

Notes de lecture :

Une ethnopsychiatrie critique, historiquement fondée.

*Des maîtres fondateurs aux sujets parlants
le langage de la souffrance et de la domination.*

Compte-rendu de Roberto BENEDEUCE – *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*. Roma, Carocci editore, 2007, 399 p., bibliogr., index analytique, index auteurs, ill. isbn: 978-88-430-3503-8 (<http://www.carocci.it>)

Annamaria FANTAUZZI

Ce livre qui, comme l'auteur l'écrit dans l'introduction, constitue une sorte d'initiation à l'ethnopsychiatrie¹, représente une importante contribution que Roberto Beneduce offre non seulement aux spécialistes mais aussi à ceux qui peuvent l'utiliser comme instrument de réflexion sur la construction/déconstruction de la culture – celle des autres comme la nôtre. Dans cette ethnopsychiatrie le préfixe ethno- ne se réfère pas seulement aux « psychiatries des autres » mais également à ces catégories diagnostiques de la psychiatrie occidentale qui sont discutées et critiquées, essentiellement selon une perspective historico-anthropologique. L'ethnopsychiatrie proposée y est pensée comme « une discipline qui a pour objet l'analyse des situations de changement et de transition psychoculturelle, l'angoisse et les incertitudes qui souvent les accompagnent, la division culturelle – sans aucun doute commun à tous, plus que la simple différence culturelle » (p. 19).

C'est un ouvrage qui manquait, et pas seulement au plan des études nationales, en raison du caractère extensif de son analyse, de l'exhaustivité de la littérature de référence et de l'approche critique avec laquelle on présente une discipline interdisciplinaire, « hétérologue » comme l'auteur préfère la nommer. Il est évident que la formation double de l'auteur – psychiatre et anthropologue africaniste –, orchestre bien ces deux dimensions, empruntant à l'une ou à l'autre ces concepts aujourd'hui fort débattus (identité, ethnicité, culture, migration, soin).

Le développement du propos se déploie le long de trois axes épistémologiques qui reflètent les trois parties qui divisent le livre. Le premier est l'axe historique, qui décrit les origines de la discipline, placée dans le cadre des « sciences coloniales », dont les actions et les connaissances seront subordonnées aux intérêts économiques ou idéologiques des puissances occidentales, comme il est démontré – dans le cas de la psychiatrie coloniale – par l'application de ses catégories diagnostiques à ceux qui étaient en réalité des comportements de révolte, ainsi que par la « représentation qu'elle a donné de l'Autre colonisé, de ses délires, de ses incertitudes, de son esprit "primitif" » (l'adjonction d'un appareil photographique, bien commenté, décrit habilement comment ces dimensions étaient imbriquées). Cet axe se projette jusqu'à la constitution des

¹ On a préféré proposer en traduction française les citations d'extraits de l'ouvrage publié en italien afin que le lecteur puisse entrer directement dans les pages du livre et le comprendre.

catégories épistémologiques et diagnostiques qui caractérisent aujourd'hui la psychiatrie (il convient de nommer encore comme telle le savoir dépourvu de tout penchant réfléchi) et l'ethno-psychiatrie : dont le débat et les contradictions relèvent fondamentalement, selon l'auteur, d'une problématique post-coloniale.

À partir des contradictions et des malentendus liés aux pratiques des médecins et des psychiatres qui, en Afrique, contribuèrent souvent à reproduire l'image d'une folie produite par une transformation des mœurs et d'une civilisation 'trop rapides', l'auteur étudie l'impact psychique de la violence coloniale et de l'évangélisation et, sur ce fond historique, certains paradoxes de l'aventure coloniale (par exemple, la diffusion de la syphilis en Afrique Orientale au début du xx^e siècle, et due – selon certains médecins de l'époque – aux nouveaux modèles de moralité chrétienne plus que à une présumée sexualité africaine). Il s'agit pour l'auteur de retrouver ces pistes pour comprendre les conflits contemporains (ceux concernant, par exemple, le statut même de l'ethnopsychiatrie) et en mesurer les effets à travers la *longue durée* d'une « violence symbolique » (Bourdieu), souvent masquée d'assistance sanitaire, de prévention ou d'éducation.

Le rôle proprement *politique* de la psychiatrie coloniale est analysé par les écrits de certains des protagonistes du siècle passé (Porot et l'École d'Alger, Levet, Carothers): les malades mentaux seront en Afrique conçus souvent comme les victimes d'un conflit pressant entre la "tradition", la vie villageoise ou la religion, et les innovations apportées par les colons "civilisateurs". Le présumé « puérilisme mental » du natif, représenté comme dépourvu d'un quelconque appétit scientifique ou intellectuel, caractérise dans leurs travaux la construction de l'Autre, de l'"Africain", que des méthodes comme les tests diagnostiques (TAT-Congo et QI), ou les quelques recherches anatomopathologiques, étaient appelées à confirmer². Suit une analyse critique du livre d'Octave Mannoni, *Psychologie de la colonisation* (1950), qui fut en poste à Madagascar, lequel, bien qu'il aie eu le mérite d'avoir évalué, le premier, la relation entre colonisé/colonisateur dans sa totalité n'en eut pas moins le tort d'avoir caché les graves motifs politiques et le contexte socio-culturel qui détermina la révolte anticoloniale et sa tragique répression, en 1947, expliquée plutôt par des raisons psychologiques (le « complexe de dépendance » et l'anxiété des colonisés devant la menace d'être abandonnées par le "maître", le colon).

