

Lise Demailly, Isabelle Soloch, IFRESI-CNRS, Université Lille I

Les champs de prises en charge du trouble psychique comme espaces sociétaux. Les exemples de la France et de Madagascar.

Approcher et comparer le champ de la santé mentale en France et à Madagascar ¹ présente l'intérêt d'une mise à distance de l'espace occidental dont les évidences peuvent cacher des proximités plus grandes qu'on ne le pense avec les sociétés en voie de développement, et peuvent aussi dissimuler des déterminants puissants devenus invisibles par accoutumance du regard.

Au-delà du relativisme culturel (« c'est normal que des sociétés aussi différentes aient des manières différentes de nommer, catégoriser, imputer, soigner et prendre en charge le trouble psychique ») et du constat de la disparité économique des pays, une comparaison internationale permet de mettre en évidence des invariants transnationaux, transculturels, qui, en l'occurrence, ont enrichi notre conception de la construction sociale du trouble psychique. Elle est aussi l'occasion d'analyser des systèmes de différences de manière fine, ce qui est pertinent pour un retour sur la situation française. Enfin elle révèle les mouvements de convergence due au travail des organisations internationales de santé et à la circulation internationale des idées, qui, là aussi, a des effets sur l'évolution des idées en France.

La situation française ayant été largement exposée dans l'ensemble de ce rapport, nous présenterons plus les spécificités de la situation à Madagascar, sans lesquelles notre propos ne pourrait pas être compris.

Nous essaierons de procéder de manière simple et didactique, d'abord en identifiant de grandes ressemblances concernant les deux champs français et

¹ Le travail sur Madagascar dans le présent article s'inscrit dans une thèse en cours d'I. Soloch. Il s'agit d'une "recherche sur les définitions et les pratiques de soins des troubles anxieux-dépressifs. Comparaison France Madagascar". Une trentaine d'entretiens ont été réalisés à Madagascar auprès des médecins généralistes en cabinet privé, dans les dispensaires, auprès des professionnels travaillant en psychiatrie (neuropsychiatres, médecins, infirmiers), auprès des différents types de guérisseurs traditionnels, et d'usagers; de l'observation à l'hôpital psychiatrique, dans des services neuropsychiatriques et différents Toby (centres psychiatriques). Plusieurs rencontres avec différents services du Ministère de la Santé et des centres de formations ont permis également de recueillir des données, ainsi qu'une recherche bibliographique en France et à Madagascar.

Nous remercions Jean Luc Roelandt pour ses suggestions. et Olivier Chantraine pour sa relecture d'une première version du texte.

malgaches de la prise en charge du trouble psychique, puis les grandes différences en cherchant à identifier la source de celles-ci. La question de la source des différences se pose à chaque comparaison internationale et n'admet pas de réponse standardisée². Ainsi pour comparer les fonctionnements du marché de l'emploi en France et en Allemagne, les chercheurs du LEST, initiateur de l'analyse de l'*effet sociétal*, avaient-ils été amenés à mettre en évidence le rôle des systèmes éducatifs comme organisateur de différences. Mais, dans une recherche récente à laquelle L'IFRESI a participé dans le cadre du 6ème PCRD (réseau Reguleducnetwork), c'est aux distances de cultures administrativo-politiques qu'a pu être rapportée la diversité des systèmes éducatifs européens, diversité persistante malgré les efforts d'unification joués par diverses instances internationales (Maroy, Demailly 2004).

En fait, il sera difficile de suivre parfaitement le plan que nous venons d'indiquer. Car l'exposé des ressemblances, à savoir, premièrement une structure globale de marché de services, et deuxièmement, une politique publique qui valorise l'ambulatoire et le réseau, seront déjà l'occasion d'exposer certaines différences. Corrélativement, l'exposé des différences, notamment sur la place du religieux et sur la conception des psychothérapies, sera l'occasion de mettre en évidence des processus universaux transculturels : tout système de prise en charge est influencé par le cadre religieux sociétal, toute relation thérapeutique contient une dimension de suggestion qui assure une grande part de son efficacité.

Enfin la différence majeure, à savoir la situation économique de chacun des deux pays, nous rappelle que les questions d'économie de la santé mentale sont incontournables, que l'on soit en occident ou dans une société en voie de développement.

- I - Des convergences superficielles

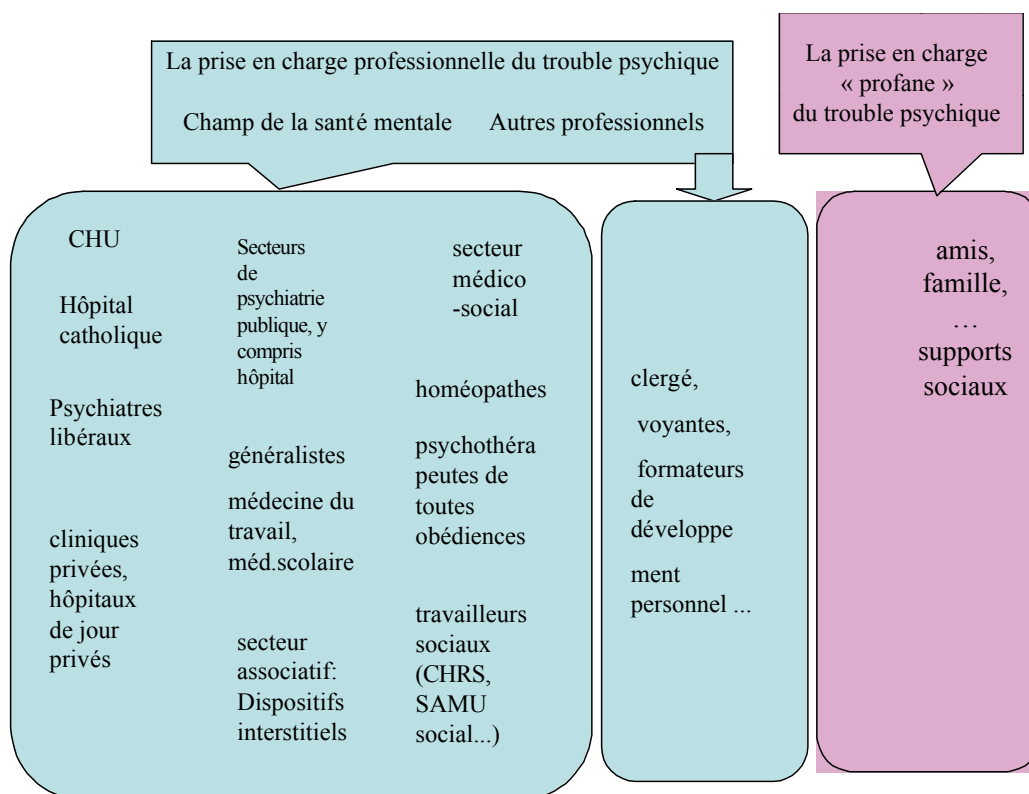
A- Deux marchés de services dans lesquels coexistent des professionnels de différents degrés de légitimité ainsi que des profanes

Du côté de la France, nous ne détaillerons pas ici la description et renvoyons au travail effectué pour la MIRE/INSERM (Demailly, Bresson 2005). Le champ de la prise en charge est un marché professionnel offrant des soins en concurrence, avec une enclave d'administration (les secteurs de santé publique) et les débuts du travail en réseau. À côté, subsiste une prise en charge profane importante : assurée par les familles en grande part et par des professionnels qui n'appartiennent pas au champ de la "santé mentale": voyantes, prêtres catholiques (Cf. mémoire de C. Zehri, 2004)³ qui montre la spécialisation de certains prêtres dans le suivi psychologique ou dans

² Sur les problèmes méthodologiques posés par les comparaisons internationales, on peut consulter Lallement 2003 et Vignour 2004.

³ Camélia Zehri, *Le travail des prêtres*. Mémoire de maîtrise Lille I, 2004, sous la direction de L.Demailly

le conseil conjugal).



Le champ français se caractérise par un niveau de concurrence élevé, entre le privé et le public, mais aussi au sein de chacun de ces secteurs. Nous avons pu montrer que cette concurrence et la stigmatisation des "malades mentaux" étaient à la source de zones de défaillance dans la prise en charge, certaines populations étant refoulées d'une structure à l'autre, d'autres même évitant tout contact avec les institutions.

La comparaison avec Madagascar nous oblige à préciser que le champ français se caractérise par une assez forte coupure de trois univers : Science/ Magie/ Religion. La religion sécularisée propre à la France essaie de ne pas pactiser avec la superstition, et si des exorcistes continuent à être nommés dans chaque diocèse, ils n'ont plus beaucoup de travail, et, en tout cas, on ne leur propose pas le commun des "fous", qui, consensuellement, relèvent de la médecine. Même si nous avons pu observer dans la période récente, avec la crise de la psychiatrie, des tendances sociales à une montée de discours, de catégories, d'énoncés proprement *psychologiques* (Fassin, 2004), aux dépens du discours médical, le champ français se caractérise ainsi par un fort pouvoir du discours médical (Foucault, Clavreul, Lazarus). De ce fait, les recours magico-religieux tendent à se montrer discrets.

