cette catégorie se vérifie. Et le clinicien qui va étudier et/ou soigner un peu à Dakar, à Bamako, à Bouaké, à Abidjan ou ailleurs se rend bien compte que cette catégorie d'enfant-ancêtre si stimulante pour la pensée ethnographique est véritablement une catégorie que même les guérisseurs locaux ne vont utiliser qu'en faisant preuve de tout un trésor de précautions. Cet intérêt pour l'enfant-ancêtre est légitime, enfler cette catégorie à un archétype décontextualisé et causal est abusif. L'étude ethnologique sous-jacente est partie de l'analyse d'une coutume que l'on situe bien mais qui est très contextualisée : on peut donner aux enfants le nom de quelqu'un qui est mort. Ce n'est pas un privilège africain ! Là encore les généralisations sont dangereuses. Au demeurant on assiste à une prolifération d'enfants-ancêtres autour de certains centres de consultations de la banlieue nord-parisienne, bien davantage que dans les villes, grandes et moyennes, du Sénégal : Dakar, Saint-Louis, Zinguichor, Tambacounda ou Kaolak.

Très souvent l'ethnopsychiatrie est heureuse de repérer des catégories nosographiques susceptibles de bousculer, ou de contredire radicalement, nos vieilles nosologies. Je dis, une fois encore, tout le bénéfice qu'a pu apporter, en matière de prudence diagnostique, certaines thèses de G. Devereux (Devereux, 1970, Douville, 2001). Mais à considérer aujourd'hui les prétentions de l'ethnopsychiatrie à ouvrir à de nouvelles nosologies, on s'aperçoit que le bilan est maigre, pour ne pas dire rachitique. Et cet échec ne s'explique pas uniquement du fait que les migrants ne vivant pas dans des sociétés villageoises, construisent autrement leurs façons d'aller mal et de souffrir psychologiquement que leurs propres parents le faisaient par le passé. Un hiatus épistémologique entre en compte. Il concerne les niveaux d'interprétation. En ethnopsychiatrie, les procédures pour articuler le singulier d'une plainte ou d'un mal-être au tableau nosologique traditionnel forment la base même de la rationalité d'une consultation, toujours ou du moins très souvent démonstrative. Or souvent l'interprétation prend le tour d'une suggestion ou d'une interprétation sauvage, tant que n'est pas dégagée la nature de l'in-

vestissement psychique que tel ou tel sujet fait, au singulier, de telle ou telle représentation. Une mère africaine peut dire de son enfant qu'il évoque un ancêtre, un « vieux », cela ne signifie en rien qu'elle croit en son discours ou qu'elle va juger utile de parler à cet enfant comme on le fait à un vieillard ou à un ancêtre. Comment permettre alors à un sujet de nourrir la distance critique dont il a besoin vis-à-vis de ses hypothèses « nosologiques » si, dans le même temps on lui prescrit pour son plus grand bien d'adhérer à l'opinion commune, généralement énoncée ou annoncée par des stagiaires dépourvus de toute qualification anthropologique ?

Retrouvons Bintou. Le cas a l'air d'être très simple. Sa compréhension est bouclée, la démonstration est simple, efficace, plausible. En effet, voilà une très jeune femme qui retrouve quelque chose de ses ancêtres au moment où certains, comme moi ou d'autres, tentent de lui parler⁹. Or la réalité clinique – et donc humaine – est beaucoup plus compliquée, beaucoup plus riche. Elle ne se ramène pas à un exemple de déclenchement d'une psychopathologie qu'engendre une transgression par rapport aux injonctions rituelles. Il y a à réfuter la mécanisation de ce genre d'explication qui expliquant tout, oublie le sujet et ses logiques structurelles, oublie que le sujet se réfugie dans la construction d'un symptôme. Il est très facile et très faux de dénoncer la modernité qui a « mangé » les rites alors que la modernité pousse, au contraire, à un usage de plus en plus magique des rites, au point que quand nous recevons ici en France, des patients qui sont accablés de conduites magiques, nous n'avons pas affaire au fond du fonds du plus ancestral, à du traditionnel intact, mais à des effets de pathologie du lien généralement corrélées à d'extrêmes solitudes et de dispersion des sujets et des familles dans les exils et les modernités. Il ne leur reste le plus souvent que les scénarios funèbres et funestes du « mauvais sort » pour inventer du communautaire à partir de cette dispersion. J'ajouterai encore que je ne vois pas pour quelles raisons nous ferions effraction et violence dans une partition voulue par certains migrants qui savent opérer des parcours subtils entre soin occidental et maraboutage. Il m'a toujours semblé que l'hôpital devait être un lieu qui, pour écouter et soigner, doit ne pas désavouer ce qu'un sujet dit de son origine – c'est là une évidence – mais doit aussi laisser le sujet en paix avec son origine, ne pas l'y référer de façon systémique et systématique.