À partir de l'analyse des procès de « réification de l'autre » réalisée par l'ethnopsychiatrie coloniale, l'auteur offre un tableau chronologique du développement et de la constitution de la discipline à travers ses pionniers, en s'arrêtant sur des différences terminologiques névralgiques qui marquèrent les diverses orientations épistémologiques. La primauté de la psychiatrie transculturelle se fit jour – elle est définie comme l' « étude comparative des maladies, des syndromes ou des stratégies thérapeutiques dans des cultures diverses » (p. 48), mais dans cette discipline les catégories du savoir psychiatrique gardent un rôle central, et dont la suprématie épistémologique par rapport aux modèles et aux concepts des psychiatries "traditionnelles" n'est jamais mise en discussion –, naissance dont l'attribution est encore discutée, entre Emil Kraepelin et Gilles de la Tourette. À ce dernier il doit être reconnu le mérite d'avoir effectué la première véritable étude comparative « en vue de confronter les maladies décrites à travers des catégories différentes et interprétées par la

² Il est fait référence notamment aux contributions de John C. D. Carothers qui, dans son ouvrage de synthèse *The African Mind in Health and Disease* (1953), soutenait la thèse selon laquelle les lobes frontaux de l'Africain étaient moins développés que chez l'Européen (la fameuse 'paresse frontale'), thèse que Frantz Fanon dénoncera vigoureusement à plusieurs reprises.

population de façon différente, mais caractérisées par des profils de la symptomatologie communs » (p. 51).

L'approche comparative, qui détermina la nouvelle définition de la psychiatrie comparée, appliquée également dans les recherches de Meilhon, Van Brero, de Rey, Muñoz, marqua un virage décisif pour la clinique neurologique aussi. Chez Kraepelin, considéré comme l'inspirateur de la psychiatrie contemporaine (néokraepelinienne) et du DSM, *Diagnostic and Statistical Manual*, instrument diagnostique introduit par l'Association des psychiatres américains, l'auteur met en évidence l'intuition de l'importance accordée au rapport entre les symptômes psychopathologiques et le contexte culturel du patient, en donnant ainsi origine à l'intérêt pour les «syndromes culturels » (*Culture-bound Syndromes*) (tels que l'*amok* et le *latah* auxquels, dans la deuxième partie du livre, est réservée une documentation ethnographique précise ainsi qu'une critique épistémologique). L'orientation comparative sera par contre moins importante dans la formation d'une ethnopsychiatrie³ qui désire rechercher les « liens entre culture, maladie et soins au sein d'un spécifique contexte culturel, social et religieux » et qui, d'abord avec Frantz Fanon (ce qui peut-être étonnera un peu le lecteur) et ensuite avec Georges Devereux, trouvera sa nouvelle caractérisation historique et, respectivement, épistémologique.

L'auteur réserve deux chapitres entiers à ces auteurs (le dernier de la première partie et le premier de la deuxième), dont il présente une biographie soignée pour délimiter leur formation culturelle et intellectuelle, ainsi que suivre l'origine et le développement des catégories de l'ethnopsychiatrie contemporaine. L'exploration de leurs travaux permet de mettre en discussion beaucoup de concepts et des stratégies de la psychiatrie occidentale: tant Fanon que Devereux ont relevé l'influence des variables sociale et psychologiques dans les procédures diagnostiques, et dénoncé la prétendue objectivité dans les soins et dans la connaissance de l'Autre.

Chez Fanon, Beneduce souligne le rôle d'un engagement politique dans la libération de l'Algérie (qui lui valut autant le titre de représentant à l'étranger du Front de Libération Nationale que l'étiquette de « prophète de la violence anticoloniale »), un engagement qui donnera à sa psychiatrie une couleur particulière : avoir mis en évidence le pouvoir, sur le plan psychique et dans l'imaginaire, des structures de domination coloniales, avoir souligné la nécessité de rechercher l'*individu actionnel*, et de le situer toujours dans son contexte historique, en pratiquant un « diagnostic situationnel », contrairement à ce qui était affirmé par ses prédécesseurs ; avoir démontré, finalement, les limites des tests psycho-diagnostiques lorsqu'ils ignorent les spécificités du milieu socio-culturel et prouvé l'impossibilité d'une véritable relation thérapeutique entre qui opprime et qui est opprimé.