Le champ malgache se caractérise par une beaucoup plus forte indistinction des sphères Science/ Religion/ Magie. Et par une partition admise de tous (aussi bien le ministère de la santé que les usagers) entre deux types de pratiques, l'une relevant de la "médecine occidentale" et l'autre des "thérapies traditionnelles". Signalons tout de

suite une différence avec la France : il n'y a pas de forte inégalité de légitimité entre la médecine occidentalisée et les thérapies traditionnelles. Même quand le psychiatre reçoit le malade et sa famille en consultation, il ne peut ignorer les méthodes et les procédés auxquels son patient peut avoir eu, ou aura, parallèlement recours en dehors de toute référence à la bio-médecine.

Au-delà de ces différences que nous approfondirons dans les paragraphes ultérieurs, nous avons bien affaire dans les deux cas à un marché, qui pose des problèmes similaires de coordination, de construction de réseaux de soins, de communication entre professionnels qui s'ignorent et parfois se dénoncent les uns les autres comme "charlatans" ou "sectes".

B- Deux politiques publiques de santé mentale aux formulations voisines

Les deux politiques publiques de santé présentent de fortes ressemblances dans les termes employés et dans les objectifs. À Madagascar, la politique de santé a inclus la santé mentale parmi ses stratégies prioritaires de développement sanitaire. Un plan de santé mentale a été élaboré (*Politique Nationale en Santé Mentale*, Ministère de la santé, République de Madagascar, 2003). Il reprend la définition de la santé de l'OMS : « *un état complet de bien être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Le cadre institutionnel et le partenariat : la mise en place de la Politique Nationale de soins aux malades mentaux nécessite la création au niveau national, provincial et districts, de structures responsables des différentes mesures préventives et curatives en faveur des malades mentaux. L'application de la loi 97-0044 exige une collaboration intersectorielle effective. Il faut encourager la collaboration entre le ministère de la santé et les autres services gouvernementaux, les associations professionnelles, les groupements familiaux, les groupements de consommateurs, les ONG, les associations de guérisseurs traditionnels, les organisations de femmes et de jeunes, les établissements de formation et les autres institutions des Nations Unies en particulier l'O.M.S.

Il s'agit d'assurer la promotion et la prévention de la santé mentale.

Les objectifs du ministère sont d'intégrer des activités de santé mentale au niveau des CSB (Centre de Soins de Base) et des CHD (Centre Hospitalier de Districts), c'est-à-dire au plus proche de la population. Ils comprennent également une stratégie de prévention et de sensibilisation :

encourager les campagnes publiques contre la stigmatisation et la discrimination, créer des points d'écoute à tous les niveaux pour un dépistage précoce.

Tous ces termes sont bien identiques à ceux des débats politiques et des rapports officiels sur la « santé mentale » en France. Le Ministère de la Santé malgache s'appuie sur le modèle français (où les liens marqués par l'histoire de la colonisation restent présents), mais également sur les recommandations de l'OMS, notamment quant au projet d'intégrer les médecines traditionnelles au système de santé. Comme dans beaucoup de pays Africains, il tente d'officialiser le travail des guérisseurs. Le Service de Pharmacopée de Médecine Traditionnelle au ministère de

la santé (SPMT) depuis 1999 essaye de recenser les tradithérapeutes. Les critères de sélection (cf. annexe) pour distinguer les thérapeutes traditionnels des « charlatans » se basent sur les critères de l'OMS. Le ministère travaille avec différents partenaires pour le recensement, les Centres de Soins de Base et les associations. Les tradipraticiens de santé se sont mobilisés à travers la création d'une Association Nationale des Tradipraticiens regroupant plusieurs associations.

(Ministère de la Santé). Définition de la médecine traditionnelle malgache : c'est l'ensemble de toutes les connaissances et croyances, techniques de préparation et d'utilisation de substances, mesures et pratiques en usage, intervention de tout genre, explicables ou non à l'état actuel de la science, qui sont basées sur les fondements socioculturels et religieux des collectivités malgaches, qui s'appuient par ailleurs sur les expériences vécues et les observations transmises de génération en génération, oralement ou par écrit, et qui servent à diagnostiquer, prévenir, ou éliminer un déséquilibre du bien-être physique, mental, social ou spirituel.

Outre les objectifs proprement sanitaires, le ministère poursuit des objectifs économiques de réduction des coûts : limiter l'importation de médicaments, promouvoir la culture des plantes médicinales et la production locale de médicaments, protéger la flore locale de l'industrie pharmaceutique internationale.

Mais le travail d'officialisation de la médecine traditionnelle rencontre des résistances. D'une part, des guérisseurs traditionnels se méfient de l'usage que le ministère pourrait faire de cette connaissance des plantes, ils veulent protéger leur savoir pour continuer à garder leur « pouvoir », D'autre part, des professionnels de santé réticents, pensent que la tradi-thérapie n'est pas scientifique et compte beaucoup de charlatans.

(médecin généraliste) : le ministère insiste pour cette coopération avec les tradipraticiens. Moi, je suis plutôt réticent à cette incitation-là. Certes il y a les dons, les dons naturels pour reconnaître que telle plante est efficace pour telle maladie. Mais il y a d'autres que je n'accepte pas. Je préfère m'en tenir à la médecine allopathique. D'ailleurs quand on va chez les tradipraticiens, la première chose qu'il dit, c'est que c'était une sorcellerie. Si vous avez mal à l'estomac, il dit ça c'est quelque chose que l'on a mis dans la soupe. Ça c'est quelque chose que ta belle-mère a mis dans le manger. Je ne pense pas que... Ce n'est pas scientifique. Ma formation ne me permet pas d'accepter cette chose, voilà. Donc je ne collabore pas du tout avec les tradipraticiens. N'empêche que j'utilise quelques plantes médicinales..

Ce type de débat, entre orthodoxes et présumés "charlatans", n'est pas structurellement très éloigné de celui qu'a connu la France autour de l'amendement dit "Accoyer", à propos de la reconnaissance étatique des « psychothérapeutes ». Le rôle que jouent dans le débat français les diverses associations de psychothérapeutes, hésitant entre souhait de légitimation et peur du contrôle, est proche également de ce qui se joue dans les associations de tradipraticiens malgaches. On a là une équivalence structurelle intéressante entre les deux champs professionnels français et malgaches.

II- Une source de différence : l'impact de la situation économique sur la médecine occidentalisée à Madagascar

A Madagascar, toutes les infrastructures d'accueil disponibles et opérationnelles sont insuffisantes, délabrées et sous équipées. À l'insuffisance des structures se rajoutent celles des ressources humaines et le manque de qualification tant dans le secteur public que privé.

Madagascar compte 17 millions d'habitants. Les troubles psychopathologiques sont estimés toucher 4,5 millions de personnes⁴. Les consultations effectives sont estimées concerner 3 millions de patients. Les troubles ont vu une augmentation liée à celles de la pauvreté, de la consommation d'alcool, de chanvre, à l'exode rural, à la déstructuration des repères familiaux et culturels dans les grandes villes.

On compte 15 neuropsychiatres⁵ (dont 3 psychiatres) qui travaillent en général dans la capitale. (Les chiffres pour la France sont de 23 psychiatres pour 100 000 habitants). Les infirmiers sont au nombre de 79 en santé mentale et 19 médecins généralistes ont été formés à la psychiatrie. Deux psychologues exercent dans le privé⁶. Il n'y a pas de service de pédopsychiatrie.

L'histoire de la Santé Mentale à Madagascar est indissociable de l'existence de l'unique hôpital psychiatrique Anjanamasina, appelé « K18 » à cause de sa situation géographique à 18 kilomètres d'Antananarivo.

Les malades venant de la région d'Antananarivo représentent 95% des malades hospitalisés (2,6% de Tamatave, 1,3 de Mahajanga, 0,5 de Fianarantsoa, 0,1 de Diégo-Suarez). En 2004, cet hôpital a reçu 1 307 malades. Selon le directeur, 22% d'entre eux (294) sont atteints de schizophrénie, 10% (soit 100) de toxicomanie, et 7,6% d'alcoolisme. Certains ont été amenés par leurs familles et d'autres par les forces de l'ordre. Les malades hospitalisés varient de 90 à 130. La capacité d'accueil est de 130 lits (300 en 1998 ; 800 en 1988). L'équipe médicale est composée de 2 psychiatres et 8 médecins généralistes. Les paramédicaux sont aussi en nombre insuffisant.

Le directeur de l'hôpital explique que le revenu des ménages ne leur permet plus un traitement de moyenne ou de longue durée (l'hôpital est coûteux pour les familles des patients). Les traitements offerts sont la chimiothérapie, l'ergothérapie, la "sociothérapie", la "psychothérapie" qui, par manque de temps et de formation, prend la forme d'un entretien de 10 à 15 minutes :

Rolande (médecin au K18) : Pour discuter de tout, de sa vie, comment elle va... même s'ils ne prennent plus de médicaments. Bon cela dépend aussi, mais en principe je ne peux pas faire des longs

⁴ L'estimation est en partie tirée de l'enquête menée en 1998 par le Ministère et l'OMS, *La santé mentale Image et Réalité*.

