



Les soins traditionnels chez le bébé martiniquais : "Doktè fey" et psychologue, identité maternelle et transmission entre les générations

Josiane Broche Jarrin

► To cite this version:

Josiane Broche Jarrin. Les soins traditionnels chez le bébé martiniquais : "Doktè fey" et psychologue, identité maternelle et transmission entre les générations. Psychologie. Université de Franche-Comté, 2013. Français. <NNT : 2013BESA1035>. <tel-01381301>

HAL Id: tel-01381301

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01381301>

Submitted on 14 Oct 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE FRANCHE-COMTE

**ECOLE DOCTORALE
« LANGAGE, ESPACE, TEMPS, SOCIETES »**

Thèse en vue de l'obtention du titre de Docteur en

PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIE

LES SOINS TRADITIONNELS CHEZ LE BEBE MARTINICAIS

**« Doktè fey » et Psychologue, identité maternelle et transmission
entre les générations**

Présentée et soutenue publiquement par

Josiane BROCHE JARRIN

Le 15 janvier 2013

Sous la direction de M. le Professeur Denis MELLIER

Membres du jury :

Drina CANDILIS-HUISMAN, MCF, HDR à l'université de Paris Diderot
Raphaël CONFIANT, Professeur à l'université des Antilles et de la Guyane
Houari MAÏDI, Professeur à l'université de Franche-Comté
Denis MELLIER, Professeur à l'université de Franche-Comté
Marie-Rose MORO, Professeur à l'université Paris Descartes
Ouriel ROSENBLUM, Professeur à l'université de Bourgogne

UNIVERSITE DE FRANCHE-COMTE

**ECOLE DOCTORALE
« LANGAGE, ESPACE, TEMPS, SOCIETES »**

Thèse en vue de l'obtention du titre de Docteur en

PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIE

LES SOINS TRADITIONNELS CHEZ LE BEBE MARTINQUAIS

**« Doktè fey » et Psychologue, identité maternelle et transmission
entre les générations**

Présentée et soutenue publiquement par

Josiane BROCHE JARRIN

Le 15 janvier 2013

Sous la direction de M. le Professeur Denis MELLIER

Membres du jury :

Drina CANDILIS-HUISMAN, MCF, HDR à l'université de Paris Diderot
Raphaël CONFIANT, Professeur à l'université des Antilles et de la Guyane
Houari MAÏDI, Professeur à l'université de Franche-Comté
Denis MELLIER, Professeur à l'université de Franche-Comté
Marie-Rose MORO, Professeur à l'université Paris Descartes
Ouriel ROSENBLUM, Professeur à l'université de Bourgogne

AVANT PROPOS

*Ne boudez pas, Tam-Tam ! Ne boudez pas !
Ne boudez pas, Tam-Tam ! Ne boudez pas !
Bon Tam-Tam bien battus ;
Goulûment, Goulûment Tam-Tam
De ton Rythme dévore la nuit.
Bouts de doigts d'HABIM
Raclez !
Tam-Tam bout en force la Bourrée
Foudre.
Ouvrez le bal à Tam-Tam
HABIM roue de coups bas
Le Tam-Tam qui brame sa douleur
A la ronde opaque.
Et Tam-Tam bramez ! Et Tam-Tam bramez !
Deux majors dopés bondissent
Envoutés par une houle de notes
Magiquement doublés.
Tam-Tam hurle !
Les majors en transe, dansent à petits pas.
Ils tournent et courent brusque
A, la ronde, à grand branle-bas
De petits sauts.
Et Blem, des gifles au visage de la nuit
De grands coups de tête, de pieds en plein
Cul, en plein ventre de la nuit.
Tout tremble. A califourchon sur le Tam-Tam irrité dans l'âme
Sur la peau de bouc tendue comme MI
HABIM raclez !
Les majors menacent de leurs boulets de poings
La grande Ourse impassible de sa tour de Contrôle.
HABIM raclez !
Blem blem contre tout enlèvement ;
Brouhaha d'accords sauvagement plaqués
Comblez les Océans !
Ne boudez pas Tam-Tam, ne boudez pas
Les massacres de croches pointés parmi des rondes éparses.
Voix enrouées et Tam-Tam roué de coups bas
Maintenant boudez Rois boudez Papes.
Goulûment, Goulûment
Bouts de doigts sans ongles d'HABIM
Raclez !
Enrôlez voix et gestes. Et tout en haut les voies
Les voix renvoient
Ne boudez pas Tam-Tam ! Bramez, Ne boudez pas Tam-Tam Bramez !*

Cyrille BROCHE (1924-1992)

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier le jury, Mesdames Drina Candilis-Huisman Maître de conférence HDR et Marie-Rose Moro Professeure, Messieurs Raphaël Confiant Professeur, Houari Maïdi Professeur, Ouriel Rosenblum Professeur, pour avoir accepté de vous réunir, afin d'évaluer mon travail de thèse.

J'exprime toute ma gratitude et mon respect à Monsieur le Professeur Denis Mellier mon directeur de thèse, sans son soutien indéfectible, cette thèse n'aurait pas vu le jour, il a su par sa disponibilité, sa réactivité, ses conseils, ses paroles toujours à propos, m'encourager, me faire aller toujours plus loin, parfois me poussant dans mes retranchements afin de me faire réagir. Il m'a montré par l'exemple de son comportement ce qu'est un chercheur, un professeur, un psychologue.

Je remercie les personnes ressources, car grâce à elles j'ai pu rencontrer les acteurs incontournables de ma recherche, un merci appuyé à Sully.

Un immense merci au Père D, à la Sagesse, à Mme R, grâce à vous je me suis réconciliée avec mes racines, merci de votre transmission, sans vous ce travail n'aurait jamais pris forme.

Je tiens à remercier toutes les familles, vous m'avez reçue avec gentillesse et un cœur « gros comme ça », vous m'avez permis d'approfondir mon sujet de recherche mais également de faire un retour sur moi-même. Vos yeux brillants, votre grande connaissance de la vie m'ont beaucoup impressionnée.

Que tous mes collègues, je vais certainement en oublier, veuillez m'en excuser, les psychologues, les docteurs Brunod et Jos Pelage, les infirmières, les puéricultrices, les assistantes sociales, les travailleuses familiales, Nadine si précieuse, Valérie son sourire et ses paroles curieuses de mon sujet de recherche, trouvent ici l'expression de ma gratitude. Je n'oublie pas le Dr Jabbary pour sa protection.

Grâce à votre soif d'apprendre, vous étudiants de L'UAG en SED, trouvez ici l'expression de mon respect, en effet vous m'avez encouragée à entreprendre ce travail de thèse et poussée à l'approfondir, sans même le savoir. Merci également à Nicolas, toujours là, par une petite parole, un petit conseil, un petit encouragement.

Je n'aurais pu parvenir au terme de cette recherche sans l'aide et le soutien de ma famille, mes ancêtres, mon père Cyrille, nègre de Guinée qui veille sur moi avec bienveillance, Jeannotte ma mère, mulâtresse créole aux yeux perçants, qui dit si souvent « *pran y ba nou ! yich mwen* » (*réussis pour nous, mon enfant*). Ah ! Mimi sans toi rien n'eut été possible, merci.

Thierry, Adonaï, Déki nous avons grandi ensemble, merci de votre patience et d'avoir cru en moi.

Pour leur soutien, leurs conseils scientifiques je souhaite remercier, Françoise, Régine, Marie Alice, Patrice, Dominique, Eliane, Christian, Sonia, Jean-Claude, Martin, Beau sister.

Pour la mise en forme et la relecture, c'est clair sans vous deux, point de thèse, Jean-Pierre et Monique un grand Merci.

Enfin tous ceux que j'ai rencontrés, et, qui m'ont soutenue, par un sourire, une poignée de main, joyeux lorsqu'ils ont pris connaissance du sujet sur lequel je travaillais.

C'est en m'adossant sur tous, que j'ai pu sortir de mes doutes, de mes faiblesses, de mes désespoirs parfois profonds, mais également vous m'avez permis, de faire jaillir la passion de la recherche et, décider d'aller plus loin, pour moi et pour les autres.

Merci à mon Maître.

Mèsi anpil, Mèsi anpil, Merci beaucoup.

A Dayandhi

Merci de me permettre de connaître ma descendance

Résumé

Cette thèse s'inscrit dans le champ de la psychologie transculturelle du bébé, une clinique de la créolisation du pays Martinique.

Cette recherche part du problème du devenir mère et de la souffrance du bébé qui se trouve au centre de deux sortes de discours, de deux systèmes de soin. D'une part, le discours populaire, discours porté par la tradition sur les conceptions de la maladie qui affectent le tout petit, la façon de guérir et /ou soigner l'enfant et les techniques appropriées. Ce discours est porté par la grand-mère, voire l'arrière-grand-mère lorsque cette dernière est encore en vie, et par les anciens. D'autre part, le discours médico-social porté par les psychologues et les pédopsychiatres, où le sens donné à la souffrance du bébé et des mères ne tiendra pas compte des croyances et de la culture. Les jeunes mères consultent dans une errance entre la médecine occidentale, une médecine «visible», et le système de soin du guérisseur, appelé *doktè fey*, une médecine «invisible».

Notre hypothèse repose sur l'idée que le *doktè fey* représenterait une partie de la mère, il la rendrait compétente, lui permettrait de se réapproprier son enfant, car, par ses conseils et ses actes, il réaffirmerait l'unité mère-enfant en les inscrivant dans la transmission des générations. Nous analysons ces deux conceptions concernant la souffrance et la prise en charge du bébé au niveau des différents modèles du soin, des différentes logiques sociétales et des conflits entre les différents points de vue sur l'enfant.

Pour ce faire, nous avons développé une démarche transculturelle et ethno-clinicienne auprès des familles et de leurs bébés, des guérisseurs et des psychologues. Les outils utilisés sont le questionnaire, les entretiens semi-directifs, le recueil d'observations de techniques de bain traditionnel et des études de cas.

Les résultats mettent en évidence d'une part la difficulté pour les jeunes mères d'adhérer aux modalités du traitement proposé par la médecine «visible», lorsqu'elles sont confrontées à la mort potentielle de leur bébé porteur de pathologies spécifiques, c'est-à-dire culturellement codées, d'autre part le sens du recours à la médecine «invisible». Pour conclure, on ne peut comprendre le désordre psychique dans les pays comme la Martinique sans tenir compte de la culture, c'est à dire des croyances, des langues et des pratiques, qui ont cours dans l'histoire et dans la construction de l'univers créole. Cette recherche met ainsi l'accent sur les liens et les ponts possibles à trouver entre ces deux médecines.

Mots clés : Mère, bébé, transmission intergénérationnelle, psychologie transculturelle, culture, guérisseur.

Traditional care for the baby in Martinique.

“Doktè fey” and Psychologist, maternal identification and intergenerational transmission.

Abstract:

The aim of this study is to investigate the distress in early motherhood/infancy which is at the center of two forms of discourse and two systems of care in Martinique. On the one hand, the popular approach and, on the other hand, the medical and social approach supported by child psychiatrists and psychologists, which disregards beliefs and culture. A popular discourse borne out of a traditional conception of illness related to toddlers puts an emphasis on how to cure rather than to treat. This discourse is carried out by the grandmother as well as the great grandmother, when still alive, and elders of the community.

Women in early motherhood have an erring commitment to consult in both Western medicine, « visible » medicine, and the traditional health care system of the healer, known as the *doktè fey*, « invisible » medicine. Our hypothesis is based on the idea that *doktè fey* represent part of the mother and makes her competent to perform her role as a mother and as such she is able to reclaim her child. By his advice and acts, the *doktè fey* reaffirms the mother-child unit registering in the transmission of generations.

We analyse these two conceptions which concern the distress on, as well as the care of the baby. Addressing various models of care, diverse logical and societal conflicts of different perspectives on the child.

To do this a cross-cultural and ethno-clinical approach was employed with families and their baby, healers and psychologists. Tools used are a questionnaire, semi-structured interviews, observations of traditional bath

techniques and case studies. Results highlights firstly the difficulty that women experience in early motherhood to adhere to the terms of a proposed treatment by « visible » medicine when faced with the potential death of their baby when he is carrier of specific pathologies, is culturaly encoded and secondly the sense of using the « invisible » medicine.

To conclude we cannot understand psychological disorder in Martinique, without regard to the culture, i.e. beliefs, languages and practices that exist in a Creole environment. This research also puts emphasis on the links and bridges that it may be possible to find between the two health care systems.

Keywords: Mother, infant, cross-cultural psychology, intergenerational transmission, culture, healer.

Introduction

Partir de la clinique pour y revenir transformée

De retour en Martinique en tant que psychologue après mes études à Paris, je fus interpellée par de multiples situations de la relation mère-bébé. Ces situations généraient en moi de nombreux questionnements.

Dès 1990, J'ai eu la chance de travailler dans plusieurs institutions, PMI, CMP, foyer de l'enfance, crèches, maternité. Un élément récurrent revenait toujours, la présence de la grand-mère auprès de sa fille, jeune mère en souffrance.

Lors des entretiens, les mères m'expliquaient, souvent à demi-mots, le va et vient qu'elles effectuaient entre deux systèmes de soin, car elles « voyaient » pour le bébé en souffrance « quelqu'un d'autre ». Au début j'ai pensé qu'il s'agissait d'un autre psychologue, puis peu à peu, j'ai osé poser des questions et j'ai alors compris qu'il s'agissait du thérapeute traditionnel.

En pédopsychiatrie lorsque le diagnostic de troubles du développement était posé, les grands-mères et les mères, comme en miroir, se renfermaient dans un mutisme, faisant comprendre que « l'on » n'avait justement rien compris.

J'observais aussi au cours de mes consultations que de nombreux enfants portaient également sur eux, parfois de façon visible, des objets que j'assimilerais à des amulettes : des médailles et des « protections ».

Puis ce phénomène était moins marqué, sur une quinzaine d'années, nous avons, nous médico-sociaux, cru que ces « choses-là avaient disparu ». Cependant, lorsque j'ai débuté ma recherche, me rendant dans les communes et dans les villes, j'ai pu constater l'importance des consultations données par le guérisseur, consultations pour les adultes mais également pour les enfants.

Au cours de mes études en psychologie clinique, je me suis intéressée aux liens entre culture et soins du bébé, j'ai fait deux mémoires (M1 et M2), sur la question du maternage en Martinique, lors de mes recherches, je n'ai pas rencontré le discours sur l'étiologie de la maladie culturelle.