De Fanon et de son attention portée aux patients immigrés maghrébins en France, Beneduce souligne l'heureux héritage pour ce qu'il définit comme une *ethnopsychiatrie critique* (bien éloignée de la psychiatrie coloniale, évidemment, ainsi que de la vieille psychiatrie transculturelle). Ethnopsychiatrie critique « capable d'une réflexion authentique (destinée à prendre en considération non seulement les types de maladie et de soins dans d'autres sociétés ou bien l'influence de la culture sur le comportement, mais aussi toutes les branches de la psychiatrie occidentale, l'idéologie qui nourrit ses modèles et ses pratiques) » (p. 113, les italiques sont de l'auteur).

³ La première définition semble provenir du psychiatre Louis Mars, dans un article du 1953, publié sur *Bulletin de l'Association Médicale haïtienne*, daté 1957, reprise ensuite dans « L'Ethnopsychiatrie et la schizophrénie en Haïti », *Psychopatologie africaine* 5, 2, 1969 : 241.

La prégnance de l'enseignement de Frantz Fanon s'atteste non seulement dans l'orientation épistémologique de Roberto Beneduce (qui se réclame également de l'héritage fertile des idées de Franco Basaglia, en Italie), mais aussi dans ce secteur caractéristique de l'ethnopsychiatrie, aujourd'hui défini comme « clinique des migrations » – auquel est consacrée la troisième partie de l'ouvrage – ; elle peut se déduire de l'activité du Centre Frantz Fanon, fondé par Beneduce même en 1996, à Turin, et dirigé par lui : il s'agit là d'un Centre qui s'adresse aux immigrés et à leur familles, aux réfugiés et aux sans-papier, ainsi qu'aux victimes de la violence et de la torture. La mémoire du psychiatre martiniquais situe l'activité du Centre au cœur de la relation entre culture, psychopathologie et histoire, en poussant à reconnaître « les rapports de force qui sont toujours parmi les rapports de sens ».

Le chapitre *Le basi epistemologiche dell'etnopsichiatria contemporanea: Georges Devereux (Les bases épistémologiques de l'ethnopsychiatrie contemporaine : Georges Devereux)* recouvre une position centrale autant dans l'histoire des études que dans la structure raisonnée qu'en présente l'ouvrage : en dialoguant avec des auteurs tels que Nathan, Lévi-Strauss, Balandier, Bastide et, plus récemment Zempléni et Roudinesco, l'auteur fait émerger la dimension de premier plan de l'ethnologue psychanalyste (Devereux écrit : « seul l'ethnologue-psychanalyste est un ethnologue authentique parce que il étudie la Culture, un fait propre à l'être humain dans la psyché des hommes » et la psychanalyse est la seule psychologie, dont le but exclusif et spécifique est l'étude de ce qui est humain chez l'homme», cité à p. 121). Pour Devereux, l'ethnopsychiatrie est un espace interdisciplinaire, hostile à un relativisme naïf et à un déterminisme culturel, complémentariste, qui doit faire propre la perspective méthodologique de la psychanalyse : « *L'originalité la plus radicale de la psychanalyse n'est pas la théorie psychanalytique mais la position méthodologique selon laquelle le devoir principal des sciences du comportement est l'analyse de la conception que l'homme a envers soi-même* » (Devereux, cité à p. 124, italiques de l'auteur).

De manière systématique, Beneduce met en évidence les théories formulées par Devereux sur les problèmes méthodologiques de la discipline: la « projection rétroactive », les dynamiques inconscientes (la formulation de l'idée d'un « inconscient ethnique »); le discernement infini et toujours inachevé entre l'objectivité et la subjectivité de la recherche; la primauté de la psychanalyse sur les autres modèles de soins et, surtout, sur les thérapies traditionnelles (bien qu'une grande partie de ses écrits ait pour objet la nature et l'efficacité des soins chamaniques) ; les caractéristiques d'une ethnopsychiatrie *intra*-culturelle (dont Tobie Nathan sera désigné par Devereux comme le fondateur), « qui ne se lasse pas d'interroger la forme et le sens des troubles psychologiques au sein des réseaux symboliques et des valeurs de la société occidentale même » (p. 146).

Les fondations jetées par les initiateurs de la discipline, auxquels on a choisi, selon l'optique du livre, de réserver un grand espace, déterminèrent les enquêtes et les orientations jusqu'aux pratiques contemporaines : dans les deux chapitres suivants, conçus selon une installation monographique et riche du point de vue théorique comme de celui de l'exemplification ethnographique, l'auteur analyse les principaux développements de la discipline, en se concentrant, dans une première partie *pars construens*, sur les expériences de recherche et de pratique clinique des « villages thérapeutiques », fondés à Abeokuta (Nigeria) de T. Adeoye Lambo (et, aussi par la suite, mais avec des fondements différents, de Tolani Asuni), et sur les activités de l'École de Fann-Dakar, guidée par Henri Collomb, expressions d'une approche ethnopsychiatrique renouvelée, dédiée à « comprendre la généalogie de la souffrance mentale, la logique des soins et la nature de l'efficacité thérapeutique en partant de

l'entrelacement des psychologies locales (les anthropologies de la personne et du Sujet) avec les spécifiques organisations sociales et familiales », ainsi que les « dynamiques du changement culturel et les techniques thérapeutiques » (p. 179).