⁵ CF tableaux des données en annexe,.

⁶ Projet d'établissement hospitalier 2001-2003

entretiens mais en principe je le fais entre dix et quinze minutes.

On ne parle pas de guérison des malades mais de stabilisation. La durée moyenne d'hospitalisation est de 30 jours. Après l'hospitalisation, le patient rentre dans sa famille, mais il doit suivre un traitement. On note toutefois que la rechute est très fréquente et ce pour diverses raisons, notamment l'arrêt de la prise des médicaments qui sont trop chers pour les patients. La stigmatisation de la maladie mentale et de l'hôpital psychiatrique ainsi que sa mauvaise réputation constituent également un facteur important de non recours aux soins.

On compte par ailleurs à Madagascar 2432 médecins généralistes exerçant dans les hôpitaux, dispensaires et en libéral, mais seulement 13 dans des services de psychiatrie (il est difficile et peu motivant d'obtenir un poste de fonctionnaire). Pour ceux qui exercent en cabinet privé, la situation est souvent précaire (peu de patients : 4 à 10 patients par jour et à faible rémunération). Ils se disent incompetents *face aux problèmes psy*. Ils gèrent essentiellement le stress, les angoisses, les insomnies, dépressions légères, avec des anxiolytiques et des conseils (notamment, pour les médecins chrétiens pratiquants, le conseil de prier). Pour ce qu'ils appellent *les cas psy* (troubles du comportement, agitations...), ils conseillent les hôpitaux en ville et rarement l'hôpital psychiatrique, de peur de perdre leur clientèle. Les médecins généralistes des dispensaires envoient aussi leurs patients dans les hôpitaux généraux de la ville.

En pratique, dans la majorité des cas, le circuit des "malades mentaux" se fait de la manière suivante : premier contact : les dadarabe (les guérisseurs) ou les toby (centres religieux luthériens); deuxième contact : les formations sanitaires publiques. Ce circuit est très caractéristique de la campagne, pour des raisons religieuses et d'appartenance communautaire sur lesquelles nous reviendrons plus loin, mais aussi en raison :

- du manque de dispensaires, de médecins et de paramédicaux (un hôpital par province avec un seul service de neuropsychiatrie, d'une capacité moyenne de 30 lits et un seul neuropsychiatre ; un médecin, une infirmière et une sage-femme par dispensaire pour une population d'environ 10 milles habitants...) (cf. tableaux en annexe).

- de l'éloignement des centres médicaux parfois (il faut faire souvent plus d'une heure de marche avant d'arriver à un centre de soin de base),

- et du coût pour le patient ou sa famille, lié au trajet, aux médicaments, voire de la prise en charge s'il y a hospitalisation.

Linda (neuropsychiatre ayant exercé en province) : « *il y a la logistique, venir à pied, le problème financier, c'est toujours le même problème. Ils ne peuvent pas ! Donc les gens n'aiment pas trop, c'est comme ça. Et puis ici il y a beaucoup de gens qui viennent de la campagne, ils pensent qu'être hospitalisés, ils vont perdre beaucoup d'argent. C'est la réputation de l'hôpital* ».

Le circuit de soin débutant par les guérisseurs ou les religieux est le même en ville, pour une grande majorité de la population d'Antananarivo, même si la capitale

concentre plus de moyens⁷ (cabinets de médecins généralistes, hôpitaux, dispensaires...). Les professionnels de santé évoquent différentes raisons. L'une est « l'incompétence » due au manque de formation en psychiatrie des médecins et des paramédicaux pour établir un premier diagnostic. Les médecins généralistes se disent, effectivement, incompétents face aux « problèmes psy », après un seul stage d'un mois dans le service de neuropsychiatrie au CHRU de Befelatanana⁸. Le docteur Andriantseho (2000) a constaté : « une surestimation du diagnostic de l'épilepsie et une sur-prescription de l'Haldol, donné même en cas de diagnostic d'épilepsie, dû au manque de moyens et de formation ». L'enseignement de la psychiatrie s'est fait pendant longtemps avec un seul Professeur de psychiatrie (disparu en 2000) et des Professeurs de neurologie. De ce fait les services de psychiatrie sont rattachés au service de neurologie, pour contrainte budgétaire et non par choix. Tous les neuropsychiatres espèrent la séparation de leurs services (quelques tentatives ont échoué, comme à Mahajanga, faute de personnels en nombre suffisant.).

Linda (neuropsychiatre) : Pour moi l'échec de la psychiatrie, c'est que, la formation, il n'y en a pas, il n'y en a pas parce que tous les gens qui ont fait de la psychiatrie sont sortis de Madagascar et ils ne savent ce qu'est la psychiatrie à Madagascar. Ils ne savent pas ce qu'est une psychothérapie. Il n'y a pas de psychothérapeute ici.

Une autre raison avancée est l'image de l'hôpital psychiatrique :

« L'image de l'asilaire est encore ancrée chez beaucoup de gens, les maladies mentales font encore honte et l'on cache les malades chez soi, la stigmatisation des malades traités au K18 renvoie l'image de « fous incurables » ainsi que les préjugés sur les maladies mentales (sorcellerie, envoûtement, les fady) restent également des facteurs d'inaccessibilité aux structures médico-psychiatriques. Le fanatisme religieux constaté au niveau de certaines sectes interdisant la prise de médicaments, aggrave encore le problème de la prise en charge tardive des malades mentaux. Enfin la méconnaissance des pratiques thérapeutiques psychiatriques entraîne une hésitation des familles à se faire soigner à l'hôpital ». Projet d'établissement hospitalier 2001-2003.

En conclusion, si la psychiatrie française est maltraitée économiquement (pénurie de soignants, pénuries de lieux adaptés, cf. articles du journal Le Monde, 14/05/2005)⁹, la situation à Madagascar est sans commune mesure. De plus la santé

⁷ Pour le reste du territoire, il existe 4 services neuropsychiatres parmi les 6 hôpitaux régionaux (Fianarantsoa, Tamatave, Diégo-Suarez et Tuléar).

⁸ Le CHRU de Befelatanana est pourvu d'un service neuropsychiatrique de 44 lits. Quatre neuropsychiatres exercent là-bas, mais les 2/3 des patients du service ont des problèmes purement neurologiques. L'hospitalisation est généralement de 8 à 10 jours. Après leur sortie, les patients sont suivis essentiellement pour le renouvellement de la prescription.

⁹ Journal le Monde du 15/05/2005 : titre du premier article : « la pénurie de personnel au cœur de l'insécurité en psychiatrie », « des secteurs entiers manquent de psychiatres, et dans certaines

mentale n'y est pas une priorité sanitaire par rapport à d'autres problèmes récurrents (paludismes...) ou d'autres catastrophes annoncées (SIDA, résurgence de la peste). Cette situation économique de pénurie contribue à la mauvaise qualité des soins offerts par la médecine occidentalisée, tant sur le plan matériel, que sur celui de l'insuffisante formation des soignants, qu'ils soient neuropsychiatres, généralistes ou infirmiers, dénoncée par les soignants eux-mêmes. De plus la psychiatrie et la pédopsychiatrie n'ont pas eu l'occasion historique de développer leur expertise spécifique, ce qui, là aussi, est regretté par les soignants.

III- Une autre source de différence : La place de la religion.

Une grande ressemblance entre le champ de la prise en charge du trouble psychique à Madagascar et en France est que, dans chaque pays, il s'agit bien d'un marché au sens bourdieusien du terme, marchés concurrentiels de biens symboliques où les positions des offreurs de biens engagent des enjeux matériels (professionnels, économiques) mais aussi proprement symboliques (définition du salut, de la faute, du bonheur et du malheur, du lien social). Mais ces deux marchés ne sont pas organisés par la religion de la même façon. D'un côté, la France, connaît un univers marqué par le catholicisme et un fort attachement à la laïcité. De l'autre, Madagascar est un pays où l'animisme est la religion effectivement dominante. La magie, et notamment sous ses formes chamaniques, y a donc une présence importante. D'autre part, les élites, qu'elles soient traditionalistes ou ouvertes à l'occidentalisation, se réfèrent au protestantisme, religion dont on connaît par ailleurs l'évolution actuelle dans le monde vers des formes qui réintègrent le politique, le social et le thérapeutique à l'intérieur du religieux (Mayer, Kranenbourg 2004, Berger 2001). La proximité entre le soin, la magie et la religion caractérise les médecines traditionnelles malgaches.

A- La religion à Madagascar

La religion est fortement présente dans tous les aspects de la vie. Et il y a peu d'athées.