9. Bien entendu et comme en échange, j'ai essayé de lui parler aussi à partir de ce que mes ancêtres, en l'occurrence Kraepelin, Freud, Esquirol, mais aussi Le Hérisse et Maupoil m'avaient légué pour me permettre de travailler en ces lieux.

Exil, exclusion, expériences de la marge et de la dérive peuvent, en tant qu'épreuves vécues, s'interpréter comme un temps de traversée ou d'absence de traversée des champs de la rencontre avec l'Altérité où se joue le rapport du sujet avec l'Autre. Un tel rapport matérialise ou rend compte des multiples fictions comme subjectivation du lien à l'origine. Or ces expériences vécues ouvrent une interrogation singulière sur les signifiants de la filiation humaine, avec eux (Douville et Natahi, 1998, Natahi, 2001).

J'en reviens à nouveau à Bintou. Essayons de nous interroger sur le sens de la vie de cette femme. Apprenons alors un petit peu, avec elle, de son histoire. Une fois les tempêtes de la crise post-partum apaisées, nous eûmes plusieurs entretiens avec elle, parfois en présence de son mari. Nullement dépersonnalisée, elle se montrait soucieuse de parler de sa migration vers Dakar, et curieuse aussi de ce qu'était la France, de ce que j'allais y faire une fois retourné en Europe. En revanche, elle ne trouvait pas grand intérêt à reparler de la Casamance, tout en voulant, selon ses propres termes, trouver un « arrangement » pour pouvoir présenter sa fille, Fatoumata, dans son village. Il est encore à noter que l'hospitalisation fut brève et que la mère s'occupa très vite et très bien de sa fille.

Qu'avons-nous appris des croisements de destinées familiales dont Bintou étaient un des centres ? Son frère, du même village, va atteindre ses 18 ans, faire du commerce dans une ville encore plus au Nord (la Casamance c'est le sud du Sénégal). Il lui faut traverser un fleuve, le fleuve Gambie. Il rejoint une autre région où se situe Dakar, puis un peu plus au Nord, le fleuve Sénégal. Cette dernière région a été particulièrement en crise ces derniers temps à cause des conflits terribles avec la Mauritanie. Là, il parvient enfin dans une autre ville, très belle : Saint-Louis. Ce frère part donc rejoindre le point le plus loin qu'il est possible d'atteindre tout en restant dans les limites du pays, pour faire son commerce à Saint-Louis. Elle le suit. Il advient qu'en route, à Dakar, elle rencontre un Wolof, elle en devient amoureuse, elle l'épouse, ce n'est pas un mariage arrangé, et puis il n'y a plus tant que ça de mariages arrangés, de même qu'il n'y a plus tant que ça de jeunes qui sont initiés en Afrique. Ne faisons pas, pour autant de Bintou une héroïne moderne. Choisir l'exil et redoubler ce choix en se donnant dans l'alliance à un homme extérieur au clan est un acte fort pour une femme africaine. Les lois du lignage y sont malmenées – ce qui est, au plan du sujet « Bintou » son droit le plus strict. Mais la rupture est là, bien là. La nouveauté de l'alliance matrimoniale fait que l'homme, l'époux de Bintou, même s'il envoie des biens en Casamance, n'a pas rituellement payé sa dette à sa belle-famille. De même sa femme n'est pas sa dette. La dette est flottante. D'une certaine façon, choisir d'épouser un homme Wolof, c'est-à-dire quelqu'un de confession musulmane (c'est une des plus anciennes confessions musulmanes