Dans la deuxième partie, objectivement *pars destruens*, l'attention se concentre sur certaines catégories nosologiques, et sur la notion de *Culture-Bound Syndromes* (CBS), c'est-à-dire « l'ensemble des troubles et des comportements décrits au sein des contextes socioculturels spécifiques » (p. 200), afin de mettre en évidence les faiblesses et les incohérences.

De cette manière, émergent quelques idées-clés de la discipline et des ses intérêts:

1) l'analyse de la médecine traditionnelle et de son rapport avec la médecine officielle, et de ce qu'on a défini comme la *professionnalisation* de la médecine traditionnelle ;

2) la validité des savoirs et des systèmes de soin locaux, qui émergea surtout dans le projet de Collomb, adressé à établir une collaboration entre les psychothérapies occidentales et les pratiques locales. Bien que ce projet ne fut exempt de limites et contradiction, il a pu mettre à profit des patients le principe de *socialisation de la maladie* opérant dans le contexte africain, telle que il l'avait pu observer surtout pendant certains rituels (*Ndëpp* lebu et serer, par exemple). À cela s'associe la constatation de la centralité et de la sacralisation du guérisseur, dont l'efficacité était à rechercher dans le « consentement sur les origines de la maladie » et dans le recours à une exégèse collective du diagnostic⁴ ;

3) la centralité du concept de « sociosomatique » (applicable à l'individu aussi bien vivant que mort), formulé par Collomb même et vérifiée dans ses recherches surtout parmi certains groupes sénégalais, auxquels l'auteur réserve un long développement, en proposant trois syndromes différents (celui de l'enfant *nit ku bon*, celui de l'enfant *tji:d a paxer [ciid a paxeer]* et de l'enfant *kwashiorkor*) pour illustrer le tissage « des profils sociaux, moraux (ou politiques), affectifs et psychologiques qui sont à l'origine des troubles et de la réaction de la part du groupe » (p. 164)⁵ ;

4) la collaboration entre la psychanalyse et l'ethnologie, à travers l'enquête de Marie-Cécile et Edmond Ortigues sur les expressions du complexe d'Œdipe dans les sociétés wolof, lebu et serer, dont les résultats relèvent les traits fondamentaux de l'expérience clinique, de la comparaison entre le médecin/le malade, le moi/l'Autre, le blanc/l'Africain, l'un et l'autre contraints à la mise en discussion de leurs propres schémas culturels.

5) l'approche critique, et historiquement fondée, aux catégories diagnostiques et à leur usage social. Elle dérive de la mise en discussion de la validité absolue des modèles et des dichotomies élaborés par la biomédecine et par la psychiatrie occidentale (normal/pathologique, santé/maladie, société de la faute/société de la honte...) et de la nécessité de retrouver, à côté des « étiquettes nosologiques », « un réseau complexe d'expériences, contextes, sensations, mots qui contribue à en donner une signification sociale et individuelle au sein d'une culture spécifique » (p. 189), ce que l'anthropologie médicale anglo-saxonne a défini avec le terme de « réseau sémantique » (Byron Good).

Dans cette optique, Beneduce illustre les faiblesses de la psychiatrie occidentale et les limites de quelques expériences scientifiques qui en relèvent, comme l'*International*

⁴ Ces orientations ont été reprises, plus récemment, par des anthropologues et des ethnologues, dans les recherches de Luis Mallart Guimera et de Éric de Rosny sur le médicament traditionnel et sur les guérisseurs au Cameroun (un terrain sur lequel Beneduce travaille depuis des années) et dans les enquêtes sur les confessions publiques menées par Marc Augé, Colette Piault et András Zemléni en Côte d'Ivoire.

⁵ L'idée de sociosomatique a été fondamentale pour l'anthropologie médicale contemporaine (le « réseau sociosomatique » d'Arthur Kleinman).

Pilot Study on Schizophrenia, menée par l'OMS en 1973, pour l'élaboration d'un instrument épidémiologique qui risquait d'omettre la spécificité et la diversité des contextes dans lesquels elle se révélait et le *Present State Examination* pour la recherche de termes nosographiques locaux. Les limites de ces recherches sont démontrées par les développements caractérisant la notion de dépression, telle qu'elle est conçue par les psychiatres occidentaux. Si l'auteur critique l'idée évolutionniste de *désomatization* proposée par Leff, il discute aussi l'idée selon laquelle la dépression *ne pouvait pas exister* sur le continent africain, idée que les recherches postérieures ont réfuté, en révélant la présence de catégories locales et de termes capables de nommer des sentiments et des complexes émotionnels, donc une étiologie spécifique, où l'évolution et le signifié attribué en Occident, ou véhiculé par le diagnostic de dépression ne soient pas nécessairement présents (Beneduce propose un catalogue bien documenté d'expériences ethnographiques comme celles de Lutz, Bibeau, Warren, Zempléni, par exemple, qui ont montré la nature culturelle et historique des expériences et des sentiments, ainsi que de leur éventuelle expression pathologique)