Les Malgaches croient en un Dieu unique et tout puissant, créateur du monde. Les Malgaches sont monothéistes, le Dieu Zanahary provoque le bonheur comme le malheur, l'homme ne peut détourner le malheur que par le sacrifice. La philosophie des Malgaches considère que l'homme est composé de trois éléments : le corps (vatana), la vie (aina) et l'âme (fahanay). Il existe un lien de causalité entre le Dieu Zahanary et la vie, et entre la vie et la survie de l'âme après la mort. Il existe entre lui et les humains tout un panthéon : les

zones rurales, plus aucun spécialiste exerce. (...) en île de France, 15% des postes infirmiers sont toujours vacants ... »

Vazimba, (êtres légendaires, anciens Rois) et Ancêtres (razana), Génies, Esprits. En accord avec la foi des Malgaches de l'au-delà, selon laquelle l'âme continue à vivre après la mort, les ancêtres (razana) sont considérés comme des personnages essentiels, des protecteurs, chargés de transmettre au Dieu les prières des vivants.

Les Malgaches accordent à ces intermédiaires (esprits, ancêtres) une place importante, ils leur attribuent le pouvoir d'exaucer ou de rejeter les prières, les considèrent également comme des acteurs guidant leur vie sociale et pouvant les « punir », notamment par la maladie. Le culte des ancêtres constitue une source prépondérante de la cohésion sociale et même nationale. C'est une manière d'appréhender le monde et les relations entre les êtres humains. L'identité malgache plonge ses racines dans l'origine commune des ancêtres. Le président Ratsiraka concluait ses discours du nouvel an en ces termes : « *Au nom de Dieu, je vous mènerai, dans l'esprit des ancêtres et avec leur aide, au paradis socialiste* » (Cf. Constantin Von Barloewen, 1992). Dans les croyances, la colère des ancêtres est à craindre si l'on n'observe pas, dans le courant de la vie, les usages qui ont été les leurs (*fombandrazana* : coutume des ancêtres). À ces croyances fondamentales qui relient les membres du groupe s'ajoutent des éléments plus personnels : culte des sources, des arbres, des génies ; tabous innombrables (*fady* : les tabous, les interdits peuvent toucher l'un des membres d'une famille et par conséquent, symboliquement le reste de la famille) ; crainte des mauvais sorciers (*mpamosavy*) ; recours aux offres de bons sorciers (*ombiasy*), qui pratiquent la divination par grains (*sikidy*).

La plupart des Malgaches convertis au christianisme catholique ou protestant (environ 40% de la population, surtout sur les hauts plateaux) croient toujours aux oracles et les consultent pour tous les actes importants de la vie. La maladie n'est pas considérée comme un problème physique ou psychique mais comme une rupture avec le cosmos et la communauté. Les transgressions des coutumes, l'insoumission aux normes, le non-respect des valeurs culturelles par l'individu entraînent une sanction. Et, à travers la personne touchée, c'est tout le groupe qui est touché (le groupe *Fihavanana*). C'est ainsi que Bernard Ratsifandrihamana (1990) définissait un "Moi de groupe chez le malgache", un Moi "collectif".

Plus que les maladies somatiques courantes, le trouble psychopathologique, par le bouleversement qu'il entraîne dans le comportement du malade et dans son environnement, facilite le recours à l'explication magique. En résumé, les troubles psychopathologiques sont considérés par la population malgache comme relevant :

- de la possession par un esprit ou habitation par un mauvais génie : « Lolo, Tsiny »,
- de la profanation des tabous et transgression des « fady » (interdits), irrespect aux ancêtres,
- de la pratique magique occulte et d'envoûtement, sorcellerie (*mpamosavy*, jeteurs de sort grâce à des ody (talismans), des philtres d'amour...),
- de la possession par le diable, le démon,
- de l'affrontement de la vie socioculturelle (examens, travail, relations familiales...)

qui crée des pathologies comme la dépression, l'anxiété, addictions,
- de l'épilepsie.

B- La prise en charge du trouble psychique

La terminologie employée par des fonctionnaires du ministère malgache s'appuie sur les critères de l'OMS et réfère trois catégories de professionnels prenant en charge ce que nous appelons le trouble psychique.

1^{ière} catégorie : les soignants modernes a) les médecins généralistes, b) les neuropsychiatres et les médecins généralistes travaillant dans un service neuropsychiatrie,

2^{ième} catégorie : « les mpiandry » (ils mettent le terme "mpiandry" entre guillemets dans le Programme de Santé Mentale),

3^{ième} catégorie : les tradipraticiens. Ils distinguent 4 sous-catégories (selon la classification de l'OMS).

Mais selon la terminologie populaire, et les guérisseurs eux-mêmes, on trouve une autre catégorisation de ces tradipraticiens, en deux familles : les tradipraticiens et les tradithérapeutes, selon les compétences et les croyances de ces derniers.

Le champ concurrentiel de la prise en charge du trouble psychique peut être résumé dans le tableau suivant..

Terminologie du ministère malgache	Terminologie populaire	Terminologie que nous utiliserons	Clientèles	Lieux d'exercices
Les soignants modernes				
Médecin généraliste	Médecin de famille Mpitsabo, dokotera	Médecin généraliste	*Le quartier	*Cabinet en ville *Dispensaires
Neuropsychiatre + médecin généraliste	Mpitsabo aretintsaina	Neuropsychiatre + médecin généraliste	*Tout venant à l'hôpital (hôpital militaire : agrée ou personnes ayant des ressources)	*CHRU Befelatanana, K18 *Hôpital privé militaire (agréé) *Hôpital luthérien
Les "Mpiandry" (1)	Mpiandry, Berger	Mpiandry	*Venant des dispensaires Salfa *Réputation de prendre en charge les malades mentaux	*Toby (centres psychiatriques luthériens)
Les Tradipraticiens (en réf. Aux critères de l'OMS) Dont 4 sous-catégories a b c d :	Distinction entre : A) Tradipraticien Dadarabe, Thérapeute ou guérisseur traditionnels, (chrétiens) B) Tradithérapeute Dadarabe, Mpsikidy, Ombiasy (animistes)	Tradipraticien (2) Tradithérapeute(3)	*Réputation et donc tout venant	*Cabinet privé
a) tradithérapeutes (qui utilisent le massage, acupuncture...)		<i>Prendent en charge les troubles psychopathologiques</i>	*Réputation et donc tout venant	*Cabinet privé
b) les traditionnels (sages femmes)	Matrone, Rezana	<i>Nous ne les retiendrons pas en tant que soignant du champ de la prise en charge du trouble psychique</i>	*Réputation et donc tout venant	* Ne pratiquent que les accouchements au domicile (n'ont pas une formation médicale)
c) les herboristes		.		Cabinet privé
d) les médicaux droguistes		id		Cabinet privé
« Charlatans »	Devin, astrologue (mpanandro)	Les voyants, les devins	Pour leur réputation et donc tout venant	Cabinet privé
Les Religieux catholiques (prêtres, soeurs)	Religieux catholiques (prêtres, soeurs)	Religieux catholiques (prêtres, soeurs)	Tout venant, Écoles, entreprises travaillant pour la congrégation	Dispensaires de la congrégation ou de l'hôpital

1 : Certains mpiandry sont médecins généralistes

2 : Les tradipraticiens peuvent être pasteurs (Eglise évangéliques, Adventistes, Pentecôtistes) :. Mais ils ne sont jamais médecins.

3 : Les tradithérapeutes sont à la fois soignants et intercesseurs avec les ancêtres, devins.

C- Les thérapies traditionnelles

La prise en charge du trouble psychique que l'on peut qualifier de "traditionnelle" au sens wébérien du terme, c'est-à-dire non marquée par la rationalité bureaucratique ni par la rationalité scientifique, autrement dit "coutumière», est soit d'ordre religieux, soit utilise la pharmacopée traditionnelle, soit relève de la magie et du chamanisme. Ces prises en charge impliquent des croyances des Malgaches quant à la maladie, le mal et le trouble psychopathologique.

1) La prise en charge religieuse

À Madagascar, la prise en charge thérapeutique religieuse est surtout l'apanage des « Fifohazana », mouvement de réveil issu de l'église luthérienne, à l'arrivée des Norvégiens fin 19^{ème} siècle, actuellement reconnu par l'Eglise Protestante de Madagascar. Ces prophètes "ont reçu la parole de Jésus-Christ", elles sont quatre, toutes issues d'une famille de sorcier ou elles-mêmes sorcières. Autour de ces prophètes guérisseurs, ont été créés de véritables villages de "malades mentaux" (les toby) avec toutes leurs familles encadrées par des thérapeutes, disciples du prophète guérisseur appelé « Mpiandry » (bergers) et un pasteur luthérien. On trouve parmi eux des médecins.

Quelques médicaments sont prescrits au début de la prise en charge, mais la prise en charge se fait essentiellement sous forme de thérapie collective religieuse. Ces mpiandry cherchent à resocialiser les patients dans des principes religieux moraux et en exorcisant le démon. *Si l'homme est malade, c'est que Jésus-Christ l'a abandonné parce qu'il a perdu le droit chemin.* Leur conception de la maladie mentale est mystico-magique. Elle l'attribue principalement à des péchés et à des possessions par le diable. Le processus thérapeutique de cette pratique syncrétique repose sur la prédication des Ecritures bibliques, la confession repentante, l'exorcisme (collectif, en général quotidien) et l'imposition des mains et prières. Comme certains l'ont analysé (Lanternary, 1996) ailleurs en Afrique : les séances thérapeutiques collectives se basent sur le personnage du prophète, son discours prophétique et le consensus collectif créé dans les « villages thérapeutiques ».