d’Afrique sub-Sahélienne, d’Afrique Noire comme on dit ici), revient effectivement à choisir une religion du Livre, une religion de la Lettre et non plus une religion des fétiches. Mais Bintou cumule les ruptures, seule façon pour elle de reprendre les fils d’une généalogie réelle et « métisse » qui ne se désavoue pas en généalogie idéale et idéalement signifiée. Aller accoucher à l’hôpital était un choix, un acte. C’est-à-dire au moins l’acte de ne pas accoucher à la maison (à l’époque, ce n’était pas tout le monde qui accouchait à l’hôpital). Or il se trouve aussi que dans son histoire, elle ne tombait pas simplement en terre étrangère en rejoignant cet hôpital. Son père s’était mis, pas tout à fait volontairement il est vrai, à servir l’armée française où il avait été affecté aux services de santé. Nous apprenons alors que ce père n’avait pas eu d’autres choix que de valoriser cette place que lui avait imposé le colonisateur, dans la mesure où il avait été exclu d’un héritage traditionnel concernant son propre père au détriment d’un de ses demi-frères, alors qu’en conformité avec son statut de fils aîné il aurait dû prendre une position d’autorité dans la répartition des biens et des terres. De plus cette mise à l’écart des régulations coutumières de l’institution de l’héritage avait créé une séparation dans son couple. Sa propre femme, la mère de Bintou ayant peu soutenu cet homme et s’étant rangé du côté des spoliateurs, tout en manifestant alors un attachement plus exclusif aux cultes animistes actifs en Casamance. Face à une telle violence dans le lien fraternel, conjugal et générationnel, cette affectation chez l’autre (le blanc, le colonisateur), presque une promotion, lui permettait de faire pièce au désaveu dont il fut l’objet. Cette direction de suppléance avait été tout à fait importante pour lui... et pour Bintou. On pourra alors proposer l’hypothèse que la crise puerpérale recouvrait une relation symptomatique d’identification au trait de suppléance du père. Ce trait d’idéal – un homme secourable à autrui en étant capable parce qu’il était soignant de se tenir au plus près des ites de la vie et de la mort – le faisait tenir et consister comme père dans l’imaginaire de cette patiente, mais aussi dans l’imaginaire social de la puissance et du secourable. Soit un ensemble de vertus qui peuvent sembler des vertus universelles mais qui sont aussi des vertus assez proches des vertus musulmanes que Bintou va aussi trouver chez son mari.

La brisure des lignées de dette que Bintou a réalisé réellement en épousant un homme du lointain, transposait sur une scène conjugale et générationnelle nouvelle et inédite l’impasse du roman familial. La filiation, au prix, d’un étrangeté radical, retrouvait l’étoffe de sa possible fiction ¹⁰.

10. À propos des liens entre filiation et fiction, on lira Audisio (1999).

Que pouvais-je en entendre ? On pourrait aussi et autrement considérer et dire que je n'étais pas seulement l'étranger, le visiblement autre, mais que j'étais déjà présent dans le passé de cette patiente, et qu'il était possible d'en faire quelque chose dans la mesure où, bien entendu, je la rencontrais dans une institution soignante institutionnellement solide. Il n'était pas question que les soignants jouent les guérisseurs traditionnels.

QUESTION DE STRUCTURE :

LA STRUCTURE ŒDIPYENNE DU SUJET PARLANT

La boucle n'est pas bouclée pour autant, mais simplement nous pouvons déjà relever que ce symptôme signifie bien aussi une position singulière, un conflit psychique inséré dans une structure œdipienne, universelle, qui ne se fait jour que par le plus singulier¹¹. Retournant au sens de cette formation de l'inconscient qu'est le symptôme, cette dite « psychose puerpérale » ne s'explique en aucun cas par le manque d'encadrement symbolique qui accompagna la naissance (encadrement symbolique qu'aurait dit-on apporté le monde du rituel traditionnel). À l'inverse de cette thèse commode et fautive, nous poserons que Bintou par son symptôme essaie de faire fonctionner dans son corps les univers hétérogènes de référence par quoi elle pose la question du sens de sa féminité et de ses identifications, de son rapport aux idéaux. Or, ces univers hétérogènes qu'est-ce qui doit les tenir ? Elle-même, l'enfant, l'institution ? Il a bien sûr été question pour elle de revenir en Casamance avec son mari et leur fille Fatoumata, et ce voyage s'est fait. Nous en avons reçu des nouvelles. Ce ne fut certainement pas pour Bintou un simple retour car ces re-trouvailles avec le sol natal ne furent jamais la conséquence d'une injonction à revenir en Casamance pour honorer des fidélités programmées à la tradition et appliquer le rite ancestral afin de ne plus être folle. Il s'agissait au contraire d'assister cette patiente dans son mouvement et dans son acte de brisure avec l'ordonnance programmatique de la tradition, même si cette geste de brisure avait pu la mener à être malade, un temps. Ce qui pouvait apparaître comme un redoublement d'exil : en exil à Dakar, en exil à Fann, n'est plus alors rien d'autre que le parcours logique d'un sujet qui rencontre l'institution soignante afin de réinvestir et de déplacer les scènes psychiques et anthropologiques qui la soutiennent conflictuellement dans ses