Dans la même perspective, l'auteur illustre comment le débat sur les CBS (et sur leur compatibilité avec le DSM), étudiés en détail dans les cas de l'*amok* et du *latah*, a relevé l'insuccès de « l'effort pour trouver une base neurophysiologique commune qui se cacherait derrière des situations cliniques différentes »⁶ (p. 205), les limites des classifications nosologiques occidentales qui ont le tort, comme une bonne partie de l'ethnographie, de nier le temps et le contexte de leurs sujets (« négation de la contemporanéité »). L'auteur parle à ce propos d'une « taxonomie *chronophage* », par laquelle le malade est soustrait à toute et dimension temporelle, l'historicité de sa condition occultée. L'ethnopsychiatrie, par contre, se veut « l'analyse des formes caractéristiques à travers lesquelles une culture essaie a) de maîtriser la crise et la souffrance à travers des 'institutions culturelles' (de Martino) précises, b) d'en nommer l'occurrence en faisant recours à des catégories et à des interprétations spécifiques » (p. 207).

Le terme emprunté à d'Ernesto de Martino ouvre le dernier chapitre de la deuxième partie du livre, réservée aux pionniers de la discipline en Italie, que l'auteur retrouve, avant tout, dans l'ethnologue-historien napolitain des religions (de Martino), puis dans Alfonso Maria Di Nola et, enfin, dans le psychiatre Michele Risso. Comme pour les maîtres présentés dans la première partie, Beneduce n'hésite pas à offrir au lecteur le tableau culturel et scientifique dans lequel les trois Italiens opérèrent, en mettant en évidence les appartenances culturelles, les activités de recherche mais surtout l'originalité de leur pensée liée au domaine ethnopsychiatrique : dans ses enquêtes sur la plainte funèbre, sur le tarantisme (un culte de possession décrit en Pouilles, dans le Sud de l'Italie) et sur les institutions magico-rituelles, considérés en tant que techniques de réintégration de la « perte de la présence », de Martino reconnaît la limite de la psychanalyse pour avoir méconnu le rôle névralgique de la culture en tant que soin, capable d'engendrer des formes de rachat vis-à-vis du risque de la crise. Ce devoir étant attribué à la culture, de Martino en recherche, surtout dans son œuvre posthume (*La fine del mondo*, 1971), le rapport-opposition avec le psychisme, la maladie mentale, la nature, en se situant de cette manière, pour paraphraser les termes de Beneduce,

⁶ Cette tentative a réussi dans seulement quelques cas, soutient Beneduce, en se rapportant aux travaux recueillis par Ronald C. Simons & Charles C. Hughes (eds) dans un ouvrage collectif (*The Cultures Bound Syndromes. Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht/Boston, Reidel, 1985), où l'on admet l'impossibilité d'une parfaite traduction de certaines catégories selon les *taxons* de la psychiatrie et de la biomédecine occidentale, comme le montre le cas du *windigo* des sociétés algonquines.

exactement à l'intérieur du paradigme ethnopsychiatrique, qu'il enrichit en affirmant le recours nécessaire à l'analyse du contexte historico-culturel du sujet étudié, à travers une approche interdisciplinaire, comme la nature de ses enquêtes ethnographiques le montre également. À propos d'Alfonso Maria di Nola, élève de de Martino, l'auteur souligne l'approche complémentariste, à la Devereux, d'une anthropologie nourrie par l'enquête historio-graphique, en dialogue avec les autres disciplines. À travers cette méthode, di Nola a recherché la dimension ambiguë du folklore religieux (rapport avec le surnaturel et possession des biens matériels) et des cérémonies des classes subalternes italiennes, en formulant des réflexions très originales sur les symboles des rituels agraires et de protection (la symbolique du serpent dans la fête de S. Dominique, à Cocullo, par exemple). Par la notion de « réalité culturelle », Di Nola veut montrer la limite de la validité des catégories occidentales appliquées à n'importe quel contexte, et la nécessité de considérer chaque cas dans sa situation particulière.

Finalement, le rôle central de Michele Risso est lié à son travail clinique avec les immigrés italiens à Berne (Suisse), à l'intérieur d'un climat de fervente mutation culturelle où se croisent l'héritage de l'ethnologie demartinienne, la naissance de la psychiatrie anti-institutionnelle, l'influence de l'anthropologie médicale et l'affirmation de la perspective "*demologica*" [l'étude des traditions populaires] propre du contexte italien. Risso, avec le psychiatre Wolfgang Böker avec lequel il travaille et il écrit ses œuvres, met en évidence la centralité de la communauté d'origine de ses patients et l'idiome de la souffrance dans leurs dérangements somatiques. Mais Risso anticipe à plusieurs titres ce que Kleinman appellera "*category fallacy*": il confirme, en effet, la nécessité d'explorer les différences culturelles et les limites d'un même classement nosographique face aux différentes expressions de la souffrance, ainsi que l'efficacité thérapeutique du symbolisme magico-rituel, limité cependant par le manque « d'une élaboration efficace de la souffrance » (p. 238). Il affirme, comme Devereux, le rôle dominant de la psychanalyse sur les autres modèles de soin, mais met en évidence aussi le risque d'une inefficacité retrouvable dans la communication distante entre opérateur et patient.