2) La pharmacopée traditionnelle et la divination

Dans la société malgache, la magie côtoie une connaissance de la pharmacopée traditionnelle. Tout traitement s'effectue en deux phases : d'abord le diagnostic, élaboré le plus souvent par la divination ; ensuite, le processus de guérison, qui, dans la majorité des cas, associe rites magiques et le traitement par les plantes. Le pouvoir

de soigner est en ce sens, un don divin, et tous déclarent avoir reçu une révélation au cours d'un rêve ou d'une initiation. Le terme générique de ces guérisseurs traditionnels le plus souvent employé est « dadarabe ». Mais le terme de dadarabe ne regroupe pas que des soignants, il comprend également les *mpanandro* (qui ne font que de l'astrologie pour connaître les jours fastes des événements marquant la vie), les *mpamosavy* (mauvais sorciers, sorcellerie noire, jeteur de sorts).

Les guérisseurs traditionnels regroupent deux types de thérapeutes : les *tradipraticiens* et les *tradithérapeutes*. Cette distinction a été posée par le Pasteur Désiré Ramarozatovo (non médecin), auquel le ministère de la santé a confié la mission de recenser les tradipraticiens (de valider leurs pratiques). Il est le président de l'Association Nationale des Tradipraticiens qui regroupe douze associations de tradipraticiens et de tradithérapeutes confondus.

Tradipraticiens et tradithérapeutes utilisent tous deux la médecine et la pharmacopée traditionnelle héritées de génération en génération : la connaissance des plantes, minéraux, phytothérapie, radiathésiste, aromathérapie. Généralement les tradipraticiens sont issus du christianisme et ils basent leur diagnostic sur leur connaissance personnelle des symptômes.

Les tradithérapeutes eux font appel aux esprits des ancêtres pour connaître le diagnostic et proposer les soins. Il existe différentes techniques pour faire appel aux ancêtres : être possédé par l'esprit en faisant des rites, l'art divinatoire (avec les *sikidy* : amulette, les miroirs) et l'astrologie... Le dadarabe consulte par différents moyens, de divination, pour prononcer son diagnostic, qui est généralement adapté à la conception que se font les Malgaches de la maladie (vengeance d'un sorcier ou d'un proche, ensorcellement, envoûtement, offense des esprits, colère des ancêtres). Dans le cas où s'ajouterait un problème organique, (insomnies, mal à la tête, angoisses, anxiété...), le dadarabe associe des traitements tirés de sa pharmacopée traditionnelle (plantes, infusion, phytothérapie, "kinésithérapie"). Les rites de sacrifices (offrandes, tuer un coq rouge...) et les rites expiatoires pour faire sortir les mauvais esprits constituent le troisième volet de leur pratiques. Quand une maladie résiste aux remèdes courants, le dadarabe peut pratiquer l'exorcisme pour la chasser, puisque que l'origine de la maladie peut être une possession par un esprit ou un envoûtement dû à l'intrusion d'un corps étranger.

Dans chaque région, les dadarabe ont leur propre dénomination, les plus connus étant les *ombiasy* exerçant le *Tromba* dans la région de Mahajanga. Nous ne nous attarderons pas sur les fonctions de cette cérémonie, qui changent au fil du temps, ni sur les causes profondes du phénomène, étudié par de nombreux anthropologues. Le Tromba, appelé ainsi chez les Sakalava, est une pratique d'exorcisme. Le pasteur Russillon (1912) a montré que le *Tromba* était une réaction à l'implantation du christianisme. Il souligne que c'était dans les âmes torturées par le reniement de l'ancien culte des Ancêtres que le *Tromba* est apparu. Ottino(1965) a vu dans le culte un instrument de soutien de l'appareil politique, un moyen de contrôle social, et un mouvement anticollonialiste

Bon nombre de patients souffrant psychiquement sont pris en charge selon le modèle traditionnel. La maladie touche une personne du groupe mais c'est le groupe dans son ensemble qui est touché. Aussi les pratiques telles que les rites de sacrifices se font collectivement, avec toute la famille.

Pratiques et représentations des soignants

Terminologie que nous utilisons	Leurs croyances	Leurs représentations des causes du trouble psychopathologique	Leurs pratiques	Les ré-adressages éventuels	Vision des autres prenant en charge le trouble psychopathologique
Médecin généraliste	*Médecine occidentale (souvent chrétiens, peu d'athées)	*Événement de vie, Problèmes conjugaux, famille, enfants *Echec, déception *Le stress, le travail, la crise économique, l'argent et les changements sociétaux (tradition/modernité)	*Écoute (demande informations à la famille/patient), *Conseil *Ré-adresse aux hôpitaux généraux *Au Toby <i>Se sentent incompetents en psy</i>	<i>Se disent incompetents en psy</i> (n'ont pas les moyens en formation, temps et médicaments pour répondre) *Ré-adressent aux hôpitaux généraux publics ou privé selon les moyens (car il y a des spécialistes neuropsychiatres) *Au Toby	* Disent que les hôpitaux sont spécialisés : <i>Anita : un spécialiste à l'hôpital. Généralement je leur conseille d'aller à Befelatanana</i> * Ré-adresse peu à l'hôpital psychiatrique : peur de perdre leur clientèle car l'hôpital à mauvaise réputation : image de fou : <i>Sofiane : Pour Anjanamasina, c'est difficile parce qu'il a mauvaise réputation. Et c'est dur d'expliquer à la famille que c'est un hôpital psychiatrique et non un hôpital pour les fous.</i> * Les médecins chrétiens pratiquants sont hostiles aux dadarabe

<p>Neuropsychiatre + médecin généralistes travaillant en service psychiatrique</p>	<p>*Médecine occidentale (souvent chrétiens, peu d'athées)</p>	<p>*Événement de vie, Problèmes conjugaux, famille, enfants *Echec, déception *Le stress, le travail, la crise économique, l'argent et les changements sociétaux (tradition/modernité) *Epilepsie, addictions</p>	<p>*Demande informations à la famille/ patient). *Conseil *Médicaments *Hospitalisation *Ré-adresse au K18 (hôpital psychiatrique) quand trop agité *Le neuropsychiatre de l'hôpital luthérien renvoie au toby quand trop agité</p>	<p>*Au K18 (hôpital psychiatrique) quand le patient est trop agité</p>	<p>* Hostile aux toby et aux dadarabe : sont des « charlatans ».</p>
<p>Mpiandry</p>	<p>*Dieu :pour la guérison (Luthérien⁴) Associé à la *Médecine occidentale</p>	<p>*Le démon, Satan *Les changements sociétales (tradition/moderne) *Perte de la foi</p>	<p>*Prières *Évangélisation, *Exorcisme collectif ou individuel *Peu Médicament par le médecin *L'imposition des mains *Enchaînement pour calmer le malade</p>	<p>*Ne ré-adresse pas</p>	<p>*Contre les dadarabe non chrétiens</p>
<p>Tradipraticien</p>	<p>*Sont souvent Chrétiens *Croyance à la médecine traditionnelle</p>	<p>*Punition et transgression de tabou et de fady *Le péché *Intrusion : ensorcellement (ody), possession Satan</p>	<p>*Phytothérapies, aromathérapies, huiles, plantes... *Massage, acupuncture, *Prières, Evangélisation, *Exorcisme collectif ou individuel *L'imposition des mains</p>	<p>*Ré-adresse et reçoit des patients des médecins des hôpitaux</p>	<p>*La médecine occidentale car parfois mieux approprier quand cas lourds *Hostile aux toby et certains « charlatans »</p>

Tradithérapeute	*Les ancêtres *Astrologie	*Punition et transgression de tabou et de fady *Intrusion : ensorcellement (ody)	*Fait appel aux esprits des Ancêtres pour le diagnostic et le soin *Rites, amulettes (sikidy, graines divinatoires) *Exorcisme *Plantes, lotions...	*Ré-adresse et reçoit des patients des médecins des hôpitaux	*la médecine occidentale parfois mieux approprier quand cas lourds *Contre les toby et à certains « charlatans »
Voyants	*Les ancêtres *Astrologie	*Punition et transgression de tabou et de fady *Intrusion : ensorcellement (ody)	*Fait appel aux esprits des Ancêtres pour le diagnostic *Sikidy (graines divinatoires), miroir, l'eau	*Ne ré-adresse pas en général, disent les causes, les jours fastes pour les grands événements mais ne soigne pas	* Conseil rarement un autre dadarabe car concurrent (éventuellement un tradithérapeute)
Religieux catholique (non médecins)	*Dieu *Médecine occidentale	*La perte de la foi, le péché *Événement de vie, Problèmes conjugaux, famille, enfants, échec, déception *Le stress, le travail, la crise économique, l'argent et les changements sociétales (tradition/moderne) *Le diable, le démon, ensorcellement, possession	*Des médicaments *Prières, *Exorcisme individuel	*Envoie et reçoit des patients à des médecins de l'hôpital militaire	

4 : Luthérien issu du mouvement du réveil appelé Fifohazana

Le recours à la médecine occidentale, lorsqu'il est matériellement possible, n'est qu'un moment, plus ou moins important selon les cas, dans l'itinéraire du malade. Lorsque les malades ont le choix, ils n'abandonnent pas un système au profit d'un autre et généralement, ils combinent les deux. C'est que l'anthropologue Benoist a appelé le pluralisme médical.