Ma clinique s'est étoffée au cours des années, elle me montre de façon de plus en plus insistante, l'implication incontestable entre culture, société, famille et sujet.

Je n'ai eu de cesse au cours de mes années d'exercice de la profession de psychologue à la Martinique, de constater que le fait d'être de culture créole, n'était pas un gage de compréhension de cet environnement, à savoir : la maîtrise des données anthropologiques et ethnologiques, la connaissance des mythes, la conception sur ce qu'est un enfant sain, un enfant malade.

Etre psychologue de culture créole ne me donnait pas, de fait, accès à la connaissance des maladies infantiles culturellement codées.

Ma frustration allait grandissante, car en effet j'écoutais mais n'entendais pas, lorsque les mères parlaient de l'étiologie sorcière, du *blès*, du guérisseur, des consultations chez le *doktè fey* ou mieux, chez *an gran moun*¹, ou chez La Dame.

Pour moi, Il était devenu alors inconcevable de continuer une clinique qui n'était pas en prise avec la réalité du terrain, il m'était devenu évident de m'adapter aux patients et « penser à partir d'eux ». Tenter de répondre aux nombreuses questions, sur la transmission, le refus ou le rejet, l'histoire sociétale, le savoir scientifique, connaître l'approche de la psychanalyse, de l'ethnopsychiatrie, de la psychologie transculturelle du bébé, est un pas dans cette direction. Il m'a semblé alors que je ne pouvais pas ignorer la formation et la recherche dans ce domaine.

Dans chaque culture il existe des représentations qui construisent du discours autour du bébé, ce sont des représentations sur la nature de l'enfant, ses besoins, la manière d'être en relation avec lui. La culture est un facteur important dans les relations mère-enfant. Le bébé possède un psychisme qui

¹ Chez le guérisseur

s'enracine dans son corps, et, c'est par son corps, que s'expriment les souffrances qu'il n'arrive pas à subjectiver.

Le bébé se trouve dans cette configuration lorsqu'il n'a pas introjeté les fonctions contenantantes de sa mère. Ces fonctions sont défaillantes, défaillance qui relève ou non d'une défaillance du système culturel, groupal ou sociétal.

Qu'en est-il alors du travail du lien ? Comment le bébé s'engage-t-il, dans le travail de subjectivation ?

Les recherches au niveau de la psychanalyse de l'enfant supposent un double étayage de la psyché, étayage sur le corps et étayage sur l'environnement. L'appareil psychique du bébé prend appui sur ses émotions, ses perceptions mais également sur le fonctionnement groupal.

Comment cela se déroule-t-il sur notre terrain de recherche en Martinique ? Il s'agit pour moi de faire une recherche sur la détresse du bébé et les troubles de la relation mère-enfant, lorsque ce couple se trouve en prise entre deux médecines, la médecine médico-sociale et la médecine traditionnelle. Deux médecines donc deux discours sur la maladie, deux façons de concevoir l'enfant, d'où vient-il ? Pourquoi tombe-t-il malade, comment prendre soins ?

En prise avec les deux systèmes de soin, la jeune mère s'adosse aux femmes de son groupe d'appartenance, afin qu'elle et son bébé soient pris en charge par le thérapeute traditionnel. Elle reste, cependant, assez méfiante avec le système de soin médico-social, y allant contrainte et forcée, elle n'adhère pas aux thérapies proposées.

L'histoire coloniale a laissé des traces de contrainte dans l'inconscient, mais l'histoire coloniale a également conforté le thérapeute traditionnel, sans le vouloir, comme référent médical lorsque la vie du bébé frôle avec la mort.

Le discours populaire sur la maladie du bébé parle ainsi de personnage habilité à prendre soin de la mère et du bébé, lorsque la relation est en souffrance, ces personnes sont les guérisseurs, ils portent plusieurs noms, je retiendrais pour ma part, celui de *doktè fey*. Lorsque la relation mère-bébé est défaillante, le *doktè fey* recrée une peau physique et psychique en « ramassant » le bébé,

par des massages qui sont des messages et en contenant la jeune mère. Face à ces problématiques, je m'inscris dans le double champ de la psychanalyse et de l'anthropologie, c'est le champ de la psychologie transculturelle du bébé.

Le *dokté fey* représente la partie solide d'une mère mosaïque en prise avec des histoires multiples. Le *dokté fey* réaffirme alors l'unité mère-enfant, il la rend plus compétente, compétence physique et psychique.

Présentation de la thèse.

J'analyserai les deux conceptions du soin, les deux logiques sociétales. Les fondements historiques, linguistiques et culturels seront envisagés dans leur rapport à la maladie.

Cette thèse s'organise autour de quatre axes :

- La première partie est consacrée aux différents modèles du soin, il s'agit pour moi, d'approcher les diverses considérations théoriques, concernant la culture et le soin psychique au bébé souffrant. L'apport de la psychanalyse est essentiel car très tôt Freud se pose la question culturelle. L'apport de l'éthologie est déterminant pour la construction de l'interaction mère-bébé. L'apport de la clinique transculturelle, avec les travaux de M Mead, puis ceux d'Hélène Stork en France où l'accent est mis sur l'importance de prendre en compte la dimension culturelle en ce qui concerne la santé et le développement du bébé. L'apport des théories antillaises sur l'étiologie de la maladie, l'imaginaire du pacte, les indices de l'engagement, l'univers du *quimbois*, le discours sur la maladie et l'approche de la psychopathologie.
- La deuxième partie analysera les différentes logiques sociétales de soin. Comment s'est organisé le système de soin depuis les

Amérindiens jusqu'à nos jours ? Existe-t-il une médecine visible, une médecine invisible ? Comment est prise en charge la relation mère enfant défaillante ?

- La troisième partie analysera les spécificités et les conceptions sur l'enfant, d'où vient-il ? A qui appartient-il ? Comment prendre soin et le protéger, le soustraire des attaques sorcières, comment en faire un enfant singulier, comment se déroule le maternage, l'allaitement, le bain, le désir, les interactions ?
- La quatrième partie analysera l'approche des deux médecines, les maladies culturellement codées, les relations entre thérapeutes traditionnels et thérapeutes médico-sociaux, j'aborderai la nécessité, des liens possibles, des ponts possibles entre les deux approches.

Les sociétés créoles, dans leurs pratiques de soins, font du transculturel au quotidien (Benoist J., 1997). Elles sont des sociétés plurielles, avec une créolisation des langues, des corps, des valeurs, des maladies, des techniques de soin et du maternage. La clinique plurielle est une clinique de l'altérité, une clinique métisse (Moro MR., 2010). Clinique Hybride (Benoist J., op. cit), c'est une clinique qui s'inscrit résolument dans le processus de créolisation qui nous traverse.

PARTIE I

PROBLEMATIQUE, HYPOTHESES ET METHODE.

I-I- APPROCHE THEORIQUE LES DIFFERENTS MODELES DU SOIN.

I-I-1. Introduction.

La clinique transculturelle de l'enfant s'inscrit dans un triple courant de recherche : les recherches anthropologiques, les recherches psychologiques et les recherches sur la psychanalyse de l'enfant.

La psychologie transculturelle du bébé et de l'enfant implique des comparaisons entre des cultures qui sont différentes et, une appartenance davantage à deux disciplines, on parle parfois d'anthropologie psychologique. Cette discipline nécessite en fait une description précise de l'enfant dans son environnement, une description des techniques de soins et enfin un dispositif quasi expérimental.

L'anthropologie et la psychanalyse mènent depuis quelques années maintenant des dialogues et évoluent en prenant appui l'une sur l'autre.

L'un des objets premiers de l'anthropologie est la représentation sociale et culturelle. Pour cette discipline l'enfant naît dans une culture donnée.

J'aurai à utiliser souvent le concept de culture tout au long de mon travail de recherche, concernant ce concept les définitions sont nombreuses et je choisis de m'arrêter à celle proposée par Moro MR (2009, p.152) :

«...Un système culturel est constitué d'une langue, d'un système de parenté, d'un corpus de techniques et de manières de faire, la parure, la cuisine, les arts, les techniques de soins, les techniques de maternage, etc. Tous ces éléments épars sont structurés de manière cohérente par des représentations. Ces représentations culturelles sont des interfaces entre le dedans et le dehors, elles sont le résultat de l'appropriation par les individus de systèmes de pensée d'origine culturelle. Elles permettent l'expérience

subjective. Le sujet incorpore ces représentations et, il les travaille à partir de ses propres mouvements, ses conflits internes et ses traits de personnalité. »

Les cultures ont en commun le fait de «*déconnecter des espaces et de les reconnecter*» (Serres M, 1977, p.31). La culture met également en place tout un réseau de maillage, de connections collectives et individuelles. Le monde est alors lisible, grâce aux grilles d'interprétations que la culture met à la disposition des individus.

Certains auteurs comme G. Devereux disent que la culture et l'esprit humain sont co-émergents, c'est-à-dire qu'ils se présupposent réciproquement (Devereux G, 1970, p. 371).

Que fait la culture ? La culture structure les individus, comment le fait-elle? Elle le fait par l'intermédiaire de patterns culturels, par exemple pour MR. Moro (1998), dans chaque culture il y a des «manières d'être normal», des manières d'être «anormal», d'être sain, d'être malade et de souffrir de folie. Ces patterns sont des logiques culturelles qui sont transmises à l'enfant dès sa naissance et même avant, logiques culturelles transmises par la mère et le groupe d'appartenance. On retrouve ces logiques à travers les soins donnés, le langage, les interdits, la permissibilité, les habitudes de la mère pendant sa grossesse c'est-à-dire son alimentation, ses activités physiques, ce qu'elle entreprend, on parle ici de processus d'enculturation, ce terme a été utilisé par M. Mead (1930) dans ses travaux.

Cette enculturation s'ancre et vit en nous, c'est ainsi que l'on peut dire que la culture est à la fois un cadre externe mais également un cadre intériorisé, cette approche est celle de T. Nathan (1986).

Quel est le rôle de la culture ? Son rôle est de nous humaniser, dans le sens de devenir humain, en nous introduisant dans le rapport à l'autre mais aussi à nous-même. En ce sens c'est donc un système ouvert et instable qui présente

des invariants, un système logique qui produit du sens et donc nous permet de sortir du « chaos de l'obscurité ».

La clinique transculturelle de l'enfant se nourrit également de la psychanalyse. Nous verrons ici quelques approches psychanalytiques à travers l'étude des auteurs qui pour moi sont fondamentaux.

I-I-2. Apport de la psychanalyse.

La spécificité de la psychanalyse est de décrire les mouvements psychiques conscients et inconscients des individus, elle explique ces mouvements mais également elle agit sur les symptômes. (Moro MR., 1998 p.26)

Cependant, les études sur les enfants n'ont pas été l'objet premier de la psychanalyse, en effet, c'est à partir de cas d'adultes que S. Freud «expliquait» en grande partie l'enfant. Dans les années 1970, l'intérêt pour l'observation directe du bébé et du jeune enfant et la connaissance sur les interactions précoces mère-bébé se sont développés avec des auteurs tels que Brazelton, Lebovici, Stern, Mazet, Stoleru, etc...Ces derniers travaux ont cependant pour base certaines hypothèses freudiennes, comme «la théorie du narcissisme primaire» ou «la détresse initiale du bébé». (Ibid., p.27)

Ainsi, pour S. Freud, initialement le bébé est dans un état de détresse, il est alors dans une situation de dépendance absolue par rapport aux soins maternels, ces soins sont discontinus et du fait de cette discontinuité, le bébé va «halluciner» l'objet de satisfaction de ses besoins. Pour S. Freud (1916-1917), le bébé construira alors progressivement la relation d'objet en étayant le désir de l'objet sur la satisfaction des besoins physiologiques.

A. Freud, contrairement à son père, base ses théories du développement de l'enfant sur des observations directes de l'enfant dans son milieu et sur les cures psychanalytiques qu'elle entreprend. Elle explique les «ratés» du

développement de l'enfant à la fois comme résultant de troubles intrinsèques et de troubles au niveau des interactions de l'enfant avec l'environnement.

D'autres auteurs, tel que D. Winnicott (1935-1963), mettent l'accent sur l'aspect indissociable du bébé et des soins maternels. D. Winnicott parle de *holding*, la mère tient l'enfant, elle le contient, elle le maintient. Il parle de *handling*, la mère donne les soins, manipule le bébé, il parle de *object presenting*, c'est-à-dire qu'à travers sa mère, l'enfant a accès aux objets simples tout d'abord, puis de plus en plus complexes. L'enfant, de plus, forme une *dyade* avec sa mère, à l'intérieur de cette *dyade* se dégage progressivement une aire transitionnelle, un espace psychique propre à l'enfant va prendre forme.

M. Mahler (1968) développe la théorie de la séparation/individuation, pour expliquer la constitution de l'autonomie de la vie psychique du bébé. Elle explique que ce processus est gouverné par deux lignes de développement, l'une qui va aboutir à la séparation, par la formation des limites et le détachement d'avec la mère, l'autre va aboutir à l'individuation et va rendre compte de l'évolution des fonctions autonomes à savoir : la perception, la mémoire, les capacités cognitives.

R. Spitz, lui, va décrire la constitution de la relation objectale à partir de trois organisateurs, le sourire au visage humain, ce sourire est la première réponse qui soit intentionnelle et dirigée, donc la première que l'on puisse considérer comme sociale. La réponse par le sourire indique également un début de différenciation entre le dedans et le dehors et la formation d'un Moi rudimentaire. Le deuxième organisateur c'est la peur du visage de l'étranger, c'est une réaction de crainte et de rejet à la vue d'une personne étrangère en l'absence de la mère, c'est une angoisse de perte d'objet. La mère est alors, devenue objet libidinal, objet privilégié dans le vecteur visuel mais aussi affectif. Le troisième organisateur est le non.

Les échanges entre la mère et l'enfant constituent un processus circulaire, il parle également de dyade, dans la dyade R. Spitz met en évidence le rôle de la communication affective et du désir bien avant que la mère ne soit reconnue, ce que S. Lébovici a résumé par la formule célèbre, «la mère est investie avant que d'être perçue».