Comme cela a été dit, la troisième piste, sur laquelle s'appuie la dernière partie du livre, est réservée à la « clinique de la migration », un des plus récents domaines de l'ethnopsychiatrie qui met en jeu un discours plus ample de l'altérité face aux nouvelles dynamiques sociales et politiques (mondialisation, hybridation, interconnexions), dans lesquelles entrent en crise les idées traditionnelles de culture, d'ethnicité et d'ethnie, ce qui rend nécessaire l'admission de la centralité des procès d'hybridation et de contamination entre individus et cultures. En traçant les caractères de ce nouveau domaine disciplinaire, Beneduce n'est plus seulement historien ni anthropologue mais devient *le* psychiatre, en contact avec des cas multiples de souffrance, difficiles, et pas seulement ceux du Centre Frantz Fanon.

Ces pages révèlent le sincère et profond dévouement de l'auteur à son engagement consacré au soutien de la population immigrée, des demandeurs d'asile, des victimes de guerres, de tortures mais, surtout, de cette « violence structurale » qui est profondément *liée*, selon l'hypothèse de Paul Farmer, avec la « différence culturelle » et qui détermine les formes de la subjectivité et la perception de la santé ou de la maladie. L'ethnopsychiatrie de la migration décrite ici est, en premier lieu, une « clinique de l'ambivalence », étant donné le caractère ambigu, propre au statut même du migrant, *comme des sociétés d'accueil et d'origine dans lesquelles il se trouve à vivre tantôt "par excès", tantôt "par défaut"* (ces idées sont tirées par les travaux de Sayad). Les migrants souffrent d'une « la double absence » (Sayad), parce qu'ils ne sont plus ancrés dans le pays d'origine et pas encore dans celui d'arrivée, divisés entre la tradition, d'un

côté, et le désir de rupture et de nouvelles expériences, de l'autre ; cela est dénoté par la *douleur du retour*, que l'on peut en partie évaluer sur le modèle de la mélancolie freudienne.

Cette douleur, la nostalgie, a été associée dans le domaine médical et psychanalytique (à l'intérieur duquel l'auteur trace l'histoire et l'évolution de cette notion), à une forme de "psychose des immigrés" (Frost), puis à une stratégie (une résistance à l'intégration), pour affronter des dilemmes existentiels et trouver dans le passé des réponses émotionnelles sous la forme d'une déchirure "*cronotopica*" (Bachtin) ; en outre, la nostalgie a été considérée comme une forme de remords ou d'« angoisse territoriale », morale et affective, qui sous-entend, en réalité, un véritable vide culturel, dans une condition de liminalité et de « *temps sous siège* »⁷, *marqué par les fantasmes de persécution, la peur qui envahit dans les rues, les cauchemars sur la destinée des parents et des fils, et le doute sur le statut juridique futur [...], mais il faudrait mieux dire, sur leur destin* » (p. 350, italique de l'auteur).

Beneduce tend à confirmer, ici et dans tout le livre, le strict et inévitable rapport entre Sujet-Politique-Histoire, comme le titre semble le paraphraser, encore plus évident dans le rôle et dans l'image que l'émigrant exprime : une fracture à l'intérieur de la « grammaire de l'État-nation », l'expression d'une crise marquée par une « véritable obsession nosographique », que Foville avait connotée avec la notion d'*aliéné voyageur ou migrateur* et qui est perçue, dans le nouveau contexte, sous les images stéréotypées du déviant, du délinquant et, plus récemment, du terroriste ou, mieux, du migrant-*trickster*. La nouvelle communauté étiquette l'immigré (tout d'abord émigrant : ce que « une amnésie toute ethnocentrique » fait oublier à la société d'accueil) à travers une dynamique de contrôle et de gestion de leurs corps, de « sanitisation » et de sélection de la main-d'œuvre, que le terme foucauldien de « biopolitique » semble bien résumer.

Cependant, ces corps portent en eux-mêmes les traces de l'histoire, ils en sont des documents vivants, expressions du passé colonial qui, inaliénable, émerge à nouveau : pour cela, l'auteur glose, « l'ethnopsychiatrie de la migration est appelée à explorer les perspectives des procès historiques, économiques et sociaux au sein desquels se développe la souffrance et les conflits psychologiques des immigrés » (p. 263), à travers cette « stratégie diagnostique situationnelle », si chère à Fanon.