Pour l'homme qui souffre, quelle que soit sa philosophie, la maladie est une expérience qui dépasse l'explication rationnelle et scientifique qui peut en être faite. Souvent on entend : "pourquoi cela m'arrive t-il à moi?" et la personne peut faire appel à de multiples pratiques pour sortir de cette situation douloureuse et angoissante.

Rolande (médecin au K18 en parlant des guérisseurs) : « moi je trouve que finalement il y a toujours une certaine conception de tout ce qu'il se passe... sur l'environnement de... du monde malgache, sur le monde de la maladie. De la conception du phénomène qui se manifeste. Peut-être que c'est une maladie mentale ou autre chose, mais moi je ne trouve pas que cela sera un grand danger pour la psychiatrie! Moi mon seul problème c'est que le malade, que le patient arrive à se situer dans son environnement et être stable et vivre comme les autres malgré leurs troubles. Donc finalement s'ils trouvent que c'est le tradipraticien qui peut solutionner son problème, je ne pose pas de problème. C'est comme les religieux, les Chrétiens, le malade, il croit en quelque chose et c'est ce ministre religieux quelconque arrive à soulager ses maux, tout cela, moi je trouve cela très bien. Donc je ne pose pas tellement de problème. De toute façon ce qui est vraiment étonnant c'est que moi-même j'ai une consœur, médecin, dont le fils présente une schizophrénie et qu'elle ne croit pas que c'est une schizophrénie, que c'est une sorcellerie. Elle l'a retiré de l'hôpital et (...), récemment lorsque j'étais partie à Ambositra pour aller chez le tradipraticien avec elle. Mes confrères étaient scandalisés : "un médecin, quand même pas elle". Écoute, c'est ce qu'elle croit alors il faut qu'elle fasse quelque chose qui puisse... euh soulager tout son problème; Moi je ne trouve pas... je ne pose pas de problème ».

Il est remarquable dans cet extrait d'entretien que la personne juxtapose, sans se poser de questions particulières, des croyances que nous ressentons souvent en Occident comme étant de type différent, voire incompatibles. Un autre exemple en sera fourni dans l'article suivant de ce rapport (L. Demailly). Par rapport à la France, pays où la religion est sécularisée, Madagascar présente un degré d'intégration beaucoup plus forte des croyances de différents types : science, magie, religion.

Notre raisonnement se fait là en termes de degré et non d'opposition radicale, car des phénomènes d'investigation et de confusion de sphère différentes existent aussi en France : telle personne s'adresse à la médecine bio-scientifique, mais va aussi faire des incursions dans l'univers magique, elle va consulter une voyante (dont l'équivalent structurel est un devin dans l'espace malgache), un rebouteux, un marabout.

Cependant la France a connu depuis longtemps un déploiement culturel des modes laïques de penser, qui séparent nettement science et religion, raison et foi, et

elle connaît en matières de soins une certaine domination du modèle scientifique biomédical. Si le soin s'élargit du côté de l'hygiène de vie, de la bonne nutrition et du soin de soi, on reste cependant dans un univers de pensée rationaliste, qui reconnaît la valeur de l'argumentation et de la preuve, plutôt que celle de l'acte de foi.

Pr ailleurs, au niveau des techniques de soin, on trouve bien un lien entre celles-ci et l'espace sociétal, en tant que celui-ci n'est pas seulement laïque, mais aussi catholique. Nous avons déjà souligné (Demailly, 2003), en matière d'évaluation des politiques publiques et de leurs différences de formes entre pays catholiques et protestants, le poids du catholicisme (opposé au protestantisme) en ce qui concerne les pratiques de confession, d'aveu, de direction de conscience. Foucault avait déjà eu l'intuition du lien entre la prescription de l'aveu et la psychanalyse dans le monde occidental. Il est à l'inverse visible à Madagascar, dans les cérémonies magiques ou dans les exorcismes, que l'aveu n'est pas considéré comme nécessaire à la guérison.

IV- Un point de comparaison : les ambiguïtés de la "psychothérapie"

La psychothérapie telle qu'elle est définie en occident, dans sa version relationnelle (psychanalyse, Gestalt, Rogers...) est une pratique de soins par la parole. Elle est fondée sur l'écoute et l'invitation faite au patient à se connaître, à trouver ses propres solutions à ses problèmes internes ou externes (et non principalement de conseil). Elle peut utiliser différentes orientations, méthodes et techniques. Son objectif est la réduction des symptômes et de la souffrance, mais aussi la modification de la structure psychodynamique et du mode de relations du patient, permettant de prévenir les récurrences.

À côté de cette conception, existent des versions plus normatives et réadaptatives, dont l'exemple central est les TCC (thérapie cognitivo-comportementale). La psychothérapie est en Occident l'occasion de vifs conflits dont les derniers épisodes sont les longs débats autour de "l'amendement Accoyer", l'évaluation des méthodes psychothérapeutiques par l'INSERM, le fait que le ministère ensuite annule cette évaluation. La description de conflits idéologico-pratiques chez les psychothérapeutes mériterait un article à elle seule. Nous en resterons donc à une partition simple entre les psychothérapies qui sont les plus importantes dans le champ français, les relationnelles et les TCC .

À Madagascar, la psychothérapie comme pratique de soin par la parole du soigné et par l'écoute du soignant n'existe quasiment pas à l'heure actuelle. Le mot "psychothérapie" est cependant prononcé par des soignants qui parlent Français et sont un peu informés sur les concepts occidentaux, mais il est le plus souvent employé dans un sens particulier à la place du "conseil", ou même de "prières".

Type de professionnels Madagascar	Leurs emplois du mot « la psychothérapie »
Médecins généralistes	* Entretien pour avoir des informations famille/patient, * Conseil * Si croyant pratiquant : conseil de prier
Neuropsychiatres + médecins généralistes	* Entretien pour avoir des informations famille/patient * Conseil
Mpiandry	* Traitement moral par la prière (thérapeute et patient prient ensemble)
Guérisseurs traditionnels :	
Astrologue	* N'emploie pas le terme de "psychothérapie"
Tradipraticiens	* N'emploie pas le terme de "psychothérapie"
Tradithérapeutes	* Le conseil * Fait appel aux esprits (rites)

Philippe, un tradipraticien, expliquait qu'il *exerçait de la psychothérapie*. Les professionnels de santé (de l'hôpital psychiatrique, CHU d'Antananarivo, les médecins des différents dispensaires, les médecins généralistes) parlent aussi de psychothérapie pour les conseils qu'ils donnent aux patients et à la famille. Mais quelle est cette psychothérapie ?

Ryhiam (médecin généraliste en ville) : j'ai fait qu'une psychothérapie seulement (une séance seulement) . Parce qu'il faut remonter un peu son moral (sourit) parce qu'il est déprimé et lui donner des conseils.

Nelly (médecin au toby luthérien) : j'essaie de parler avec eux, et de consoler (rit) mais... Un jour, il m'a demandé comment se débarrasser de cette vision, de cette voix. Je lui ai dit qu'il faut prier.

Les dadarabe enquêtés donnent également des conseils mais, à travers leur pratique rituelle, ils savent prononcer les mots pour rassurer le patient. Ils rassurent le groupe, le re-solidarisent, refont naître la cohésion et surtout permettent de régler tous les conflits du groupe familial, voire social.

Dans l'ensemble, le guérisseur, à partir de la pathologie individuelle, élabore une démarche diagnostique en analysant les troubles relationnels. La mise en scène de la divination répond aux questions et aux peurs, rassure l'être en face à ses doutes, et au cours du rituel ou de la cérémonie, le guérisseur thérapeute reste toujours près du patient comme pour combattre avec lui « l'ennemi du mal ». La parole du guérisseur met en mouvement la parole du malade, la communication retrouvée entre le sacré et le village passe par la « formule » prononcée par le guérisseur, tout le processus thérapeutique trace et reproduit cette parole initiale attribuée aux ancêtres puis léguées à leur postérité, qui est absolument fondatrice de l'idéal culturel du groupe.

Ainsi la parole du guérisseur réconcilie et resocialise. Le langage thérapeutique pour être efficace doit être partagé. C'est un langage liturgique, un langage consacré dont les uns et les autres s'imprègnent car il puise aux valeurs, aux modèles et au système traditionnel de places et d'autorité dans la famille. Les cérémonies ont donc pour but de réconcilier l'individu avec sa communauté, sous la forme d'une "thérapie familiale" pourrait on dire. Le guérisseur invite la famille et le malade à se conformer à un modèle qu'il propose en leur transmettant les significations et les interprétations traditionnelles de la maladie conformément au système socioculturel.