M. Klein part de la théorie des pulsions de S. Freud, elle donne peu de place à l'environnement en ce qui concerne le développement de l'enfant, elle rend compte dans sa théorie du premier développement en terme de conflit inné des pulsions de vie et des pulsions de mort, de l'angoisse qui en découle et des mécanismes mis en place pour s'en protéger. Elle s'intéresse à la vie fantasmatique de l'enfant, elle pense qu'il existe dès la naissance un Moi primitif et la coexistence de conflits entre la pulsion de mort et les pulsions libidinales d'amour. Le Moi faible du bébé gère l'angoisse suscitée par ce conflit. Pour elle, deux sortes d'angoisse vont se manifester durant les premiers mois de la vie du bébé, elle parle de l'angoisse de persécution et de l'angoisse dépressive, elle précise qu'à ces deux types d'angoisse correspondent la position schizo-paranoïde et la position dépressive.

Ces approches ont formé ce que l'on a appelé «le bébé psychanalytique»², elles ont été en partie en contradiction avec l'approche éthologique qui est basée elle, sur l'observation directe des comportements animaux et humains dans leur milieu.

I-I-3. L'apport de l'éthologie.

Cet apport est très important, avec la théorie de l'attachement primaire, développé par J. Bowlby (1969). Cette théorie s'écarte de celle des pulsions et démontre que le besoin d'attachement est un besoin primaire qui se développe indépendamment des besoins alimentaires, comme a pu le développer R. Spitz.

² Terme employé par Moro MR. Op. cit., p. 29

La théorie «du contrôle du comportement instinctif d'attachement», dérivée à la fois de l'éthologie et de la cybernétique, postule que le lien d'attachement mère-enfant, qui se crée lors de la première année, est le produit de comportements instinctifs, qui ont pour but le maintien et l'accroissement de la proximité à la mère, en fait il s'agit ici de la survie de l'espèce.

J. Bowlby nomme ces comportements comme étant la succion, l'étreinte, l'action de suivre, notamment pour le bébé humain il s'agit de suivre du regard, les pleurs et le sourire. Ces comportements d'attachement vont se développer, par des processus d'apprentissage, le principal agent de renforcement est alors la manière dont le partenaire répond aux avances sociales de l'enfant et non le besoin de nourriture comme a pu le développer R. Spitz. Pour cette théorie, donc, dans la formation du lien mère-enfant, le facteur le plus important n'est pas la nourriture, contrairement à l'apport psychanalytique, mais le contact physique.

De plus, la qualité de l'attachement mère-bébé va dépendre d'une dimension sécurisante ou non, cette dimension sera développée par les travaux de M. Ainsworth (1979). M. Ainsworth va observer des couples mères-enfants chez eux pendant les six premiers mois de vie extra utérine, puis après un an, elle les place dans une «situation bizarre», elle observe alors une autre dimension qui complète l'approche initiale de J. Bowlby, les mères sensibles et attentionnées avaient des enfants montrant un attachement assuré. Les mères inattentives et froides avaient souvent des enfants dont l'attachement n'était pas assuré. La théorie de l'attachement reste fondamentale pour le développement du bébé.

I-I-4. La clinique transculturelle

G. Devereux est l'un des précurseurs de la clinique transculturelle, il est le fondateur de l'ethnopsychanalyse. Il a été influencé par les travaux de M. Mead. Pour G. Devereux, l'ethnopsychiatrie repose sur deux principes, l'universalité psychique et la culture d'appartenance. Selon le principe de l'universalité psychique, tous les êtres humains tendent vers l'universel, leur fonctionnement psychique est le même quelles que soient les cultures, c'est le fonctionnement psychique qui définit l'homme. G. Devereux précise qu'il faut donc donner le même statut aux productions psychiques et culturelles de tous les êtres humains, cependant, il s'agit ici d'une universalité de fonctionnement. Le deuxième principe est fondé sur le fait que l'universalité psychique ne suffit pas, car l'être humain tend également vers le particulier de sa culture d'appartenance. Cette culture est une sorte de codage qui s'inscrit dans la langue, dans le corps, c'est en fait, une manière de lire le monde à travers le processus d'enculturation transmis, la maladie d'ailleurs n'échappe pas à ce codage culturel.

L'ethnopsychiatrie développée par cet auteur est dite complémentariste, ici le champ de la psychanalyse et celui de l'anthropologie se coordonnent. Cette approche nécessite alors, un double discours qui ne peut se tenir simultanément, mais, ces deux discours sont obligatoires.

Le complémentarisme est une généralisation méthodologique et non une théorie, car il n'exclut aucune méthode, il coordonne (Devereux. G., 1972 p. 27) Comme je l'ai précisé auparavant, le fait brut n'appartient ni à l'une des approches ni à l'autre, c'est dans l'explication apportée que le fait brut se transforme en donnée relevant de l'une ou l'autre de ces approches, ou sciences.

L'application du complémentarisme en clinique reste plus ardue, car le thérapeute constamment doit être attentif à ne pas confondre les deux niveaux, le niveau culturel et le niveau individuel, il se doit d'être attentif aux interactions de ces deux niveaux.

Le dispositif technique utilisé reste cependant celui de la psychanalyse, G. Devereux parle alors de trois sortes de thérapies, la thérapie intraculturelle, la thérapie interculturelle et la thérapie métaculturelle, il les décrit ainsi :

« - Intraculturelle : le thérapeute et le patient appartiennent à la même culture, mais le thérapeute tient compte des dimensions socioculturelles, aussi bien des troubles de son patient que du déroulement de la thérapie.

- Interculturelle : bien que le patient et le thérapeute n'appartiennent pas à la même culture, le thérapeute connaît bien la culture de l'ethnie du patient et l'utilise comme levier thérapeutique...

- Métaculturelle : le thérapeute et le patient appartiennent à deux cultures différentes. Le thérapeute ne connaît pas la culture de l'ethnie du patient, il comprend en revanche parfaitement le concept de «culture» et l'utilise dans l'établissement du diagnostic et dans la conduite du traitement». (Devereux G., 1970, p 27).

Dans les pays anglo-saxons on utilise les termes de cross-cultural psychiatry pour parler de l'interculturelle et de transcultural psychiatry ou psychiatrie transculturelle pour rejoindre le terme de métaculturelle. Pour G. Devereux le terme métaculturel ne se fonde pas sur une connaissance des milieux culturels du patient ou du thérapeute mais plutôt sur une connaissance de la variabilité de la culture.

Il est à noter que l'enfant tient peu de place dans les travaux de G. Devereux, citons quelques études qui concernent la problématique de l'enfant : «A study of absorption in Primitive societies» en 1955, en 1965 le texte «la voix des enfants : de quelques obstacles psychoculturels à la communication thérapeutique», qui traite de la difficulté pour l'adulte de comprendre l'enfant pour lui-même, et puis surtout le texte de 1968 : «l'image de l'enfant dans deux tribus, Mohave et Sedang».

A travers ces analyses, G. Devereux va démontrer que l'image que la société se fait de l'enfant va avoir une influence sur la pensée psychologique générale, cette image forte, jouera également sur les modalités du développement de l'enfant.

G. Devereux a également contribué à l'analyse du lien, de la relation parent-enfant, il a cherché à identifier les fantasmes qui infiltraient ces liens. Pour G. Devereux, l'image que l'on se fait de l'enfant dépend de la culture dans laquelle on vit, de plus cette représentation que l'on a de l'enfant est bien antérieure à la naissance de l'enfant. (Ibid.,1989,109-20).

Pour G. Devereux, le dispositif technique reste celui de la psychanalyse, il aménage cependant le cadre en utilisant ce qu'il nomme des « leviers culturels ». Ainsi, dans la «thérapie d'un indien des plaines»³, il utilise deux leviers de la culture Wolf, le premier, est la signification culturelle du rêve, le second, le «fait d'identifier son thérapeute à l'esprit gardien Wolf»⁴, ces leviers culturels ont pour but de faciliter les «insights», mais ces leviers culturels ne sont pas des fins en soi, car «le trait le plus fondamental de la personnalité est son appartenance à la condition humaine» réaffirme-t-il (G. Devereux 1969 p. 10).

Il est important de préciser ici, que, pour G. Devereux, le cadre reste la psychanalyse freudienne classique, il utilise les leviers culturels comme matériel thérapeutique, il n'y a pas ici, de dispositif spécifique pour le patient, cependant, on peut dire, qu'il considère le matériel culturel de façon innovante. Cette approche reste nuancée et complexe, selon G. Devereux le passage par la culture permet l'accès à l'universel présent en chacun de nous, universel incarné dans le particulier comme le précise MR. Moro.

G. Devereux va cependant démontrer l'impact de la culture dans le développement de l'enfant ainsi que les fantasmes parentaux projetés. Il

³ Ibid., p. 15

développe son analyse en mettant en valeur deux dimensions, le premier niveau de réalité correspond à celui du réel et du fantasmatique, le second niveau est celui de l'humanisation et de l'ethnisation. Dans le premier niveau, réel et fantasmatique se présupposent réciproquement, pour lui le réel relève du comportement infantin en lien avec un développement biologique immature et une psyché non encore achevée, il oppose alors un comportement infantin à un comportement puéril, ce dernier relevant des stéréotypes négatifs déposés par l'adulte dans l'enfant. Ces stéréotypes correspondent aux représentations ontologiques. Le second niveau (il n'y a pas ici de hiérarchisation), humanisation / ethnisation, concerne l'acquisition de la culture et la « fabrication » d'un enfant de telle ou telle culture, en effet l'humanisation désigne l'acquisition de la culture en soi, l'enfant devient humain, la culture le façonne alors, ou le « fabrique », comme être humain ethnique, si j'ose ce terme ici, par exemple en en faisant un petit Martiniquais.

I-I-5. Contenant culturel, enveloppe culturelle et objets actifs.

Elève de G. Devereux, T. Nathan va créer une rupture épistémologique dans la théorie de son maître, avec deux nouveaux concepts, celui d'une part de contenant culturel et, d'autre part, celui d'enveloppe culturelle, consécutifs aux travaux de D. Anzieu (1985) sur le Moi-Peau. T. Nathan travaille notamment sur le traumatisme migratoire et ses conséquences psychiques. Sa théorisation donne une place importante également aux systèmes thérapeutiques non occidentaux, il insiste alors sur la notion d'objet, d'univers multiple, d'interrogation de l'invisible.

T. Nathan considère qu'il existe une infinité de systèmes thérapeutiques efficaces qui ne sont « *pas réductibles au système occidental, mais qui sont conceptuels et non de vaines croyances.* » (T. Nathan, 1999, p 105). Pour ce chercheur, la pensée des guérisseurs réside dans leur pratique et non dans leurs théories, il n'y a pas d'ailleurs de théories précises, mais, plutôt, un « melting-pot » de références religieuses.

En Martinique, j'ai pu, à travers les recherches, constater que les références sont multiples, issues de conceptions provenant de la France, de l'Afrique, de l'Inde et des peuples qui ont peuplé la Caraïbe, c'est-à-dire les Arawaks et les Caraïbes. L'analyse des techniques thérapeutiques traditionnelles montre que la parole est un acte, cet acte répète des processus formels «*qu'un bon guérisseur s'emploie à manipuler sur le corps même du malade, sur sa famille, sur des objets*»⁵, ceci afin d'en obtenir ce que T. Nathan appelle des modifications psychiques.

Pour ces thérapies traditionnelles, il s'agit non pas d'expliquer mais de déclencher des mécanismes, ici il ne s'agit ni de leurre ni de suggestion, ni de placebo mais de techniques d'influences efficaces et sérieuses selon l'auteur. Les thérapies traditionnelles font de plus appel à des processus, selon T. Nathan, d'inversions spatiale et rythmique. Ces mécanismes qui possèdent des fonctions thérapeutiques, entrent en résonance avec les mécanismes d'inversion décrits notamment par S. Freud, comme par exemple le renversement en son contraire, c'est-à-dire, retournement d'une pulsion de l'activité à la passivité, renversement du contenu et retournement de la personne.

Cependant, avec cette approche théorique, T. Nathan critique les écoles psychanalytiques, tout en s'y référant parfois et même souvent, il cherche à réhabiliter surtout les logiques traditionnelles.

Ces logiques traditionnelles qui s'expriment à travers les thérapies traditionnelles font intervenir le langage, les images et les objets qui sont réels. L'auteur analyse que dans les sociétés à univers multiples, les sociétés traditionnelles, les médicaments sont des objets actifs, qui détiennent une efficacité réelle, ces objets peuvent être des prières, des amulettes, des sacrifices, ces médicaments ont donc pour but de «*disjoncter le système de la personne*» (Ibid., p. 90), selon le grand principe de l'attribution d'une intentionnalité à l'invisible.

⁵ Nathan T., 1999, p. 62

C'est un principe technique destiné à engendrer des actions. Ce principe est avant toute chose un outil et son application va déclencher des séquences qui vont associer quatre éléments, qui sont le constat, le postulat, l'explication et, la prescription.

« ...Le constat du désordre qui est l'accueil de la plainte, le postulat de l'intention de l'invisible : c'est l'existence du devin, l'explication de cette intention : c'est l'interrogation divinatoire avec des objets et enfin le quatrième élément est la prescription du devin. » (Nathan T., 1999, p. 63).

Ces objets, dits actifs, possèdent les caractéristiques suivantes : ils sont construits de multiples éléments hétérogènes, on y retrouve des éléments humains, mais également des parties provenant d'animaux, de végétaux. Ces objets possèdent une enveloppe, un noyau, seul la personne initiée, peut déconstruire, démonter ces objets actifs, ainsi le *doktè fey*, selon moi, très minutieusement peut en annuler l'effet et par conséquent les « défaire ».

Ces objets sont des protections contre les forces invisibles négatives. En Martinique, le mot protection est très peu utilisé pour nommer ces objets. On parlera de « Gad kò ». Ces « Gad kò » possèdent surtout énormément de caractéristiques techniques, notamment, ils sont vivants de par leur contenu et les prières faites, ils sont actifs indépendamment de leur destinataire et de leur fabricant. Leur mode d'emploi est codifié, le décodage se trouve chez le *doktè fey*, toute la pensée du guérisseur est contenue dans l'objet même, enfin leur fabrication et leur mode d'emploi sont secrets, transmis à la suite d'une longue initiation.