11. Mentionner ici l'universel n'est pas ethnocentré. L'objectif n'est pas de résorber le singulier dans l'universel (comme le font les nouvelles classifications qui résorbent le singulier dans le transnosographique). Il est à affirmer que l'Universel ne s'énonce que du particulier – non du particularisme. Proposition incontestablement lacanienne.

questions et dans ses enjeux d'identité et de destinée. La reconstruction des lieux et des espaces passait par le symptôme et son dépliement.

POUR CONCLURE...

À partir d'un tel exemple découle une thèse simple. Avant que l'enfant soit objet, objet de soins, objet d'amour, objet de déchiffrement, l'enfant est la traduction d'un féminin corporel en excès. Il est une tentative de traduire du féminin, là où le féminin peut-être ne se traduit pas aussi facilement que ça dans les modèles idéaux qui sont donnés au sujet par l'environnement social, par l'environnement culturel, par l'environnement familial.

C'est sans doute ce point-là : qu'une femme puisse ne pas être toute entière mère alors même qu'elle est enceinte, qui est dérangeant pour les cliniciens¹². Il n'est pas impossible que ce point resurgisse de façon symptomatique dans des moments de cassure brutale du lien entre ces femmes et les figures tutélaires du féminin qui font tenir leur narcissisme. Il n'est peut-être pas étonnant que ces difficultés qu'ont certaines femmes à constituer le fait qu'elles soient mères et passeuses de vie, alertent d'autant plus, flamboient d'autant plus dans des moments d'intense rupture culturelle, c'est-à-dire dans des moments où est porté un processus de délégitimation généralisé sur les signifiants et les liens qui culturellement font tenir le féminin. Délégitimation qui peut prendre l'allure d'un clivage. Ainsi, il n'y aurait plus aucun pont possible pour Bintou entre ce féminin que voulait le père, travaillant chez les blancs dans la santé et ce féminin que voulait la mère toujours en allégeance aux esprits, aux fétiches.

Ici en Europe, ou là-bas, dans les mégapoles africaines¹³, loin en exil, des jeunes femmes alertent par une forte demande d'aide, une dépression qui atteste moins d'une perte que d'une dispersion de la cohérence des instances culturelles et psychiques qui permettent de penser les composantes narcissiques et agressives du lien d'une fille à sa mère.

Une trop hâtive centration sur l'identité traditionnelle fait perdre le sujet en route. Si le sujet se réfugie dans sa construction symptomatique, alors il est à comprendre que le discours du patient se tisse à partir du secret familial, mais ne se réduit pas à lui. Une investigation clinique uniquement pré-occupée d'entendre les modes d'expression culturels propres au groupe

12. C'est un fait vraiment beaucoup plus dérangeant que celui que nous constatons dans la clinique de ces mères qui, mères, le seraient « trop » dans les relations à leurs enfants.

13. Il n'est guère possible de parler aujourd'hui de l'Afrique sans évoquer les particularités trans-ethniques des banlieues des mégapoles ; cf. Le Roy (1997) et pour un modèle « général » de la banlieue, Cadoret (1997).

familial fait passer le sujet est à la trappe. Ce que nous avons appris avec Bintou comme avec d'autres patients africains ou maghrébins (Douville, 1996, 1998, 2000) est que la logique de la transmission œdipienne et la logique de la transmission traditionnelle ne sont pas en étayage complet l'une sur l'autre. Il y a des hétérogénéités, des dissensions, des distorsions. des blancs. Des montages d'altérité imprévus, des événements de l'histoire nourrissent les modes de constructions des crises et des symptômes. L'ordonnement rituel est bien non seulement ce qui peut prêter appui aux constructions psychiques, mais il est aussi et parfois plus encore, ce qui permet d'oblitérer et de refouler ce avec quoi la subjectivité doit composer : l'insolite et l'irréductible singulier des signifiés des désirs œdipiens. La causalité tribale ou ethnique se disjoint de la causalité psychique. Culture et psyché ne peuvent être des équivalents ou des analogons.