Les différents processus du trouble psychopathologique et de la guérison s'inscrivent à l'intérieur de systèmes de représentations collectives qui relèvent de ce qu'il faut appeler le sacré. La maladie s'inscrit dans une logique du mal et de malheur, elle n'est jamais vraiment considérée seulement comme une atteinte d'un membre du corps ou d'un organe, ou du psychisme seul. L'anthropologue africain, John Mbiti (1972), résume très bien lorsqu'il écrit : *même si le malade sait qu'il a du paludisme parce qu'un moustique porteur de malaria l'a piqué, il voudra quand même savoir pourquoi c'est lui que le moustique a piqué et non pas un autre. C'est tout l'individu, et plus encore tout le groupe auquel il appartient, qui est frappé. C'est pour cette raison pour laquelle les thérapies traditionnelles malgaches (et même les thérapies occidentalisées) sont simultanément des "sociothérapies," nous pourrions dire aussi, en termes occidentaux, des psychothérapies normatives de soutien ou des psychothérapies de groupe.*

Le Professeur Ratsifandriahamana (1990) définissait ces formes de psychothérapies comme s'appuyant sur la suggestion : "Cela suppose pour le guérisseur à travers les différentes représentations collectives de l'origine du trouble, une maîtrise suffisante de moyens les plus conformes aux divers modèles du système culturel". Effectivement, il s'agit de thérapies de suggestion (cf. article suivant), elles même intégrées dans un ensemble de pratiques où le verbal et le non verbal sont simultanément et savamment mobilisés en tant que symboles.

Si nous reprenons le fil de notre comparaison, nous pouvons dire que, de façon similaire, le conseil et la suggestion sont largement présents dans l'espace français. Les généralistes donnent surtout des conseils (et des médicaments) quand ils ont un patient "psy". Une bonne partie de la psychothérapie, sauf peut être en théorie la psychanalyse qui s'est explicitement construite contre la suggestion et l'hypnose, (mais nous verrons, cf. l'article suivant du rapport, que, en pratique, les choses ne sont pas si simples), repose sur la suggestion. On peut même considérer que c'est cette part de suggestion qui assure que toute psychothérapie marche peu ou prou, quelle que soit sa technique, du moment que la relation s'établit bien entre soignant et soigné.

Mis à part le fait donc que certains intervenants, en France, essaient de travailler en limitant la suggestion, le fond de la différence France / Madagascar se situe

principalement dans le statut de la parole et de l'écoute. La France a connu ces dix dernières années une multiplication des lieux et des formes d'écoute (Fassin, 2004). La parole du malade malgache, elle, est rarement personnalisée. D'autre part, selon le statut des personnes (place dans la fratrie), le droit même à la prise de parole est réglementé. Le soignant malgache rencontre le plus souvent lors des entretiens une famille qui se plaint des symptômes et un "patient" silencieux. De ce fait la psychothérapie "à l'occidentale", impliquant une prise de parole personnalisée de la part du consultant est rare. Il semble qu'elle émerge de manière "sauvage" dans les grandes villes et que la demande s'adresse à des soignants non formés en psychothérapie mais intuitivement repérés par les usagers comme capables d'écouter. Cette émergence révèle une insatisfaction, tant par rapport aux médecins occidentalisés spécialisés dans la prise en charge des troubles psychopathologiques que par rapport aux guérisseurs. C'est aussi un signe de l'urbanisation et de la globalisation qui affectent la société malgache.

Conclusion

La pratique de soins des troubles psychiques des pays occidentaux a connu une importance mutation. D'asilaire à psychiatrique, puis beaucoup moins monopolisée aujourd'hui par les professionnels de la psychiatrie, elle se redéfinit comme politique de Santé mentale, et intègre de plus en plus les facteurs culturels, sociaux et psychosociaux et des professionnels divers, issu du travail social, de la psychologie, de la culture , des médecins généralistes etc... .

À Madagascar, la psychiatrie ne s'est jamais vraiment constituée ni comme discipline universitaire (il n'existe pas de chaire de psychiatrie au CHU, mais uniquement de neuropsychiatrie) ni comme discipline pratique. Le groupe professionnel, très réduit, peine à se reproduire et les derniers psychiatres formés en France partent à la retraite. Les neuropsychiatres formés sur place sont surtout des neurologues.

Cette différence de fond n'empêche pas une convergence autour de certains mots d'ordre promus par l'OMS. La question des coûts du soin en santé mentale fait que, toutes proportions gardées (l'un de ces deux pays étant un des plus riches du monde, l'autre un des plus pauvres) , les politiques suivent plus ou moins les mêmes objectifs de changement : développer l'ambulatoire, développer le soin en ville, tourner le dos à l'hospitalocentrisme psychiatrique et au centrisme psychiatrique (le nouveau directeur de l'hôpital psychiatrique K 18 depuis 2000 est médecin de santé publique alors que les précédents étaient tous psychiatres). Les soins ambulatoires permettraient de réduire les coûts de la prise en charge. Madagascar, ancienne colonie française, continue de regarder le modèle français et son évolution récente. Elle est, de plus, dépendante du soutien budgétaire de l'OMS, et de ses mots d'ordre, unifiés sur la planète entière. Mais ces mots d'ordre, à Madagascar, paraissent

abstrait, tant la formation des soignants officiels en ce qui concerne le trouble psychique (neuropsychiatres, médecins, infirmiers) laisse à désirer, de l'aveu même de soignants. Et ceci d'autant plus que les mutations sociales rapides liées à la constitution de grands pôles urbains sont producteurs d'anomie, et d'une pathologie sociale dont témoigne en particulier l'accroissement des toxicomanies, de la délinquance, de troubles anxieux-dépressifs.

Les médecines traditionnelles, non légitimes durant la colonisation, ont continué d'exister. L'insuffisance des ressources, la reprise d'anciennes valeurs culturelles par la population décolonisée, l'influence des pharmaciens à la recherche de nouvelles plantes médicinales car la flore de Madagascar est riche et endémique, (l'enjeu économique vis-à-vis de multinationales pharmaceutiques à la recherche de nouvelles molécules est donc important), tout cela pousse les autorités nationales à jeter un regard de moins en moins négatif sur les façons traditionnelles de soigner, même si quelques médecins rationalistes soupçonnent une grande partie de ces tradipraticiens ou tradithérapeutes d'être des charlatans. Ceux-ci ont toujours eu les faveurs du public. Les thérapies de groupe et les thérapies de la suggestion sont pertinentes par rapport à l'univers animiste et au christianisme syncrétique : « *Autour de la médecine, d'autres systèmes de réponse au malheur existent, systèmes que la médecine ne peut ignorer et éventuellement accepter. Car il existe un vrai partage des rôles, que de toute façon, que la médecine le veuille ou non, les malades pratiquent déjà* » (Brisset 2001).

En France, la psychiatrie publique a vu sa centralité dans la prise en charge des "maladies mentales" s'effriter, suite au développement des approches psychologiques, psychothérapeutiques, de la réhabilitation sociale, et de la crise démographique du corps professionnel qui, ici comme à Madagascar, ne parvient plus à se reproduire. La situation est donc d'une certaine façon structurellement semblable, avec la légitimation et la reconnaissance de soignants "hétérodoxes", les psychothérapeutes, autrefois, et encore aujourd'hui en partie, considérés par les psychiatres comme des charlatans. Mais, à Madagascar, cette centralité et cette légitimité de la psychiatrie n'ont jamais existé.

En revanche une différence structurelle entre les deux champs concerne les approches psychologiques, qui ont contribué en France à l'émergence de la notion de "souffrance psychique" et au développement des lieux d'écoute (Fassin 2004) et de "dispositifs interstitiels" (Demailly Bresson 2005). Elles sont à Madagascar quasi inexistantes. C'est l'urbanisation et la globalisation, et une probable transformation des subjectivités en milieu urbain, qui fait émerger le besoin et la demande de pratiques d'écoute, à l'occidentale.

Enfin pour conclure, nous voudrions insister sur le fait que la comparaison internationale France/Madagascar a élargi notre représentation de la construction sociale du trouble psychique, aux quatre phases que nous avons identifiées en introduction de ce rapport, nomination, désignation, imputation, réparation. Elle nous a mieux permis d'appréhender le rôle essentiel de mécanismes socio-économiques (et gestionnaires) d'une part, magico-religieux d'autre part. Elle a élargi

ainsi notre perception des dynamiques des champs au-delà des querelles identitaires et de territoires entre professionnels et/ou des relations stratégiques soignants/usagers, thèmes tout à fait pertinents mais sur lesquels se centre souvent la réflexion sociologique de manière peut être un peu trop exclusive .