T. Nathan analyse dans son approche théorique et pratique que ces objets sont une intrication de concepts et c'est de là qu'ils tiennent leur efficacité réelle. L'auteur ajoute :

*«Il s'agit de techniques articulées autour de véritables pensées complexes, subtiles et surtout socialement fécondes ; je veux dire : dont la fabrication est de produire des intrications profondes de lien entre les personnes».*⁶

T. Nathan fait un rapprochement avec la psychanalyse, bien que les deux techniques soient très éloignées, en effet, la psychanalyse travaille à partir de contenus verbaux, tandis que les thérapies traditionnelles, elles, cherchent à modifier les contenants par des procédures qui vont donc privilégier les objets et non le discours. Les thérapies traditionnelles n'accompagnent pas le malade dans ses élaborations internes, mais lui imposent de nouveaux contenants formels ce qui déclenche un processus associatif qui devient thérapeutique. Ces objets ne sont pas des fétiches mais des investigations des processus psychiques, ce sont des «opérateurs de transfert», selon l'auteur.

La psychanalyse est un «procédé» et une «méthode» de traitement des névroses, en tant que telle, elle vise la modification de l'autre, elle est néanmoins pour T. Nathan comparable aux autres techniques d'influences, dont celle des thérapies traditionnelles, il met quelque part les deux techniques sur le même plan, il précise son propos ainsi, dans le dispositif psychanalytique, une inférence analogique s'est glissée. Elle impose un raisonnement analogique en acte, le transfert est induit, jamais spontané et l'émoi transférentiel est produit par un dispositif comparable à l'objet actif des thérapies traditionnelles. Pourquoi ? Parce qu'il initie une matrice de comparaison qui est nouvelle. Ce mécanisme logique a deux fonctions, l'une de médiation, l'autre thérapeutique.

Dans le modèle de la consultation d'ethnopsychanalyse initié par T. Nathan, on retrouvera un dispositif spatial certes, mais bien différent de celui de la cure psychanalytique qui est caractérisé par le divan, par les conceptions sur la

⁶ Op.cit. p. 95

folie, folie considérée comme une maladie et qui réside dans le sujet, sa psyché, sa biologie, son histoire, son éducation.

Dans le dispositif d'ethnopsychanalyse, le «patient» se retrouve avec sa famille, entouré de co-thérapeutes qui sont des médiations vivantes, d'origines culturelles diverses maniant les langues et les systèmes d'interprétation traditionnelle.

C'est un dispositif groupal, qui diffère de la psychanalyse, notamment dans le déroulement des séances. En effet, si en psychanalyse la séance est centrée *sur* le discours du patient, en ethnopsychanalyse, elle s'organise *autour*⁷ du discours du patient. Dans le dispositif spécifique mis en place par T. Nathan et repris par d'autres, avec quelques nuances, le patient parle sa langue maternelle tout à fait librement, s'il le désire, il n'y a pas ici d'obligation.

Concernant l'inférence analogique, ici le déroulement technique de la séance est redondant avec le dispositif spatial, le patient sort de son isolement considéré comme pathologique selon T. Nathan, il est réintroduit dans un processus de médiation avec d'autres humains, chacun étant situé dans son cercle culturel selon l'auteur. Dans ce dispositif, sont maniées les logiques culturelles d'origine du patient, inférées par le groupe pluriethnique des co-thérapeutes.

Dans les sociétés à univers multiples dont parle T. Nathan, la folie est conçue comme la conséquence d'une possession par un esprit qui s'est emparé du patient. On fait alors appel au thérapeute guérisseur, celui qui possède le savoir initiatique. C'est alors que le désordre sert au groupe tout entier, car, il lui sert à s'informer sur ses invisibles. Le désordre c'est un signe, c'est aussi un appel, je peux dire que, le *doktè fey* a recours à la divination, aux invocations qui lui permettent de faire découvrir au malade ses appartenances et de lui attribuer un groupe, alors que le médecin, issu d'un univers unique, a recours au

⁷ Souligné par moi

diagnostic, le malade se trouvera alors, coupé de ses univers et de ses affiliations.

Ces objets actifs, dont parle l'auteur, déclenchent trois types de processus, un processus d'analogie, un processus de médiation, et un processus d'inversion. L'analogie, c'est un raisonnement, un mouvement intérieur de la pensée qui est déclenché et non constaté. De plus, l'analogie est induite par le dispositif et reprise par les propositions du thérapeute. La médiation, est incarnée par le guérisseur et l'inversion entraîne le malade à inverser la logique pathologique. Toujours selon T. Nathan, le thérapeute va organiser sa topique imaginaire avec la théorie des démons. Il part alors d'une absence de contenu et, utilise un leurre, la théorie des démons. Celle-ci déclenche un « opérateur thérapeutique » qui s'impose au malade. Ces opérateurs thérapeutiques sont contagieux et peuvent agir de proche en proche. Ils agissent comme des contraintes sur le malade.

Les opérateurs thérapeutiques sont toujours mis en acte dans des univers techniquement manipulables et l'auteur d'ajouter :

«Ils tendent à déclencher des processus non explicables -tel que le raisonnement analogique- qui poursuivent leurs effets longtemps après l'induction première et cela même en l'absence du thérapeute.» (Nathan T., 1994, p. 151).

T. Nathan considère alors la culture comme un système clos, système qui demande de se reconstituer une clôture pour se restructurer psychiquement. Cette théorie de la clôture s'oppose aux théories des anthropologues comme C. Levi-Strauss, ou J.L. Amselle, (1990) qui considèrent l'ethnie comme une construction ouverte et mouvante.

Le guérisseur interroge l'invisible, T. Nathan va opposer dans ses nombreux ouvrages, la médecine occidentale qu'il nomme médecine « d'experts » et la « médecine » traditionnelle.

Lorsqu'on interroge le visible dit l'auteur, on obtient toujours une médecine d'experts, ce qu'on appelle médecins experts, ce sont ceux qui se constituent en groupes cohérents et partagent une même théorie.

Interroger l'invisible, c'est donner une nouvelle affiliation au malade, le docteur traditionnel sera alors désigné par ses malades et non par ses pairs. Les techniques sont bien entendu différentes, car lorsque l'on interroge l'invisible on procède par la divination, cette divination se situe en effet toujours dans les «substances aux formes indécises»⁸, comme l'eau, le sable, le ciel, le sang des animaux etc... Cette divination a pour but d'instaurer de l'invisible. Ces êtres invisibles sont des entités, bien entendu surnaturelles, ce sont les divinités des ethnies par exemple ou les esprits. L'appel à ces invisibles présente l'avantage thérapeutique de sauvegarder les compétences du thérapeute, il est courant de penser, si «ça ne marche pas» c'est à cause de la volonté de l'invisible. En fait, quelle que soit la gravité du désordre, il s'agit toujours d'identifier l'intention de l'invisible, dans les sociétés à univers multiples.

Les premières prises en charge cliniques sont issues des travaux de l'équipe de H. Collomb (1974) en Afrique, études sur l'enfant, prémisse de l'ethnopsychiatrie. Il y eut d'abord les travaux sur le Kwashiorkor, les travaux sur les relations mère/enfant, déroulés dans le texte suivant, *l'enfant qui part et qui revient ou la mort du même enfant*⁹ (*ibid.*). Puis les travaux de J. Rabin (1979) et A. Zemleni A. (1985). Avec ces travaux les symptômes de l'enfant s'inscrivent dans les représentations culturelles familiales en ce qui concerne la psychopathologie.

H. Stork a mené une recherche sur les relations mère-enfant en Inde du sud, elle part du postulat suivant :

⁸ Op. cit. p. 68

⁹ tjid : d a paxer.

« Les conceptions que les adultes d'une société donnée se font du développement et de la santé du jeune enfant influent sur leur comportement et sur le type de soins qu'ils donnent à celui-ci. Les styles d'interactions ainsi déterminés, entre les adultes et les jeunes enfants, influent sur leur développement et leur socialisation. » (1986, P.14).

Elle s'adosse sur les travaux de M. Mead, qui a mené un travail de recherche à Samoa, elle insiste pour la préservation du patrimoine culturel. M. Mead est, le fondateur de la psychologie transculturelle moderne, elle montre comment la culture « fabrique » un individu dès son plus jeune âge. Elle a également bouleversé la méthodologie de la recherche, en utilisant la photographie, ainsi que le film comme instruments de recherche, grâce à cet outil, elle innove par la technique de la micro-analyse de l'interaction mère-enfant.

H. Stork, insiste sur l'importance de prendre en compte la dimension culturelle en ce qui concerne la santé et le développement du bébé. Elle travaille dans une optique de prévention, à la fois primaire et secondaire. La prévention primaire concerne l'amélioration du milieu de vie de l'enfant avant même l'apparition des troubles. La prévention secondaire concerne le traitement des troubles avant « que la personnalité ne se structure sur un mode pathologique » (Ibid., p.38).

H. Stork énonce un certain nombre de points importants à toute recherche en psychologie transculturelle. Elle insiste sur le fait, pour le chercheur, de bien connaître la langue, l'histoire et les coutumes des sociétés étudiées. Elle insiste également sur la rigueur au niveau de la méthodologie. Pour ce faire, l'attitude intérieure du chercheur est primordiale, le chercheur doit se débarrasser de tout jugement de valeur, de toute critique, de tout préjugé sur les coutumes des sociétés étudiées. Il doit donc avoir une attitude décentrée.

Avec ses travaux l'auteure met l'accent sur la dimension posturale et gestuelle à l'intérieur de la dyade mère-enfant, elle insiste particulièrement sur le respect des valeurs des sociétés observées.

I-I-6. Théories antillaises sur l'invisible.

I-I-6-a. L'imaginaire du pacte.

Avant même d'aborder cet aspect des choses, faisons un détour par la psychiatrie coloniale.

La psychiatrie coloniale est liée aux travaux de Lévy-Bruhl en Nouvelle-Calédonie et à ceux du missionnaire Maurice Leenhardt, ces auteurs, étudient le fonctionnement psychique du *primitif*¹⁰, travaux qui ont été vivement critiqués par C. Lévi-Strauss. Ces deux auteurs développent les analogies entre enfant primitif et névrosé, ils font référence aux conceptualisations d'un fonctionnement psychique d'un primitif universel (JL. Amselle, 1990), avec les grands traits suivants, indifférenciation avec la nature, absence de conscience personnelle de sujet, ignorance de sa propre existence, mentalité caractérisée par l'impossibilité d'individuation de la personne. En fait, il y a une association incontournable à faire entre primitif/enfant/névrosé. Cette conception démontre la supériorité du psychisme du colonisateur sur celui du colonisé, c'est ce qui a légitimé « l'œuvre coloniale civilisatrice ». ¹¹

F. Fanon, fut l'un des plus virulents critiques de la psychiatrie coloniale et en particulier de celle de l'école d'Alger, il mit l'accent notamment sur le caractère raciste et paternaliste des théories véhiculées par ce mouvement.

Peu d'écrits existent en Martinique sur les thérapeutiques traditionnelles concernant l'enfant, par contre, les approches concernant les pathologies adultes sont abondantes.

F. Degoul (2000), dans ses travaux sur la maladie mentale chez l'adulte, parle du commerce diabolique et d'un imaginaire du pacte. Les individus pour obtenir la plupart du temps des richesses matérielles ou une bonne santé, font un

¹⁰ Souligné par moi

¹¹ Cité par Mouchenik Y., 2001.

«pacte avec le diable». Ce pacte est un engagement pour obtenir «un pouvoir». L'auteur émet l'hypothèse qu'il pourrait s'agir d'une représentation héritée d'un passé esclavagiste mais cet imaginaire rendrait compte également de situations contemporaines.

Pour F. Degoul, un certain nombre de lieux spécifiques hantent l'imaginaire ce sont : le bord de mer, la savane et les forêts, ce sont les lieux privilégiés où sont emmenés les enfants que l'on offre en échange de richesses données. Ces lieux sont non maîtrisés, les « bois », forêts habitées jadis par les nègres « mawon »¹² en révolte, la montagne Pelée volcan avec les éruptions imprévisibles, le bord de mer avec le débarquement des bateaux négriers.

Il décrit diverses sortes d'engagement, c'est-à-dire de rencontres avec l'invisible, qui se définissent par opposition à l'engagement avec Dieu. Ces engagements sont multiformes et sont adaptés en fonction des requêtes du contractant. Ils sont donc fonction de la nature et des vœux de l'engagé mais également fonction de l'importance et de l'ampleur de la contrepartie que le contractant espère du Diable.

Cet engagement selon l'auteur,

*«...s'effectue de deux façons différentes : soit que l'engagé choisisse de ne vendre que son âme, soit que celui-ci y adjoigne son corps en échange...dans le premier cas, c'est un engagement «simple», dans le deuxième cas...l'engagé ne sera pas retrouvé car le diable le fait disparaître après lui avoir préalablement commandé de le rejoindre. La personne est donc entre ses mains».*¹³

Dans l'imaginaire du pacte, le thème de la disparition est récurrent et notamment celui de la disparition d'enfant.

¹² Esclave en révolte

¹³ Ibid., p. 73

Un autre élément de cet imaginaire est le livre diabolique ou «vié liv», il est à l'univers du Mal ce que la bible est à l'univers du Bien. En fait, c'est comme s'il existait deux bibles dans la population martiniquaise, celle en référence à Satan et, celle en référence à Dieu. Dans le livre diabolique selon F. Degoul, on trouve des prières spécifiques. Sur ce livre l'imaginaire populaire tient le discours suivant : il se lit à l'envers, les pages se tournent toutes seules et dans l'obscurité, la rencontre avec le lecteur se fait à un carrefour, un « kat kwazé » (quatre croisées), lieu qui dans l'imaginaire antillais est associé à la présence de « quimbois », c'est-à-dire à la sorcellerie et de zombis, personnages de l'au-delà, lieu chargé de forces négatives où l'on rencontre des paquets ficelés, des morceaux d'animaux, des petits cercueils, ce livre est donc habité de forces diaboliques.

Pour l'imaginaire populaire, ce livre est par conséquent dangereux, il faut se méfier de certains mots pour celui qui n'a pas à pactiser avec le diable. Toujours selon l'imaginaire populaire, il doit être ouvert à une heure et à une date précises, sous peine de tomber dans la folie, il est puissant et sa puissance réside dans les mots, dans la capacité d'appeler et de mise en contact avec le diable. Ces «vié liv» provoquent un état d'imbécillité, de retard mental, chez celui qui ne le consulte pas convenablement ou sur les enfants. Il ne peut donc être utilisé que pour rentrer en contact avec le malin. Si le diable est dérangé pour d'autres raisons, il rend le lecteur fou. A l'origine, le manuscrit était en latin, fabriqué en France et commandé tout comme les livres de messe, il est maintenant traduit en français.