Tant que nous resterons charmés par l'exotisme nous ne pourrons pas aborder la dimension des incidences psychiques et subjectives de l'articulation entre sujet et lien social. De plus, si des appartenances culturelles, sociales sont uniquement repérées en terme de différences, alors quel statut pour l'« entre-deux », le passage, l'illusion ?

Or c'est bien parce quelque chose de la mort et de l'« entre-deux morts » qui se joue de façon non prescrite chez tout sujet qu'il y a sortie du mythe et que nous pouvons nous situer en tant que cliniciens dans la théorie et non pas dans une mythologie répétée.

BIBLIOGRAPHIE

- ANSELME, J.-L. ; M'BOKOLO, E. 1985. *Au cœur de l'ethnie. Ethnie tribalisme et État en Afrique*, Paris, La Découverte et Syros, 1999.
- AUDISIO, M. 1999. « Filiation fictive et figure de l'étranger », *La figure de l'autre étranger en psychopathologie clinique* (sous la direction de Z. Benchemsi, J. Fortineau et R. Beauroy) Paris, L'Harmattan, collection « Psychanalyse et civilisations », 117-128.
- AUGÉ, M. 1977. *Pouvoirs de vie, pouvoirs de mort*, Paris, Flammarion.
- BADJI, B. 1993. *La Folie en Afrique. Une rivalité pathologique*, Paris, L'Harmattan.
- BARRY, A. 2001. *Le Corps, la mort et l'esprit du lignage*, Paris, L'Harmattan, collection « Santé, sociétés et culture ».
- BELMONT, N. 1992. « Naissance », *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie* (sous la direction de P. Bonte et M. Izard), Paris, PUF, 498-505.
- BENSLAMA, F. 1991. « L'enfant et le lieu », *Cahiers Intersignes*, 3, « Incidences subjectives de l'exil », Paris, Éd. de l'Aube, 51-69, automne.
- BOUCHARD-GODARD, A. 1979. « Un étranger à demeure », *Nouvelle revue de psychanalyse*, « L'enfant » n° 19, 161-177.

- BYLDOWSKI, M. 1997. *La Dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF.
- CADORET, M. 1997. « La banlieue : mise en scène des frontières », *Psychologie clinique*, 3, « Les sites de l'exil » (sous la direction d'Olivier Douville et Michèle Huguet), Paris, L'Harmattan, 99-106.
- CHERKI, A. 2001. *Frantz Fanon. Portrait*, Paris, Le Seuil.
- DEVEREUX, G. 1956. « Normal et anormal », *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 1970.
- DOUVILLE, O. 1994. « Fractures et montages des constructions identitaires » *Bulletin de psychologie*, 416, t. XLVII, juillet-août, 483-495.
- DOUVILLE, O. 1996. *Anthropologie et Clinique : recherches et perspectives*, Rennes, Ed. de l'AARCP.
- DOUVILLE, O. 1998. « L'identité/altérité, fractures et montages. Essai d'anthropologie clinique », dans *Différence culturelle et souffrances de l'identité* (sous la direction de R. Kaës), Paris, Dunod, 21-44.
- DOUVILLE, O. 2000. « Notes sur quelques apports de l'anthropologie dans le champ de la clinique interculturelle », *L'Évolution psychiatrique*, 65, 4^e trimestre, 641-761.
- DOUVILLE, O. ; GALAP, J. 1999. « Santé mentale des migrants et réfugiés en France » *Encyclopédie médico chirurgicale* (Elsevier, Paris), *Psychiatrie*, 37-880-A-10, 11 p.
- DOUVILLE O. ; NATAHI, O. 1988. « De l'inactualité de l'ethnopsychiatrie », *Synapse*, 147, juin, 23-30.
- GALAP, J. 1987. « De la culture au dysfonctionnement ; la pratique de l'enfant paquet », *Psychologie clinique*, 3, « Les sites de l'exil » (sous la direction d'Olivier Douville et Michèle Huguet), Paris, L'Harmattan, 83-98.
- GUYOTAT, J. 2000. *Psychopathologie lyonnaise*, Paris, Institut d'Éd. Sanofi-Synthelabo, collection « Les empêcheurs de penser en rond ».
- HÉRITIER, F. 1977. « L'identité Samo », *L'Identité*, sous la dir. de C. Lévi-Strauss. Grasset, Paris.
- HÉRITIER, F. 1994. *Les Deux Sœurs et leur mère. Anthropologie de l'inceste*, Paris, Odile Jacob.
- LALLEMAN, S. 1993. *La Circulation des enfants dans la société traditionnelle. Prêt, don, échange*, Paris, L'Harmattan.
- LANTÉRI-LAURA, G. 1999. « L'autre et l'étranger, quelques éclaircissements venus de la psychiatrie clinique », *La Figure de l'autre étranger en psychopathologie clinique* (sous la direction de Z. Benchemsi, J. Fortineau et R. Beauroy) Paris, L'Harmattan, collection « Psychanalyse et civilisations », 11-30.
- LEGENDRE, P. 1990. « Prologue » à *Filiation. Fondement généalogique de la psychanalyse*, (par A. Papageorgiou-Legendre) Paris, Fayard, 7-17.
- LE ROY, J. 1997. « Migrations, ruptures et reconstructions identitaires dans la modernité d'une capitale africaine : Kinshasa (République Démocratique du Zaïre) » *PTAH « Modernités – Résonances psychiques »*, 1/2, 139-152.