Bibliographie

- Andriantseho M., Rakotoarivony MC, 2000 : « Aspects socioculturels de l'épilepsie chez le malagasy ». Étude CAP faite à Antananarivo, Bull Société Pathologies Exotiques, 93 (4) : pp 247-250
- Benoist J., 1993 : *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, Ed PUF
- Berger P.L. (ss la dir.), 2001 : *Le réenchantement du monde*, Paris, Ed Bayard
- Brisset C., 2001 : *La santé dans le Tiers monde*, Paris, Ed la découverte
- Andriamanjato R., 1957 : *Le Tisny et le Tody dans la pensée malgache*, Paris, Présence Africaine.
- Condominas G., 1961 : *Fokon'olona et collectivités rurales en Imera*, Paris, Ed Orstom
- Durkheim E. (réed2003) : *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, réed PUF,
- Damantsoa, 1952 : *histoire politique et religieuse des Malgaches depuis les origines jusqu'à nos jours*. Antananarivo, librairie mixte
- Decary R.,1951 : *Mœurs et coutumes des Malgaches*, Paris, Ed Payot
- Decary R., 1959 : *les ordalies et sacrifices rituels chez les anciens Malgaches*. Pau, Imp. Marrimpouley jeune
- Dorès M., 1978 : *La femme village : maladie mentales et guérisseurs en Afrique noire*, Paris, Ed l'Harmattan
- Estrade J.-M., 1977 : *Un culte de possession à Madagascar. Le tromba*. Paris, Ed Anthropos
- Fassin D., 2004 : *Des maux indicibles sociologie de lieux d'écoute*, Paris, Ed La Découverte,
- Faubleé J., 1946, *Ethnographie de Madagascar*, Paris, Ed la France d'Outre-Mer
- Faubleé J.,1954 : *Les esprits de la vie à Madagascar*, Paris, Ed PUF
- Foucault.M., 2001 : *L'Herméneutique du sujet*, Ed Seuil, Gallimard
- Futuribles 2001 : *Le destin des croyances*, n° 260
- Geertz C., 1972 : *La religion comme système culturel*, in collectif, Essais d'Antropologies religieuses, Paris, Ed Gallimard
- Isambert F., 1979 : *Rite et efficacité symbolique*, Paris, Ed Cerf
- Jaovelo-Dzaou R., 1996 : *Mythes, rites et transes à Madagascar*, Paris, Ed Khartala
- Lallement M. 2003 : *Stratégies de la comparaison internationale*, Paris, Ed CNRS
- Lanternary V., 1996 : *Médecine, Magie, Religion, valeurs*, Paris, Ed L'Harmattan
- Laplantine F., 1976 : *Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique Noire*, Paris, Paris, Ed Universitaires
- Laplantine F., 1986 : *Anthropologie de la maladie*, Paris, Ed Payot
- Lery F., 2001 : *Madagascar, Les sortilèges de l'île Rouge*, Paris, l'Harmattan
- Goederoit S., 1998 : *A l'ouest de Madagascar, Les Sakalava du Menabe*, Paris, Ed Karthala Orstom, coll Hommes et Sociétés
- Mannomi O., 1950 : *Psychologie de la colonisation Malgache*, Paris, Ed Seuil

- Mayer J.F., Kranenbourg R., 2004 : « la naissance des nouvelles religions », Ed Georg
- Mbiti J., 1972 : *Religions et philosophies africaines*, Ed Clc, Yaoundé
- Molet L., 1967 : « Cadres pour une ethnopsychiatrie de Madagascar », In *L'Homme, Revue française d'anthropologie*, Vol 7 n°2 pp5-29
- Morisson Ch. (ss la Dir), 2002 : *Dépenses d'éducation, de santé et réduction de la pauvreté Afrique de l'Est. Madagascar et Tanzanie*, Etudes du Centre Développement (OCDE)
- Ottino P., 1965 : « le Tromba », *Revue de L'Homme*, V, 1, pp 84-93
- Ottino P., 1986 : *l'étrangère intime. Essai anthropologique de la civilisation de l'ancien Madagascar*. Paris, Ed des archives contemporaines, 2 vol
- Randrianarisao P., 1959 : *Madagascar : et les croyances et les coutumes Malgaches*, Ed Association Nationale des Ecrivains de la Mer et de l'Outre-Mer
- Ratsifandriahamana B., 1990 : « Santé mentale et dispositif Sanitaires à Madagascar », In *L'espoir transculturel. I cultures exils et folies*, INSERM, Coll Harmattan
- Ratsifandriahamana B., 1990 : « Aperçu sur les modes de représentations traditionnelles de la Folie, et tentatives de prises en charge culturelle de la souffrance psychique à Madagascar », In *L'espoir transculturel. I cultures exils et folies*, (sous dir REVERSY J.-F.) INSERM, Coll Harmattan
- Ratsifandriahamana L., 1993 : Contribution à l'étude de la dépression en milieu malgache. Aspects cliniques et implications culturelles. Thèse de médecine.
- Russillon H., 1912 : *Un culte dynastique avec évocation des morts chez les Skalava de Madagascar*, Ed Picard
- Ravalomanga B., 1992 : *être une femme et mère à Madagascar*, Paris, Ed L'Harmattan
- Verin P., 1990 : *Madagascar*, Paris, Ed Karthala
- Vig L., 1971 : *Les conceptions religieuses des anciens Malgaches*, Paris, Ed Karthala, (Ed Ambozontany trad de l'allemand ny firmament-pinoa'ny Ntalao malagas, 1996)
- Vigour C. , 2005 : *les comparaisons dans les sciences sociales*, Coll répères.
- Von Barloewen C., 1992 : *Voyage à Madagascar*, Ed des Syrtes

Annexes : quelques repères

Annexe 1 : Les religions à Madagascar :

- de 2 % d' Hindouiste	7 % de Musulmans	51% d'animistes		41 % de chrétiens	
		Animistes	Culte des Ancêtres	51 % Catholiques	49% Protestants

On compte environ 7 Millions de Chrétiens soit un peu plus d'un million de protestants : L.MS, anglicans, norvégiens, mission protestantes française.

Les églises catholiques regroupent : Jésuites, Lazaristes, Pères du Saint-Esprit, Père de la Salette, Capucins, Montfortains, Trinitatia et séculiers...

Les églises protestantes regroupent : Les anglicans (majoritaire), les missions protestantes françaises, les luthériens (Norvégiens), les évangéliques (adventiste, pentecôtiste, l'assemblée de Dieu...).

Annexe 2 : les ressources de soins à Madagascar

Estimations, Sources (DDDS, Ministère de la Santé, Octobre 2004)

Structures de Formation Sanitaires Publiques	Sur le territoire	Antananarivo
CHRR (Centre hospitalier de référence régionale)	28	07
Centres hospitaliers avec un service neuropsychiatrie	08	02
CHD I (Centre Hospitalier de District Niveau 1)	61	14
CHD II (Centre Hospitalier de District Niveau 2)	30	04
CSB I (Centre de Santé de Base Niveau1)	959	124
CSB II (Centre de Santé de Base Niveau 2)	1465	298
Hôpital psychiatrique		01
Structures de Formation Sanitaires Privées	Sur le territoire	Antananarivo
Hôpitaux	34	14
CSB I- Dispensaires	280	163 CSBII
Centre de Diagnostic	03	01
Centres spécialisés	09	04
Maternités	03	03
Santés maternelles Infantiles	03	02
Poste d'accouchement	02	
Cabinets médicaux	377	
Infirmeries	107	43
Léproseries	02	
Dentisteries	35	14
Imagerie	01	01
Nombres de Toby		
Toby FJKM (Eglise de Jésus-Christ à Madagascar)	33	06
Toby FLM (Eglise Luthérienne à Madagascar)	80	06
Toby non rattachés à des églises	04	
Nombres de Personnels		
Généralistes	?	2432
Neuropsychiatres	14	11
Psychiatres	05	03
Neurochirurgiens	03	03

Pédopsychiatre		01
Spécialistes		133
Compétents (médecins)		240
Médecins en attente d'un poste		1294
Infirmiers Santé mentales	79	
Paramédicaux	5122	
Paramédicaux en attente de poste	666	
Thérapeutes traditionnels	Estimé à plus de 20 000	Estimé à 4000

Le système public de santé comprend 111 districts sanitaires, dont les limites géographiques se superposent à celles du département. 6 Directions Interrégionales du Développement sanitaire, 8 hôpitaux (6 en province CHR : Tamatave, Tuléar, Fort Dauphin, Diego Suarez, Mahajanga), dont 2 CHU, Celui de Befelatanana à Antananarivo et celui de Mahajanga étant un hôpital universitaire), 8 établissements spécialisés, et environ 421 cliniques privées.

On compte un médecin pour 5550 habitants, un infirmier pour 2770 habitants,

un lit pour 900 habitants, 217 centres sanitaires intermédiaires, 2424 (1738 en 1994) centres sanitaires de bases (CSB) tenus par des paramédicaux,

Le secteur privé ne représente que quelques cliniques privées (appartenant à quelques entreprises), cabinets privés (situation précaire puisque, en 1993, on comptait plus de 1000 médecins à la recherche d'un emploi), des O.N.G laïques et confessionnelles.

Sur l'ensemble du pays, on évalue la population à 65% proche ou vivant à moins de 5 KMS ou à 1 heure de marche d'un centre sanitaire de base (O.M.S., 1995).

La stratégie du Ministère de la population de santé, précisé en décembre 1993, a pour objet la décentralisation des services avec la mise en place de districts de santé ayant autonomie de gestion, la participation des courants et la fourniture des médicaments et matériels essentiels.