L'étiologie traditionnelle de la maladie mentale, des troubles du caractère et du comportement est en partie expliquée par la consultation non appropriée de ce « vié liv ». La bible donne une force à son lecteur par l'intermédiaire de Dieu, le diable par le «vié liv» aspire et détruit la force vitale et mentale. Cet imaginaire intervient surtout dans l'interprétation de la maladie mentale chez l'adulte et chez l'enfant. Cet imaginaire inscrit également le choix et/ou l'errance de recherche de soins chez les patients.

F. Degoul nous renseigne également sur les deux catégories de personnes qui sont vendues au diable, ce sont les adultes, s'ils acceptent de rendre service à un inconnu pour une somme d'argent c'est-à-dire apporter de l'argent d'un lieu à un autre, et les enfants. Il s'agit toujours d'un service de transfert de courrier, en fait l'enveloppe symbolise la richesse, je tiens à souligner ici que l'enveloppe, il me semble, renvoie au blés caché, car l'enveloppe selon mon analyse, est l'enveloppe corporelle de l'enfant, l'enveloppe de la relation mère/enfant, et enfin l'enveloppe sociétale qui est défaillante. C'est donc en partie de cet imaginaire que les techniques de protection de la femme enceinte et du bébé vont prendre place.

F. Degoul précise par contre :

*«...et en fin de compte c'est donc l'argent, mais cette fois-ci sous la forme signifiée, qui est l'élément diabolique et puissant donné comme le moyen de vendre quelqu'un après l'avoir acheté».*¹⁴

Les nouveau-nés sont la cible des engagés, c'est-à-dire ceux qui pactisent avec le diable, pour une meilleure condition de vie, une meilleure santé, une plus grande richesse, de bonnes relations. Cela induit, selon l'auteur, une obsession de la disparition, disparition imprévisible qui touche les hommes, les femmes et les enfants et, se solde par la volatilisation définitive de la victime.

I-I-6-b. Les indices de l'engagement.

Pour F. Degoul, les indices sont la richesse qui n'est pas le signe d'un travail mais d'un engagement d'autant plus si la personne est jeune et est devenue subitement riche, le comportement souvent incohérent, un décalage visible entre un investissement et un bénéfice, l'infortune, le malheur, la maladie mentale, les malheurs à répétition seront les signes venant confirmer le

¹⁴ Ibid., p. 105

commerce avec le diable. La famille surveille alors l'engagé et les moindres événements sont vécus, comme des manifestations d'une puissance diabolique qui se retourne contre son ancien bénéficiaire en touchant le « *domaine de celui-ci* »¹⁵. Ceci montre que l'engagé est devenu la cible de son maître.

Le dérangement mental est également un signe de comportement anormal, il témoigne de l'emprise des forces du Mal sur la personne, forces qui le poussent à l'isolement. C'est ici une représentation culturelle de la maladie mentale, la folie est interprétée par le biais de cet imaginaire comme le symptôme d'une affection née du contact avec l'invisible. Nous sommes encore dans l'imaginaire du pacte, attaque sorcière sur l'enfant alors que c'est le parent, la mère surtout, qui est visée.

I-I-6-c. L'univers du « quimbois ».

JF. Ozier-Lafontaine (1999), analyse un certain nombre de problèmes contemporains liés à la modernité des petites sociétés soumises aux effets de la mondialisation. Il parle non seulement de l'imaginaire du pacte mais également du rôle du « quimboiseur », qui est le guérisseur sorcier. Pour lui, l'univers du « quimboiseur » se décline sous trois registres, le registre de l'imaginaire, le registre du symbolique et le registre de la réalité.

Le registre de l'imaginaire est composé de croyances surnaturelles qui postulent l'existence d'esprits, de forces immatérielles.

Le registre symbolique est matérialisé par un décor composé d'éléments profanes et disparates. Le registre de la réalité comporte deux aspects de la pratique du « quimboiseur ».

Le « quimboiseur » est un homme « paré » c'est-à-dire que d'une part, il est sur ses gardes, soupçonneux face à ses confrères, d'autre part, il se positionne par rapport à la loi. Loi marquée par l'interdit, il se dit souvent magnétiseur, terme qui est mieux accepté par les autorités. Ces deux aspects entraînent une

¹⁵ Ibid., p.122

certaine méfiance vis-à-vis de ses clients, car il ne veut ni s'attirer les maléfices de ses confrères ni les griefs de la justice. Cette règle de la méfiance sera d'ailleurs intégrée dans le rituel du « quimboiseur ».

Concernant la personne qui consulte, l'auteur note :

*«...notre consultant, lui aussi vit une crise psychologique personnelle, qu'il s'efforce de comprendre à l'aide de sa grille d'interprétation magico-religieuse ; il consulte aussi parce qu'il a besoin d'une explication à ses troubles et à son malaise, qui lui enlève toute responsabilité personnelle».*¹⁶

Au niveau de sa technique, le « quimboiseur » va associer progressivement son discours interprétatif à celui de son patient, il lui permet ainsi d'enrichir la logique des interprétations préalables qui l'ont amené à consulter. Le « quimboiseur » valide le discours du consultant et, ainsi lui permet de s'inscrire dans le champ des explications magico-religieuses. Le consultant retrouve un peu de son identité mise à mal par les problèmes existentiels et psychologiques qui le touchent.

JF. Ozier-Lafontaine poursuit,

*«...par son savoir-faire langagier et par l'efficacité symbolique de ses mises en scène, le quimboiseur crée les conditions subjectives pour que le consultant accède par lui-même à une explication de la situation qui le paralyse et à choisir dans la liste qui lui est proposée «le remède le plus approprié à son mal».*¹⁷

Dans le discours populaire, se retrouvent de nombreuses références de sacrifices d'enfants. C'est une thématique très active dans la mythologie antillaise. Ces sacrifices sont demandés à telle ou telle personne. En fait, c'est le diable qui exige de ces êtres le don, d'un de leurs enfants ou d'un enfant du

¹⁶ Ibid., p. 123

¹⁷ Ibid., p. 125

voisinage, thème que l'on retrouvera d'ailleurs dans les chansons de carnaval, chantées jusqu'à aujourd'hui, telle que «*Diab là mendé an ti manman'y*», le diable réclame un enfant.

Des éléments du corps de l'enfant sont recherchés, l'auteur poursuit :

*«...c'est par exemple le cas de marraines et de parrains, qui lors de cérémonies de baptême, glissent et gardent une pièce de monnaie au creux de la main supportant la tête du bébé. Par la suite, cette pièce de monnaie ne sera jamais mise en circulation. Ils la garderont dans la poche et la manipuleront au moment de transactions importantes ou de paris. Ils en font le sacrifice».*¹⁸

On recherche également l'urine de l'enfant fraîchement baptisé, il s'agit souvent d'un mécanisme de substitution symbolique qui remplace le sacrifice total de l'enfant par la manipulation sacrificielle d'un élément venant du corps vivant de l'enfant, presque toujours un élément à caractère sexuel. En fait, pour l'adepte de la magie, le sacrifice signifie l'abandon de quelque chose de lui-même qu'il considère de grande valeur.

I-I-6- d. Le discours sur la maladie.

D. Joseph-Ducosson (1991), constate que les enfants qui sont reçus dans les services médico-sociaux, sont pris dans deux réseaux de soin, dans deux conceptions de la maladie, les conceptions portées par la médecine traditionnelle qui considère que la maladie relève de la magie et celles véhiculées par la médecine moderne ou classique.

Elle pense qu'il est indispensable, pour le thérapeute de la médecine classique, d'avoir une connaissance approfondie du système magique afin de ne pas passer à côté ¹⁹ de ce qui est important dans la réalité psychique de la famille et de l'enfant, car les histoires d'esprits et de malédiction ont un rôle, elles

¹⁸ Ibid., p. 128

¹⁹ Souligné par nous

permettent d'accéder au «roman familial». De plus, il est important que le pédopsychiatre situe sa place de thérapeute dans le rapport avec les histoires magiques, de façon différente du *gadé-zafè*, du guérisseur, du *doktè fey* et, de la perception que les familles ont de la médecine moderne.

Pour l'auteure, les parents, pour la plupart, perçoivent la psychiatrie comme un mélange de quadrillage social et de réparation médicale. Ils ont recours de manière parallèle à l'espace de soin traditionnel et à l'espace de soin moderne, la présentation des troubles y étant faite différemment. Au psychiatre, les parents présentent les manques de l'enfant, ils diront que leur enfant ne parle pas, par exemple, au *gadé-zafè*, il est fait mention de production de l'esprit, ils diront «mon enfant voit des choses». Elle ajoute :

«...aussi le psychiatre ne peut faire l'économie d'une connaissance sérieuse des croyances et des traitements traditionnels magiques, car c'est à l'intérieur de ce matériel culturel que s'organise la manière de penser la maladie chez beaucoup de familles. Ce n'est pas notre appartenance au pays, le fait d'être «natif-natal» qui ouvre comme par miracle l'accès à ces choses-là,... le circuit traditionnel n'est pas bâti sur de longues déclarations, de longues conférences. Le gadédzafé «sait» très vite. La parole avancée ne peut servir de pont entre nos références étiologiques et celles de la famille ; cela ne peut se produire que si un silence, une intonation de voix, l'usage de certains termes nous interpellent suffisamment pour poser question».²⁰

Pour aisément entendre ce que les parents ont à dire, il est important, pense cette auteure, d'avoir une connaissance sur les esprits, le corps, la maladie mais également sur les étiologies sorcières. Cependant, toutes les maladies ne sont pas à mettre sur le même plan, certaines relèvent de la médecine et d'autres des croyances magiques. Les maladies peuvent être également, le signe d'un don et d'un pouvoir de guérison dans l'imaginaire populaire.

²⁰ Op.cit. p. 73

Le rapport entre le corps de l'enfant, dans les relations mère-enfant, et celui de la mère dans les histoires de transmission de malédiction, nous renseigne sur les difficultés de la séparation. Car en prenant sur lui, c'est-à-dire en tombant malade, en développant des troubles psychiques, l'enfant protège sa mère des effets de la malédiction. L'auteure rejoint ici la thèse développée par V. Rolle-Romana (1999), la mère est visée par le « quimbois » mais c'est l'enfant qui manifeste le mal.

En quoi la connaissance des histoires de « quimbois » peut-elle renseigner le travail thérapeutique médical ?

Le pédopsychiatre ne se transformera pas en doktè fey. Ce dernier donne par la parole une explication aux troubles en désignant le «yo», l'autre, responsable. Si le but pour le médecin classique est de favoriser le développement de l'enfant en tant que sujet alors il ne peut faire abstraction des croyances magiques sur l'explication de la maladie et des symptômes.

Aux Antilles, corps/esprit sont liés dans l'explication traditionnelle des troubles. Le pédopsychiatre doit se situer «*sur le terrain de la non-croyance à la réalité de la magie*». ²¹

Pour D. Joseph-Ducosson, c'est la seule position qui permette d'être à l'écoute de la souffrance du patient antillais, tout en prenant de la distance quant au discours de la magie. Cette distance permet de faire le travail de compréhension de sens dans le fonctionnement psychique de l'enfant.

Elle ajoutera que l'ethnopsychiatrie, la psychologie transculturelle, aux Antilles n'est pas un courant institutionnalisé mais elle attire et peut donner un nouvel élan dans la démarche identitaire.

G. Dorival (1999) va préciser que le thérapeute traditionnel intervient pour renouer de nouveaux liens parentaux et resserrer les relations intrafamiliales, cette action va garantir la sécurité de tous dans le groupe. Elle précise que ces thérapeutes proposent une interprétation qui ne prend pas en compte

²¹ Ibid., p. 78

l'observation clinique. C'est ainsi que, lorsque le praticien occidental diagnostiquera un état d'agitation avec propos incohérents, sensation d'être possédé, le thérapeute traditionnel évoquera lui une problématique d'ordre générationnel ou vertical, c'est-à-dire, en lien avec un ancêtre, un saint ou un esprit.

Elle ajoute :

«...l'étiologie des désordres ne peut être qu'en relation avec les diverses entités qui font partie en général des mythes d'origine d'une société ; ces personnages deviennent réalité pour organiser la logique des troubles de celui qui est touché. De ce fait, les techniques de soins dans les thérapies traditionnelles aux Antilles accordent une place prépondérante aux objets profanes et sacrés depuis 1635»²².

L'importance de l'utilisation de la langue créole en thérapie est notée chez cette auteure. Elle déclare que l'entretien en créole, langue du pays, permet l'accès aux systèmes de représentations culturelles, crée le lien entre médecin et patient. L'utilisation de la langue permet alors au patient d'accéder à ce qu'elle appelle : la «*vérité du désir*».

Pour G. Dorival, les psychiatres occidentaux et non occidentaux, interprètent les pathologies observées aux pays, selon des grilles déjà constituées et des nosographies classiques, ce qui est dommageable. Elle trouve néanmoins des liens communs, entre psychiatres et thérapeutes traditionnels, ces liens concernent le diagnostic, l'interprétation et la résolution du conflit. Du point de vue technique, elle va plus loin, en affirmant que la formation du praticien traditionnel peut être comparée à celle du psychanalyste occidental car les deux interprètent la culture et contribuent à la conforter chez l'individu. Il y aurait également une certaine analogie entre cure psychiatrique et thérapie traditionnelle, car les deux supposent une intériorité psychique, elle ne développe pas son propos plus avant. Elle ajoute par ailleurs :

²² Dorival, 1999, p. 70.

*« ...Cette conception que l'on peut envisager soit comme une métaphore culturelle (migration des âmes) soit comme un modèle théorique (inconscient) a pour mission de délimiter un dedans, un dehors et un sujet, condition indispensable au changement thérapeutique ».*²³

Les différences existent et sont importantes entre les deux thérapeutes, le psychiatre possède un savoir issu d'études alors que le thérapeute traditionnel est détenteur de codages culturels. Le psychiatre utilise la parole dans la cure. Le thérapeute se sert d'actes en images et d'objets actifs qui renvoient au mythe originel.

De plus, il est à souligner que, le *doktè fey* est habité par un savoir transmis de générations en générations et mis en acte très tôt, dans l'enfance ou l'adolescence.

Soigner un malade, c'est inscrire sa maladie dans une étiologie qui fait intervenir les interactions de l'entourage. La société a prévu, pour expliquer la maladie, des personnages particuliers, servant d'intermédiaires entre l'autre et l'entité en cause. Les techniques et méthodes thérapeutiques au pays sont multiples et diverses. G. Dorival donne le schéma suivant quant aux étiologies de la maladie mentale, ces étiologies qui exigent qu'un sens soit donné au symptôme. Une personne de l'entourage sera alors habilitée à le faire et, l'initié organisera des rituels spécifiques et thérapeutiques qui favoriseront la fermeture des agressions.