C'est ici que la spéculation épistémologique devient pratique, c'est ici que l'anthropologue devient thérapeute. Les caractéristiques que l'auteur attribue à une ethnopsychiatrie *sage*, destinée au soin des immigrés, dont *la passion du détail* devient le « principe véritable et obstiné » (p. 290), émergent donc clairement : avant tout, l'idée élaborée par Devereux, puis proposée par Nathan, de "levier culturel", pour souligner « la façon par laquelle l'appartenance culturelle devrait être explorée et par la suite élaborée en vue de trouver les éléments fondamentaux sans lesquels il ne serait pas possible de procéder à un acte interprétatif ou à une intervention thérapeutique efficace », à côté de l'autre notion de « l'attachement aux objets » : la culture du patient, une fois re-définie comme fiction, masque, négociation sans cesse de liens et d'appartenances, et sans la prétention de résoudre ou de reconduire à son intérieur la totalité de ses souffrances, devient « un moyen stratégique pour faire émerger les ombres et les conflits oubliés ou qui sont devenus innommables » (p. 269-270, italique de l'auteur) ; la nécessaire et inévitable observation du contexte social et historique de provenance de l'immigré, et la considération des télescopes ouverts par le procès migratoire ; la nécessité d'évoquer « les logiques de l'invisible », ainsi que les souvenirs

⁷ Beneduce avait déjà parlé de ce concept in "Poteri di morte. Violenza, memoria e tanatopolitiche nelle vicende dei rifugiati e delle vittime di tortura" *Studi Tanatologici*, 2, 2006 :165-199.

supprimés ou enlevés, les modèles étiologiques, les symboles que « l'ambiguïté existentielle » de l'immigré retient (ici se voit clairement la dette que Beneduce exprime vis-à-vis de la théorie de Zempléni, mais aussi de ce que de Certeau en écrit dans *La prise de parole*) ; et encore : la nécessité d'apprendre à écouter et *garder* le mots dits par les patient, permettre que ce dernier puisse *habiter*, comme Nathan le suggère encore, « sa propre langue pour pouvoir créer un vrai rapport thérapeutique » (p. 278). L'auteur suggère en outre le besoin de repenser le dispositif de la médiation linguistique-culturelle appliqué au domaine ethnoclinique, à travers sept règles fondamentales, que l'auteur résume ponctuellement, et dans lesquelles le médiateur, (image également ambiguë qui rappelle sans doute le *cultural broker* de dérivation coloniale et qui recouvre, dans la rencontre thérapeutique, la dimension fondamentale de la «*terzietà*», c'est-à-dire d'un point de repère *autre*, externe soit au monde du clinicien que à celui-là du patient, mais partageant avec les deux des profils essentiels. Dans cette perspective le médiateur n'a pas seulement des compétences linguistiques mais un rôle actif. Il doit «savoir promouvoir ou susciter la formulation d'expériences, les négociations de sens et ceci signifie qu'il fait beaucoup plus que traduire auprès de deux locuteurs, car en fait, même si inconsciemment, il agit sur tous les deux» (p.292).

L'objet du nouveau domaine disciplinaire n'est pas seulement l'immigré mais aussi le réfugié (perçu souvent par les institutions, selon les mots de Liisa Malkki, comme une menace à l'ordre absolu des nations), le demandeur d'asile, la victime de tortures et de violences avec lesquels l'ethnopsychiatrie et la psychiatrie transculturelle se mesurèrent, d'abord chez Murphy, en formulant ce que l'auteur définit comme «la clinique du trauma et de la mémoire».

L'enquête et l'analyse clinique de ces sujets ne peut pas faire abstraction, de manière encore plus affirmée, du contexte historique dans lequel le drame s'est produit, ni prêter attention seulement au "post trauma", mais doit considérer tous les défis du présent et du caractère *provisoire*, de l'incertitude caractérisant leur condition, à l'intérieur de ce qui a été défini comme «l'empire du trauma» (Fassin et Rechtman). Cela fait émerger l'accusation contre la catégorie du *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD)⁸, qui ramène tous les dérangements actuels aux expériences du passé, sans se mesurer avec le présent ni avec l'avenir du sujet et sans relever le trauma dans la totalité des sens (sa dimension politique et morale est souvent omise par ce que Beneduce définit comme une «anesthésie de la violence»)

Cela permet également de mettre en discussion l'*Eyes Movement Desensitization Reprocessing* (EMDR), une technique dans laquelle, à travers des stimulations visuelles ou sonores, produites par le thérapeute, on arriverait, selon la promesse de Francine Shapiro, à la reconstruction et ensuite à la dissolution de la mémoire traumatique. Ce modèle ne tient cependant pas compte des dimensions sociales, historiques et politiques parmi lesquelles la souffrance se reproduit, et sur lesquelles se fonde l'ethnopsychiatrie de l'Auteur : une ethnopsychiatrie qui veut interroger l'histoire, surtout l'histoire qui est aliénée, refoulée ou rendue silencieuse.