- LÉVI-STRAUSS, C. 1958. « L'efficacité symbolique » (1949), *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, 205-226.
- NATAHI, N. 2001. « Haine ou passage », *Cahiers Intersignes* 14-15, « Clinique de l'exil », Paris, Intersignes, 49-56.
- ORTIGUES, M.C. ; ORTIGUES E. 1966. *Cedipe africain*, Paris, Plon.
- RABAIN, J. 1979. *L'Enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge*, Paris, Payot.
- RANK O. 1983. *Le Mythe de la naissance du héros* (1909), Paris, Payot.
- STITOU, R. 1997. « Universalité et singularité de l'exil », *Psychologie clinique*, 3, « Les sites de l'exil » (sous la direction d'Olivier Douville et Michèle Huguët), Paris, L'Harmattan, 13-30.
- ZEMPLENI A., RABAIN, J. 1965. « L'enfant "Nit Ku Bon", un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolof et les Lebou du Sénégal ». *Psychopathologie africaine*, 18, 3, 329-441.
- ZEMPLENI, A. 1968. *L'Interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lebou du Sénégal*, thèse de doctorat de troisième cycle en psychologie, Paris, 543 p.

Résumé

Les centrations contemporaines sur l'identité ethnique sont objectivées à partir des croyances et des théories étiologiques, d'une part, et de l'analyse des techniques de soin, de l'autre. On risque alors de promouvoir un fondamentalisme ethnociste qui ne peut que faire perdre de vue le « sujet en exil » dès qu'il tente de généraliser et de valider ces objets anthropologiques que sont les croyances et les modèles étiologiques au principe d'une technique psychothérapeutique indispensable à la prise en charge des exilés. En nous appuyant sur une clinique de la transmission dans l'exil, nous tenterons de montrer en quoi le symptôme que présentent certains migrants, au moment où ils ont symboliquement à se déclarer comme passeurs de lieux et de temporalité, condense des références hétérogènes et métissées lesquelles renvoient à la prise singulière de chacun dans ses filiations. La place de l'écoute clinique dans une institution de soin s'en trouvera précisée.

Mots clés

Anthropologie, enfant-ancêtre, ethnopsychiatrie, exil, féminin, filiation, maternel, psychose puerpérale, symptôme.

CLINIC OF FILIATION UNDER THE TEST OF EXILE :
THE CHILD-SYMPOM IN THE PLACES OF ITS MOTHER

Summary

Contemporary centration on ethnical identity is objectified from beliefs and etiological theories on the one hand and from the analysis of techniques for care on the other.

Here there is a danger of us promoting an ethnicist fundamentalism that will inevitably lead us to losing sight of the « subject in exile » as soon as an attempt is made to generalise and validate these anthropological objects of beliefs and etiological models into a psychotherapeutic technique essential for care devoted to the exiled. Relying on clinical analysis of the transmission in exile, we shall attempt to show how the symptom (shown by certain migrants when they symbolically declare themselves to be passers of places and time) condenses heterogeneous and mixed references, bringing each individually to come to grips with their filiation. The place to be devoted to clinical listening in an institution for care is also explained.

Key words

Anthropology, child-ancestor, ethnopsychiatry, exile, feminine, filiation, maternal, puerperal psychosis, symptom.