Pour G. Dorival, les ancêtres, le groupe social et la famille sont trois pôles qui définissent les éléments stables de la culture. Ainsi, le diagnostic de trouble mental dans ce contexte est un diagnostic de processus relationnel dynamique. La crise va préciser le sens du conflit entre le dedans et le dehors, les esprits ou les saints vont matérialiser la relation et le conflit avec les ancêtres, le *doktè*

²³ Op. Cit. p.16

fey matérialise le conflit de relation entre la famille et le « quimbois » avec le voisinage en général.

Pour G. Dorival, on ne peut se soustraire à la culture. A la base de tout désordre psychique existe la notion de conflit relationnel. A l'instar de T. Nathan, G. Dorival précise que la relation de sorcellerie traduit un syndrome d'influence qui est la manifestation d'une relation extérieure exercée à distance sur une personne et entraînant sa mort somato-psychique.

I-I-6-e. La psychopathologie antillaise.

C. Bougerol (1983), travaille sur la médecine populaire à la Guadeloupe, elle met l'accent sur l'importance des notions de chaud et de froid dans le discours sur la maladie aux Antilles.

La médecine populaire est imprégnée également des théories médicales coloniales françaises du XVIIème et des XVIIIème siècles, cependant le corps malade de l'esclave ne pouvait s'exprimer qu'à travers une médecine propre, celle du guérisseur africain et de ses thérapeutiques qui ont été l'une et l'autre mises hors la loi par le pouvoir en place.

L'interprétation de la pathologie, en termes de chaud et de froid n'est rien d'autre, selon l'auteure, qu'une représentation symbolique des tensions sociales et raciales passées et actuelles, elle précise son propos,

*« ...le discours qui repose sur un dualisme dissymétrique du chaud et du froid n'est qu'une expression de la réalité sociale antillaise d'hier et d'aujourd'hui, avec les maîtres blancs colonisateurs tout puissants face à la masse assujettie d'origine africaine ».*²⁴

²⁴ Ibid., p. 153.

Dans le dualisme chaud/froid, le chaud est associé à la vulnérabilité et à la faiblesse, le froid symbolise la force. Les guérisseurs s'opposent également, ainsi, pour l'auteure, il y aurait des sorciers dits du commun, qui relèveraient du chaud, de par leurs pouvoirs et leurs pratiques, et des sorciers plus forts, associés au froid, ces derniers sont des *Mentors*, image de force importante, tirant leurs pouvoirs du livre de magie venant de France, les *vié liv*, dont parle F. Degoul.

C. Bougerol fait une distinction au niveau des thérapeutes traditionnels, il y a les guérisseurs, les frotteurs, les sorciers, les « quimboiseurs » petits et grands. Elle définit le guérisseur comme possédant un don qui lui permet d'être en rapport avec les forces surnaturelles, il possède de plus des connaissances thérapeutiques qu'il applique à un vaste champ médical, il connaît la flore, la faune et compose des remèdes, il récite des prières, fait des invocations, travaille avec un saint patron qui lui est propre. Son savoir et ses pouvoirs lui sont révélés en grande partie lors de rêves. Il se revendique faire le bien.

Le frotteur n'utilise pas la prière, c'est un technicien qui est habile et peut remettre en place un membre défectueux, je note que cette fonction de frotteur n'existe pas en Martinique.

Sorcier et guérisseur peuvent être confondus, de manière populaire, le sorcier est en rapport avec les forces surnaturelles, il guérit la maladie envoyée par les autres sorciers, il traite donc la maladie surnaturelle telle que la maladie mentale, les délires persécutifs qui sont la manifestation d'un sort, d'un envoûtement ou d'une possession.

Le « quimboiseur » se définit comme un *majò*, en effet au niveau de son savoir et de ses pouvoirs, il est plus fort que le sorcier dans l'imaginaire populaire, il n'agit pas dans le secret et utilise la magie blanche, il envoie le mal et procède à des désenvoûtements, mais également à des envoûtements, son patron n'est pas un saint mais le diable. Il n'intervient pas dans le cas de maladie mais pour

aider la chance, la richesse chez ses clients qui ne sont pas des patients. C. Bougerol précise encore concernant le « quimboiseur » :

« Le quimboiseur se met au service d'un client qui le paie, il est en quelque sorte un mercenaire, ceci explique qu'il soit rarement accusé ou diffamé, sauf s'il règle ses propres affaires »²⁵.

La recherche et l'analyse de C. Bougerol portent également sur une élaboration rationnelle du préjugé de couleur dans la médecine populaire. Elle constate que de nos jours les choses se sont estompées, en apparence, car il n'en demeure pas moins qu'elle pense que la bipolarisation raciale et sociale :

« ...reste encore suffisamment marquée et présente dans les esprits pour servir d'étai à une théorie médicale qui, à la fois, établit une différence entre les acteurs de la société antillaise et symbolise leur conflit à travers l'interprétation qu'elle fournit de la maladie ».²⁶

C. Lesne (1990) démontre que les pratiques magico-religieuses sont profondément inscrites dans la conception antillaise du monde et dans la conception de la maladie, notamment dans la conception de la maladie mentale.

Les débuts de « l'ethnopsychiatrie antillaise », selon l'auteur, commencent dès 1856 avec les aliénistes Rufz et De Luppe qui vont décrire ce qu'ils observent, beaucoup plus d'ailleurs sur le plan quantitatif que qualitatif.

Ces auteurs notent à l'époque que les causes de la démence sont dues à l'insolation et aux brusques changements de température, ils se réfèrent à la notion de chaud et de froid, ce qui nous renvoie à la thèse développée par C. Bougerol. Selon mes analyses, en aucune manière Rufz et De Luppe, n'étaient leurs constatations par des chiffres. Ils restent en fait liés à la notion

²⁵ Op. cit. p. 52

²⁶ Op. cit. p. 137

de mentalité de sauvage proche de la démence, faite d'arriération intellectuelle, de passivité et d'indifférence.

Ces auteurs sont inscrits dans le mouvement de la psychiatrie coloniale, basé sur l'idée, d'une part, que le noir est inférieur constitutionnellement au blanc et, d'autre part, que le primitif est égal à enfant. Les grandes classifications nosographiques occidentales rendaient compte de la pathologie observée outremer en termes racistes, cette psychiatrie était gouvernée par l'idée d'infériorité biologique de la race noire.

D'ailleurs, les premiers travaux sur la pathologie mentale des Antillais parlent de *facteur ethnique* particulier aux délires des Martiniquais, sans répondre sur la nature exacte de ce facteur. Ces premiers travaux apportent d'ailleurs leur contribution aux théories centrales de l'anthropologie culturelle, en mettant en exergue, à l'origine de la pathologie mentale, la liberté sexuelle des hommes et des femmes, les unions libres qui créent une organisation familiale matriarcale avec absence du père, les croyances magiques, ainsi que l'alcoolisme. Tous ces facteurs favoriseraient la décompensation psychiatrique.

D'autres experts ont développé d'autres thèses, par la suite, notamment Guinard et Armeil cités par C. Lesne, ne posent pas les causes des pathologies en termes de race et d'infériorité, mais en termes économiques, sociaux et culturels. Ces facteurs sont alors déterminants pour la survenue des maladies mentales avec une large place faite aux causes psychologiques.

Pour la grande majorité de la population martiniquaise, les troubles mentaux sont des manifestations des phénomènes d'ordre surnaturel. Un certain nombre d'affections psychiques provient de la malédiction divine. D'autres maladies mentales proviennent de l'action d'un esprit, le plus souvent un mort, action qui est déclenchée par des pratiques de sorcellerie. C. Lesne parle ici de l'arriération mentale et des débilités intellectuelles. En fonction de la profondeur de l'atteinte, la débilité profonde résulterait d'un sort jeté pendant la grossesse

alors que la débilite légère viendrait d'une action de sorcellerie actuelle et accessible aux soins traditionnels. Les épilepsies sont également attribuées à la sorcellerie.

Les responsables de la folie sont les morts. Mais la folie peut aussi être la manière dont une instance surnaturelle attire l'attention du patient, afin de lui délivrer un message que le thérapeute traditionnel déchiffrera. Cependant, pense C Lesne, les maladies dues à l'action surnaturelle sont rebelles au traitement médico-social, et seuls les guérisseurs peuvent en venir à bout. L'auteur précise que faire appel au psychiatre, c'est lui demander de soigner le cerveau, il ajoute :

*« ...On dit au psychiatre que le malade « a mal à la tête », on lui demande des radiographies...on attend de lui qu'il utilise des moyens d'investigation scientifique propre à repérer la lésion organique et qu'il soigne cette lésion cérébrale ».*²⁷

En aucune manière, on ne demande au psychiatre de s'intéresser aux préoccupations du patient, à ses affaires intimes qui ont pu aboutir au sortilège. Le psychiatre n'a pas à en connaître l'existence d'ailleurs.

La médecine occidentale est perçue comme une médecine du corps, du cerveau, des nerfs. La vie affective leur reste cachée et secrète, elle est du domaine de l'imaginaire du pacte. Cependant, pour l'auteur, la conception populaire antillaise des troubles mentaux est en harmonie avec un certain nombre de schémas psychiatriques, ici G. Dorival rejoint cette thèse. C. Lesne précise :

« ...La moins remarquable de ces analogies n'est pas la conception du monde surnaturel comme un ensemble structuré de déterminismes occultes mais puissants, comparable à la théorie freudienne de l'inconscient, la première

²⁷ Op. cit. p. 84

*différence entre ces deux manières de se représenter l'inconnaissable est que la vision antillaise le situe non pas dans les profondeurs de l'individu lui-même mais dans le réseau (non moins obscur) d'interaction psychoaffective qui relie l'individu à autrui ».*²⁸

Selon les théories culturelles martiniquaises, les pulsions qui agitent le fou sont la résultante d'une force extérieure au malade, supérieure à lui, inaccessible, qui a emprise sur son corps et sa psyché.

*« ...Pendant ses crises, le fou est plus qu'aliéné, au sens où il cesserait de s'appartenir sous l'action du mouvement interne qui le dépasse. Il est possédé par une autorité qui lui est absolument étrangère, il ne peut donc être tenu pour responsable de ses idées et de ses actes. Il est en état de démence au sens que donne à ce terme le code pénal français ».*²⁹

C Lesne ne parle pas de thérapeute traditionnel mais de *gadé-zafè*, terme plus guadeloupéen que martiniquais selon moi. Pour C. Lesne, le diagnostic de ces *gadé-zafè* est divinatoire et ne repose pas sur l'étude des symptômes. Ces *gadé-zafè* s'intéressent plus aux causes et moins aux effets de la maladie. Ils font appel à la clairvoyance, « à l'omniscience de l'être surnaturel qui les possède dans la transe. » (*Ibid*), ils travaillent avec des saints et des bons morts, selon l'auteur, et entrent en communication avec eux dans un état de conscience proche du somnambulisme. Ils utilisent également des prières et font des invocations.

Pour C. Lesne, la transe de possession est la seule méthode divinatoire classique de la tradition antillaise, même si par ailleurs les *gadé-zafè* utilisent d'autres techniques comme les cartes, le magnétisme, les boules de cristal ou l'interprétation de la flamme de la bougie. Ils traitent aussi bien la maladie naturelle que la maladie surnaturelle, la folie, ils identifient les causes

²⁸ Op. cit. p. 85

²⁹ *Ibid.*, p. 86

traditionnelles des affections physiques et psychiques les plus redoutables et interprètent les rêves.

La thérapeutique, dans le cas de la maladie mentale, sera dictée par le saint ou le mort avec qui le guérisseur est entré en relation, je le précise de nouveau. Le traitement est alors un traitement indirect, les prescriptions seront alors soit des prières, soit des *parfumages*. Une des prescriptions est orientée vers la force de l'esprit du patient, ici le thérapeute va donner des prières, c'est l'appel à la protection divine, parfois la prescription conseillera le port de médailles et/ou de talismans qui ont été au préalable travaillés, appelés protection ou « gad kÒ », protections auxquelles on attribue des vertus préventives et curatives.

L'autre composante c'est le « parfumage », qui va contribuer à fortifier, le corps du patient, il s'agira alors des bains thérapeutiques et de *dité*, boissons, comme du thé de feuillages issus du jardin créole.

C. Lesne note également que le guérisseur est un personnage familier, connu de tous, qui n'agit pas dans le secret, ceci concerne plus la Guadeloupe, car en Martinique, les choses sont plus ambivalentes, en tout état de cause, le guérisseur est très respecté, intuitif, calme, sobre, se présentant comme un interlocuteur rassurant et convaincant. Sa personnalité fonde alors sa capacité thérapeutique, il attribue toujours son pouvoir à un don. Il est certes un personnage respecté, mais craint, car souvent il n'agit pas forcément au grand jour.

Pour C. Lesne, la thérapeutique traditionnelle comporte des analogies avec les psychothérapies occidentales, la relation soignant/soigné s'y joue dans deux registres, d'une part, lors de la transe du thérapeute se joue une expérience émotionnelle commune et intime qui rappelle, dit C. Lesne, la fusion entre la mère et le fœtus en psychiatrie, d'autre part, avant la transe, au moment des prières, des invocations et dans l'après transe, il y a une relation de grande

proximité qui rappelle en psychiatrie la relation anaclitique, le patient s'abandonne à l'influence d'une personne forte et rassurante. Le cadre thérapeutique rappelle alors ce qu'on appelle en psychothérapie, l'étayage. Cette dernière explication de C. Lesne est à mon sens peu convaincante, mais il est vrai que lors de mes enquêtes, je n'ai pas eu l'opportunité d'observer les guérisseurs en transe.

Bien sûr, ce cadre est différent poursuit l'auteur, mais il s'adresse à des individus profondément perturbés et il mobilise les mêmes émois. Le cadre traditionnel pour l'auteur, est adapté aux modèles antillais de la folie, où la présence d'un esprit sur soi, génère un processus régressif important.