Il serait restrictif de résumer ici tous les cas cliniques que l'auteur reporte comme exemples de vies troublées et déchirées, avec lesquelles sa clinique a dû se confronter. Ils perdraient cette dimension d'unicité biographique et culturelle qu'une narration cristalline leur confère, surtout lorsque on parle des jeunes immigrants : désorientés par la dissolution du noyau familial et un projet migratoire souvent critiqué, aux prises, pour

⁸ L'auteur, s'il reconnaît aussi quelques mérites du PTSD en tant que reconnaissance de la réalité historique de la souffrance psychique, en propose surtout une critique dans le cadre d'une réévaluation anthropologique des notions de la mémoire et du traumatisme. Voir après sur ce profil.

ceux qui ont de la famille (cas d'Évelyne ou de Stéphane), avec les difficultés de l'intégration dans le domaine scolaire, ou aux prises avec les activités illégales pour ceux qui sont seuls (« victimes et coupables » en même temps, selon les mots d'Honwana), ou encore, pour les réfugiés adolescents, avec l'expérience et les souvenirs d'un contexte où la violence devient vie quotidienne, ordinaire (cas du jeune afghan).

Eu égard à l'originalité et à l'exhaustivité de la matière traitée, on peut relever quelques aspects de l'ouvrage pouvant être améliorés : au niveau formel, il eut été souhaitable de subdiviser les chapitres en paragraphes plus brefs pour une lecture plus aisée, surtout dans les sections présentant la biographie et l'œuvre complète d'un auteur ou l'histoire d'une école. Les tableaux, qui rassemblent de nombreuses données et informations récapitulatives sur les sujets amplement traités, auraient gagné en clarté s'ils avaient été accompagnés de légendes et explications. Au niveau du contenu – même si les subdivisions du livre sont bien réparties entre les auteurs qui ont marqué l'histoire et la formation de l'ethnopsychiatrie en tant que science –, il eut été souhaitable de consacrer une section plus amplement développée au contexte italien en esquissant également des comparaisons avec les autres contextes et, même si le thème y est évoqué à plusieurs reprises, considérer de manière plus ample comment et quand le passé colonial d'un pays a pu influencer sur l'état de santé, surtout mental, des populations mises en tutelle. En outre, le lecteur aurait aimé voir l'auteur approfondir la partie concernant l'application de l'ethnopsychiatrie à la contemporanéité et, plus particulièrement, au problème de l'immigration, que l'auteur touche à la fin de son ouvrage en se référant à son expérience au centre Frantz Fanon : d'avantage d'exemples, histoires de vie et cas cliniques examinés auraient conféré une vitalité et actualité plus grandes à un thème bien traité et documenté surtout selon une perspective historique.

En dépit de ces remarques critiques mineures, le livre reste indéniablement un point de référence pour spécialistes, mais également pour le simple lecteur profane désireux s'approcher la matière.

Dans cette somme, Roberto Beneduce unit habilement les fils de sa formation plurielle, parcourt des thématiques traitées également en partie dans ses contributions précédentes et plus récentes⁹, en faisant dialoguer savoirs multiples et auteurs, ce dont témoigne une vaste bibliographie, en laissant directement la voix aux maîtres qui ont tracé la voie et contribué à l'histoire d'une ethnopsychiatrie critique et historiquement fondée, et surtout aux sujets concrets qui constituent, quotidiennement, avec tout le poids de leurs souffrances et de leurs drames, l'Histoire vivante de ce parcours.

⁹ De la vaste production de l'auteur, voir plus particulièrement : « L'apport de Frantz Fanon à l'ethnopsychiatrie critique », *VST Vie sociale et traitements*, 89, 2006 : 85-100 ; « Come curano le culture? Note sull'efficacia simbolica a partire da Ernesto de Martino », *Rivista sperimentale di freniatria* 2, 2005 : 119-148 ; (avec Martelli P.); « Politics of Healing and Politics of Culture. Ethnopsychiatry, Identities and Migration » *Transcultural Psychiatry* 42, 3, 2005 : 367-393 ; (avec É. Roudinesco, sous la dir.) *Etnopsicoanalisi. Temi e protagonisti di un dialogo incompiuto*, vol 1; *Antropologia de la cura*, vol. 2, Torino, Bollati Boringhieri, 2005 ; *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Édition augmentée, Milano, F. Angeli, 2004 ; « Stranieri, immigrati, rifugiati, nomadi. Appunti per una genealogia dell'alterità » in AA. VV., *Luoghi comuni, luoghi inospitali*, Bellinzona, Casagrande, 1993 : 20-60; « Undocumented bodies, burned identities: refugees, sans papiers, harraga _ when things fall apart », *Social Science Information* 2008; 47: 505.527. Dernièrement Roberto Beneduce a publié aussi un dictionnaire d'ethnopsychiatrie, qui traite les développements de ce savoir, le profil contemporain de l'Autre (immigrés, réfugiés, clandestins), et les fractures de l'expérience que l'ethnopsychiatrie explore: *Breve dizionario di etnopsichiatria*, Roma, Carocci 2008.

Annamaria FANTAUZZI
Université de Turin / EHESS/IRIS Paris
Courriel: annfantauzzi@tiscali.it