L'auteur signale néanmoins des différences, notamment dans le fait que le psychiatre utilise les idées morbides produites par le patient comme point de départ, alors que le guérisseur ne se préoccupe pas de ce que dit le patient, son interprétation, selon C. Lesne, provient de ce que dit la famille qui accompagne le patient ou les récits rapportés par d'autres interlocuteurs de la communauté que connaît le thérapeute :

*« ...De la même manière qu'un médecin de campagne autrefois connaissait en profondeur la vie des villages où il exerçait... ».*³⁰

Le guérisseur met alors en valeur une situation interpersonnelle génératrice d'agressivité, l'interprétation traditionnelle met donc en lumière une anomalie dans la relation entre deux personnes ou groupe de personnes, dont le patient peut être le seul coupable.

La culpabilité étant toujours présente car le sort n'atteint que celui qui a déplu à Dieu ou transgressé ses interdits, ou encore négligé ses prescriptions ou même pactisé avec le diable.

Pour l'auteur, il y a de plus un clivage dans la thérapeutique traditionnelle entre interprétation et soutien, ce qui crée un dédoublement du thérapeute. Ce

³⁰ Op.cit. p. 103

dernier s'avère soit pratiquement inaccessible et très puissant pendant la transe, lorsqu'il rentre en relation avec le saint et que ce dernier prend sa place, soit, il devient proche du malade et chaleureux après la transe. Lesne précise qu' « *une telle dissociation des rôles est souvent utile* » dans la psychothérapie.

C. Lesne précise que les rites magiques se tiennent dans l'imaginaire et non dans la réalité. La connaissance magique résulte d'une saisie immédiate du monde, le thérapeute traditionnel en a une connaissance intuitive. La magie produite par la société nous ramènerait à notre enfance, nous plaçant dans une situation régressive, soumis à la contrainte spirituelle de certains êtres, qui, pense C. Lesne, évoque une puissance parentale et il ajoute :

*« Elle nous place dans une situation régressive ou nous sommes gouvernés d'en haut, soumis à la contrainte spirituelle de certains êtres, qui ne sont pas sans évoquer fortement ce qu'ont été nos parents ; la crainte que nous avons de ces puissants, mêlée de respect, nous inculque la soumission à certaines normes de conduite et de valeurs morales ».*³¹

Pour l'auteur, les croyances collectives à l'existence d'un monde surnaturel sont un cadre institutionnel de régression psycho-affective, fondée sur une expérience infantile, elles marquent un mouvement régressif faisant retomber la pensée à son niveau magique originel, faisant revivre l'animisme enfantin. Nous ne sommes pas loin, avec cette conception, de la pathologie névrotique, il ajoute :

*« ...Comme le rite magique, les troubles du comportement sont l'équivalent des jeux symboliques de l'enfant à la recherche d'une réalisation du désir à la faveur d'une vision égocentrique du monde ».*³²

³¹ Op. cit. p. 246

³² Op. cit. p. 248

Cette analyse de C. Lesne reste quelque peu discutable. En effet, avec cette conception, par certains aspects, nous ne sommes pas loin des thèses développées par les premiers écrits des aliénistes, où la notion de primitif égal enfant était centrale, certes l'auteur ne l'écrit pas ainsi, mais la lecture entre les lignes reste assez explicite.

I-II- Hypothèses et méthode.

I-II-1- Problématique et objectif

Ce travail de recherche porte sur les soins traditionnels auprès du petit enfant en Martinique, sur ce qui se transmet entre les générations et sur l'identité maternelle. Je m'inscris dans une double approche, celle de D. Mellier sur la détresse du bébé et, celle du champ de la clinique transculturelle en psychologie clinique, la théorie développée par MR. Moro, notamment la notion de « berceau culturel » avec les trois opérateurs ou matrices qui génèrent du discours autour de l'enfant, MR. Moro, intègre comme facteur premier la culture en ce qui concerne les relations mère/enfant.

Pour D. Mellier (2005), l'appareil psychique du bébé s'enracine dans son corps, ses sensations, ses perceptions, ses émotions mais également dans le fonctionnement groupal, ce qui permet de comprendre et de partager ce que vit le bébé. Cela permet également au bébé de se « fabriquer » comme être psychique.

Le bébé est en détresse lorsqu'il n'arrive pas à transformer en expérience vécue une « banale situation parfois de séparation »³³, lorsque le bébé face à une expérience trop douloureuse, n'arrive pas à subjectiver, D. Mellier parle alors de souffrance primitive, car non consciente pour le sujet, bien que se manifestant par des plaintes, malaises, tensions, le sujet ne se sent pas souffrant mais l'entourage, lui, souffre.

³³ Op. cit. p. 9

Cette souffrance est alors un guide pour le clinicien, le travail de lien aura alors pour objet cette ou ces souffrances primitives.

Cette souffrance est source d'émotion dans le groupe, la famille, les institutions, la communauté, mais cette émotion a souvent du mal à être partagée entre le bébé et ses partenaires. Ces souffrances qui s'expriment par le biais du corps forment des défenses qui permettent d'éviter l'éprouvé psychique, elles indiquent au clinicien qu'il y a alors une conflictualité archaïque³⁴ des liens.

D. Mellier ajoute :

« ...tout bébé est sujet à de telles anxiétés, s'il n'a pas suffisamment introjecté les fonctions contenantantes de sa mère ...s'il n'a pas encore suffisamment intégré des expériences qui lui procurent le sentiment « d'une continuité d'être »...s'il n'a pas encore intériorisé une figure d'attachement suffisamment stable... »³⁵.

Dans son travail de réflexion l'auteur s'appuie sur la notion clinique de fonction contenantante, cette fonction *« a comme impératif la création de lien, elle repose sur un travail de lien »³⁶.*

Le travail de subjectivation porte alors sur ces souffrances archaïques et le bébé est alors engagé en tant que sujet (propre) et en tant que sujet du groupe, il y a ici un double étayage, un double maillage de la psyché, sur le corps (soma) et sur l'environnement (socius).

MR. Moro (1998) développe son approche à partir des acquis théoriques de l'ethnopsychiatrie générale développée par G. Devereux et telle que je l'ai abordée en introduction de ce travail. Elle insiste sur la théorisation de l'universalité psychique d'une part et, d'autre part, sur la théorie

³⁴ Dans le sens d'un entre-deux, d'un amalgame entre réalité psychique et réalité matérielle.

³⁵ Op. cit. p. 81

³⁶ Op. cit. p. 16

psychanalytique mais également sur la notion de traumatisme migratoire, traumatisme qu'elle considère non systématique, non obligatoire. Elle s'appuie également sur le dispositif clinique de l'ethnopsychiatrie développé par T. Nathan, sur ce dernier point, elle introduit la notion de métissage des techniques, des hommes et des pensées (MR. Moro, 1998).

Cependant elle va plus loin car elle ouvre la discipline à d'autres champs, notamment l'histoire, la littérature, la linguistique, la philosophie, elle se fonde sur la psychanalyse tout en renouvelant certaines modalités afin de prendre en compte l'altérité et le métissage. Au niveau technique, MR. Moro développe le concept de l'altérité en soi, c'est la qualité de ce qui est autre, c'est un sentiment vécu par tout migrant car il n'y a pas d'adéquation entre le dedans et le dehors.

Lors du travail thérapeutique, cette altérité se doit d'être élaborée par le thérapeute, dans son contre transfert, il est important que ce dernier la reconnaisse en lui, mais également chez son patient, car c'est ce qui provoque des changements profonds.

« ...Cette altérité vécue, interne et externe, serait consubstantielle à la situation migratoire ; elle est à relier à la notion de métissage. »³⁷

Cette élaboration obligatoire demande au thérapeute de se décentrer, MR. Moro, parle de thérapie métaculturelle, décentrage qui ne peut s'acquérir que par un travail régulier avec les familles migrantes, par une collaboration avec les anthropologues spécialistes de la culture des patients, elle insiste également sur le fait de travailler ailleurs qu'en France avec des enfants d'autres cultures ceci permet d'acquérir d'autres postures, un autre regard.

« ... Se transporter dans un autre monde, et installer ailleurs des structures de soins, constituait pour moi une obligation de me décentrer,

³⁷ Op. cit. p. 46

d'expérimenter la spécificité et les difficultés de ma démarche et d'en affiner les modalités. »³⁸

Le fait de se décentrer permet d'entendre la souffrance telle qu'elle est dite et d'y répondre de façon adaptée, ce qui évite les exclusions et les errances tel qu'on peut le constater en Martinique, entre plusieurs systèmes de soins. Elle soutient une approche ouverte sur la société, considère l'ethnopsychanalyse comme une pragmatique du lien, une pragmatique de la diversité et parle ainsi de clinique transculturelle qui « *élargit la perspective et l'inscrit dans un dialogue avec les autres disciplines, avec la société tout entière et avec le monde* » (Ibid)). Cette approche est celle d'une clinique de la modernité.

En psychothérapie transculturelle parent/enfant, MR. Moro, met en évidence trois opérateurs qui génèrent du discours autour de l'enfant dans les interactions mère-enfant, à partir de l'analyse d'actes thérapeutiques. Elle parle des représentations ontologiques, des théories étiologiques et des logiques thérapeutiques.

Elle décrit le premier opérateur comme étant les représentations ontologiques, c'est ce qui concerne l'être, ce sont des matrices qui concernent les représentations que les parents se font de l'enfant, la manière de fantasmer la nature de l'enfant et de le fabriquer, ce sont les représentations culturelles telles que l'origine de l'enfant, son identité, la façon dont il se développe, la représentation de ses besoins, les liens familiaux.

Ces représentations existent avant même la venue au monde de l'enfant, c'est une sorte d'image que l'enfant à sa naissance va habiter, elle appelle cela : « *le berceau culturel* », ce berceau culturel va influencer la façon dont on va interagir avec l'enfant.

³⁸ Op. cit. p. 47

Tout « *berceau culturel* » possède sa propre logique, selon son groupe d'appartenance, ses désirs inconscients qui appartiennent au groupe en entier et pas seulement aux parents. Lors de son développement l'enfant à la fois puise, et nourrit le réservoir ontologique.

En Martinique, il me semble que, de par la rupture entre les générations, pour la jeune fille devenue mère, la matrice ontologique reste peu accessible d'emblée, les jeunes mères cherchent alors dans les revues de vulgarisation, les conseils pour « éduquer son enfant correctement », ou apprennent de la télévision les matrices ontologiques appartenant à d'autres cultures.

Lorsque l'enfant va mal, ces matrices ne sont plus opérantes, les jeunes mères, à bout de souffle, se tournent alors vers les grands-mères ou les femmes âgées de l'entourage qui les portent et les guident vers le *doktè fey*, ce dernier donne de nouveau du sens et crée de nouveau, « *le berceau culturel* » comme une enveloppe protectrice.

Des matrices ontologiques, pour l'auteur, découlent les théories étiologiques, il s'agit du sens donné au désordre. Théories qui donnent sens aux troubles lors des dysfonctionnements relationnels, sociaux, biologiques.

Ces théories concernent le sens et non la cause du malheur qui frappe la famille, cependant parfois cause et sens peuvent se succéder ou co-émerger, ici c'est le sens culturellement acceptable au désordre qui est recherché. Sens du trouble de l'enfant, de la relation mère-enfant ou même de la relation famille-enfant, cela prend forme par la mise en acte divinatoire et par des rituels, ces théories s'incarnent dans la sorcellerie, la possession ou la transgression des tabous, comme par exemple l'oubli des ancêtres.

J'observe que les rituels proposés en Martinique seront des rituels corporels, notamment face à deux pathologies ou maladies culturelles, qui touchent les bébés, « an blès » et le « tet fann ». Les soins sont alors constitués de rituels d'enveloppement, de bains de feuillage, mais également de paroles réparatrices que la mère, à travers les prières, adresse à son enfant. La mise

en place et la réalisation du rituel demande à la mère de porter son enfant physiquement et psychiquement.

Ces théories étiologiques représentent le deuxième opérateur, le troisième opérateur, c'est l'acte thérapeutique lui-même, celui qui est posé par le guérisseur ou la matrone. Ces actes, il s'agit ici du faire, découlent des deux premiers opérateurs.

Ces actes sont les cérémonies, les sacrifices, les offrandes, les danses, ils sont donc liés à l'aire culturelle dont est issu l'enfant. Ce sont des logiques thérapeutiques. Le lien mère-enfant se nourrit et se structure donc à partir de ces représentations.

Il y a un autre pôle de structuration, ce pôle reste tout aussi important, il s'agit de l'histoire subjective de l'enfant pris dans le maillage affectif et fantasmatique de ses parents, de sa fratrie, de ses grands-parents, la logique culturelle pour MR. Moro représente la forme, l'histoire individuelle est le contenu.

Les interactions mère-enfant se structurent donc obligatoirement à partir des représentations culturelles, ces dernières sont liées à une société donnée, à un moment donné de l'histoire de cette société et également de l'histoire subjective de l'enfant.

En Martinique, ma clinique m'amène à penser que, chacun consulte pour son enfant en souffrance à la fois la PMI, la pédopsychiatrie, cette dernière de façon contrainte, le *doktè fey*, ce dernier plus facilement et sous les conseils des femmes âgées de la famille ou du voisinage. Les familles errent d'une consultation à l'autre, la mère, la marraine, la sœur aînée ou la grand-mère faisant le lien entre les différents systèmes de soins.

La souffrance du devenir mère, du devenir parents, la souffrance de l'enfant vont se trouver au centre de deux sortes de discours, le discours populaire, traditionnel qui est le discours de la grand-mère, voire de l'arrière-grand-mère,

lorsque cette dernière est encore en vie et le discours médico-social que la mère retrouvera notamment en PMI, véhiculé par le pédiatre, l'assistante sociale, la psychologue, la sage-femme et/ou la puéricultrice. Ici le sens qui sera donné à la souffrance présentée, sera celui d'une interprétation qui ne tient pas compte de la culture et des croyances du pays, alors que du côté du savoir populaire, le sens véhiculé par le guérisseur sera trouvé du côté des croyances, des contes, des esprits et des mythes.

Dans cet aller-retour, cette errance, d'un système thérapeutique à l'autre, il s'agira, selon moi, de savoir ce qui est « bien » ou « mauvais » pour faire grandir son enfant, pour être une bonne mère, devenir mère en s'étayant sur sa propre mère ? En s'étayant sur les autres femmes expérimentées du groupe d'appartenance ? Cependant je constate que, depuis quelques années, la mère, qui souvent est devenue une jeune grand-mère, refuse cet étayage.

Les jeunes mères sont en prise de plus en plus avec une rupture de la transmission, un défaut d'étayage, une violence difficilement supportable, elles recherchent alors, pour résister, leur grand-mère. Cette dernière donnera les premières paroles de réconfort, les premiers soins lorsque l'enfant va mal, notamment les « *dité* », thés pays et les massages puis conseillera la visite chez le *doktè fey*.

A travers la grand-mère, j'analyserais que le *doktè fey* est une partie de la mère, c'est lui en effet qui va la rendre plus compétente, qui va recréer du lien, lui permettant de se réapproprier son enfant, car par ses conseils et ses actes, il me semble que, le *doktè fey*, réaffirme l'unité mère-enfant.

La jeune mère face aux deux systèmes de soins, m'apparaît comme partagée. Ces systèmes sont vécus parfois comme contradictoires, le système médico-social est souvent considéré, confusément, comme une émanation du système esclavagiste où il reste toujours un sentiment d'infériorité, un sentiment de ne pas être entendu, un sentiment d'inefficacité de la médecine classique face aux pathologies culturellement codées qui affectent le bébé et le jeune enfant.

Cependant, ces systèmes ont le même but, ils cherchent à réaffirmer l'unité mère-enfant, en rendant la mère plus compétente, chacun à leur manière. Ce sont des systèmes, à mon sens, par ailleurs complémentaires mais complexes, nécessitant certains aménagements.

Ma recherche s'inscrit dans le champ de la psychologie transculturelle, le champ d'une « psychologie métisse » comme le décrit MR. Moro, une créolisation au sens de E. Glissant.

Je dirais clinique métisse baignée dans la créolité du pays Martinique. Peuple pluriel dans sa composition, sa langue et ses techniques de soins de la souffrance psychique chez les parents et le petit enfant.

Deux médecines, l'une que je qualifie de visible, la PMI, la pédiatrie, la psychiatrie, la psychologie, l'autre installée dans l'invisible, portée par le *doktè fey*, approche complémentaire et non exclusive l'une de l'autre.

Face à la souffrance des mères et de leur enfant, c'est-à-dire au dysfonctionnement de la relation mère-enfant, que proposent les thérapeutes en Martinique ? Nous sommes en prise avec une clinique singulière, soins traditionnels et/ou soins médico-sociaux ?

Les parents en souffrance vont de l'une à l'autre. Comment alors comprendre le soin lorsqu'il y a en parallèle deux réseaux possibles présentés comme inconciliables ?

Qui est le *doktè fey* ? Comment soigne-t-il ? Existe-t-il des pathologies spécifiques ? Qu'en est-il de l'enveloppe médico-sociale ? Elle ne réunit pas d'emblée, il y a le corps, c'est l'affaire des pédiatres, il y a l'esprit, la psyché, c'est l'affaire des psys, pour ces derniers il n'y a pas de singularité culturelle et cela tend à renforcer le clivage entre les deux univers référentiels, comme le décrivent MR. Moro et T. Nathan.

Quels sont les contenus des matrices ontologiques, des théories étiologiques et des actes thérapeutiques posés ?

J'émetts deux propositions explicatives, la première proposition cerne la demande en thérapie de la jeune mère, il me semble que, la jeune mère face à la souffrance de son enfant et à la difficulté pour elle de se sentir compétente et entendue par le système de soins que j'appelle visible, consulte sous les conseils des femmes de son entourage, le *doktè fey*. Ce dernier *refait* du lien entre la mère et l'enfant, en les sortant de l'errance et en les inscrivant dans la culture. Il réunit de nouveau, il s'agit d'une réunion métaphorique, symbolique, qui prend appui sur un fond culturel d'appartenance, sur des conceptions de ce qu'est un enfant en bonne santé, un enfant malade, sur ce que doivent être les compétences parentales et singulièrement maternelles, sur les matrices spécifiques qui affectent l'enfant en bas âge et sur les pathologies qui le touchent. Le *doktè fey* est, alors l'ancêtre qui réintroduit de l'équilibre et de la vie.

La seconde proposition concerne les traces laissées par l'histoire. Face aux conflits laissés par l'histoire traumatique que sont la traite et l'esclavage, les prises en charge médico-sociales actuelles réactivent la rupture ancestrale, l'arrachage d'enfant où la mère était dépossédée de ses petits, qui en réalité appartenaient aux maîtres. On peut dire, car elles ne sont pas entendues, que leur enfant appartient aux services sociaux. Médecine classique qui dénie l'approche traditionnelle du soin, qui dénie les matrices ontologiques, les théories étiologiques.

I-II-2. Hypothèses.

Je tenterai de prouver ces propositions explicatives à un triple niveau, le registre culturel et sociétal d'une part, il s'agit ici d'analyser les représentations ontologiques, ce que MR. Moro nomme, le « berceau culturel », cette enveloppe protectrice, j'aborderai aussi le système sociétal de soins avant l'esclavage, pendant et après ; puis, je parlerai du registre de la clinique avec notamment deux pathologies culturellement codées qui touchent les bébés, il

s'agit de *an blès* et le *tet fann*, mais j'insisterai surtout sur *an blès*, car cette pathologie reste la plus courante.

Cette question de recherche n'a pas été traitée dans les travaux antérieurs en Martinique. La méthode utilisée dans mon travail de recherche sera qualitative, j'ai utilisé plusieurs techniques de recueils de données, j'ai construit un questionnaire qui a été passé aux parents de deux crèches, j'ai utilisé des entretiens semi directifs auprès des guérisseurs, des psychologues, pédopsychiatres et des familles, j'ai fait deux observations des techniques de soins notamment de bains traditionnels, j'ai réalisé deux films, l'un sur le bain, l'autre sur une invocation faite par un sorcier-guérisseur et enfin je présenterai trois cas cliniques.

I-II-3. Méthode.

Je présente ici la méthode utilisée dans l'élaboration de ma recherche.

La démarche que j'ai utilisée se trouve dans le champ de la recherche, pour l'essentiel qualitative, bien qu'un questionnaire ait été construit afin de me permettre de faire émerger la parole des familles d'enfants en souffrance quant à l'itinéraire de soins choisi.

C'est une démarche transculturelle et ethno-clinicienne auprès des familles, des guérisseurs et des psychologues. Le fait d'être martiniquaise n'a pas pour autant facilité mon insertion sur le terrain. J'ai été confrontée, tout autant que d'autres chercheurs (Y. Govindama 2000), à des angoisses importantes lors de contacts avec les guérisseurs et les matrones, ces angoisses ont été travaillées par ailleurs, au cours d'une longue analyse personnelle, et c'est grâce à l'analyse de mon contretransfert que j'ai pu avancer dans cette recherche.

Il m'a été nécessaire et même obligatoire de me décentrer afin de remettre en cause mes propres conceptions, concernant les schèmes culturels que je portais en moi, c'est ainsi seulement que j'ai pu créer une alliance avec

les mères, mais également avec les guérisseurs et mes collègues psychologues. Ce décentrage a pris quelques années, tant mes résistances étaient nombreuses. Je peux dire que mon objet d'étude m'a transformée. Je me suis dé-faite pour me re-faire. J'ai vécu, en moi, la phrase de G. Devereux (1951), qui précise que les phénomènes transférentiels doivent être identifiés pour l'avancée du travail.

L'étude de ce domaine rituel, par une femme et une Martiniquaise psychologue de surcroît, auprès des guérisseurs hommes, a posé, des problèmes de proximité et de crédibilité. Plus d'une fois, des propositions de «mélange des semences» m'ont été faites, afin «d'aller plus loin dans l'investigation», une sorte d'initiation, afin de pouvoir partager les secrets.

Cette «initiation» a pris une autre forme avec une femme guérisseuse, cette dernière a essayé par exemple de «m'hypnotiser». Face à ces situations, j'ai tout le temps rompu les contacts et cherché d'autres interlocuteurs.

Le Père D, sorcier-guérisseur avec lequel j'ai le plus « travaillé », n'a accepté ma présence et le partage de quelques rituels seulement grâce à la personne ressource qui m'a accompagnée à chaque entretien pendant plus de deux ans et en qui il avait une entière confiance.

En Martinique, nous sommes sur le terrain du pluralisme médical, la manière dont se vit et se soigne la souffrance psychique chez le petit enfant, la place de la médecine occidentale, la place des guérisseurs, découlent de la conception portée par la population, en ce qui concerne la souffrance du bébé.

I-II-3-a. Rappel de la problématique.

Pluralisme médical depuis la colonisation, clinique singulière pour certains, errance d'un système de soins à un autre, ou maîtrise de ce va et vient, tradition et/ou modernité, réseau de soins incompatible s'il en est, la population et singulièrement les jeunes mères, face à la souffrance portée par leur bébé, se vivent incompetentes, elles se tournent alors vers les thérapeutes

médico-sociaux, notamment : le pédiatre, la puéricultrice, la psychologue. Mais sous les conseils appuyés de leur grand-mère, elles vont consulter le thérapeute traditionnel afin de se réinscrire dans la culture et de se vivre en bonne mère.

I-II-3-b. Objectif de la recherche.

Tout d'abord, j'ai cherché à comprendre ce qu'avait installé le système esclavagiste, renforcé, par la suite, par la départementalisation, en ce qui concerne le maillage du système de soins, je me suis appuyée alors sur les recherches des historiens, des ethnologues et anthropologues martiniquais et non martiniquais, bien que peu de travaux traitent des troubles psychiques chez l'enfant. Il m'a semblé important d'analyser les différentes logiques du système de soins et les conséquences qui en découlent, ce que véhiculait la psychiatrie coloniale, quelles violences, comment était organisée la santé et pour atteindre quel objectif.

Ensuite, il m'a paru important de faire émerger l'existence de concepts spécifiques, concernant la souffrance chez le bébé, les notions d'enfant sain et d'enfant malade. Que représentent ces concepts pour une jeune mère martiniquaise ? Quelle éducation ? Pour «fabriquer», je reprends ici l'expression de T. Nathan, quel individu ? Faire émerger les conflits sous-jacents entre les différents points de vue sur l'enfant me semble important.

Enfin, j'ai tenté de comprendre, compte tenu de ces logiques différentes, de ces conflits concernant les enfants, quelle prise en charge était mise en place, par quels thérapeutes, face à quelles sortes de pathologies. Dans un contexte de violence traumatique, les mères résistent-elles ? Comment ?

Je présenterai trois niveaux d'analyse, le premier niveau est celui des différentes logiques sociétales de soin, le second niveau est celui des conflits sur les différents points de vue sur l'enfant et, enfin le troisième niveau d'analyse, concerne la transmission, la violence et la résistance.

I-II-3-c. Echantillon.

Il s'agissait pour moi d'interroger les familles, les thérapeutes traditionnels et les thérapeutes médico-sociaux, afin de recueillir les différentes visions sur la souffrance psychique du petit enfant et la façon d'y remédier.

Sur ce terrain de recherche, recueillir des données s'est avéré être un véritable parcours du combattant, c'est vrai qu'il n'y a pas de recherche sans souffrance, du côté des services sociaux, l'enfant et les familles leur appartiennent, les suspicions et les craintes sont grandes, surtout dans le domaine de soin culturels. Souvent j'ai entendu cette petite phrase : *«il ne faut pas réveiller les choses, nous sommes tranquilles, évitons de perturber les familles»*.

Du côté de la prise en charge traditionnelle, c'est également la méfiance, il y a là un point commun, mais le contenu est différent, mon intervention a souvent soulevé bien des interrogations et objections: *«pourquoi une psychologue veut savoir ?» «Vous venez prendre ce que l'on a et vous ne donnez rien, rien ne reste ici...»*. Il fallait donc être «armée» de part et d'autre.

Quinze thérapeutes traditionnels ont été rencontrés sur trois communes, au Morne des Esses, situé au nord atlantique, c'est une petite commune rurale et un grenier culturel car sur ce territoire on retrouve une grande concentration «d'anciens », gardiens de la tradition orale, on y retrouve les *tambouyé*³⁹ de renom, conteurs, danseurs de *ladja*, de *bélé* et les guérisseurs les « plus forts ».

Le nord atlantique est réputé pour être, comme certaines communes du sud, un pôle de résistance identitaire. J'ai rencontré les guérisseurs dont un Hougan haïtien, mais je n'ai vraiment «travaillé » durant quatre années qu'avec une seule personne.

³⁹ Tambouyé : Ce sont les maîtres du tambour, musiciens reconnus et renommés

La deuxième commune est celle du Marin, située dans le sud de l'île, car c'est le lieu où habitait la dernière matrone en vie de l'île, contact qui m'avait été recommandé par un chercheur de l'UAG.⁴⁰

Le dernier lieu a été Fort de France, ville capitale, comme elle est appelée maintenant. C'est la ville où l'on peut rencontrer la plus grande concentration de psychologues, ici 20 entretiens ont été menés auprès de collègues, après un travail d'approche laborieux.

C'est également d'une part, dans cette ville que 25 familles ont été contactées et interviewées, toutes de milieu défavorisé ; Et d'autre part, la commune du Saint-Esprit, où 50 questionnaires destinés aux parents ont été déposés dans l'unique crèche de cette commune. Quelques années auparavant, j'avais mené une recherche action dans ce lieu qui était en pleine restructuration, la demande venait alors de la directrice de la crèche et du maire de la commune. La crèche de Schoelcher, centre caraïbes a également été un terrain d'investigation pour les 50 autres questionnaires.

I-II-3-d. Techniques de collecte des données.

J'ai utilisé lors de cette recherche comme techniques d'enquête : le questionnaire, l'entretien informel, l'entretien semi-directif, les techniques d'observation filmique et trois cas cliniques.

1)- Le questionnaire.

Ici il s'est agi d'interroger les parents sur leur itinéraire de soins concernant leur enfant, tradition et/ou modernité. J'ai construit un questionnaire qui comporte 28 questions dont 18 questions ouvertes et 10 questions fermées. Les réponses possibles aux questions fermées étaient : oui, non, pas du tout d'accord, assez d'accord, tout à fait d'accord.

⁴⁰ Université des Antilles et de la Guyane

Outre l'âge, le sexe et la profession, quatre grands thèmes ont été dégagés : la place de la médecine traditionnelle, la place de la médecine moderne, le choix au niveau des médecines, la confiance ou non vis-à-vis du médecin traitant.

J'ai soumis ce questionnaire à un groupe de parents de deux crèches. Sur 100 questionnaires, 40 % sont revenus, mais avec beaucoup de lacunes, c'est-à-dire des questions sans réponses.

Sur un retour de 40 questionnaires, 100 % des réponses ont été remplies par des mères, 40 % ont entre 18 et 30 ans, 42,50 % entre 30 et 40 ans et 17,50 % entre 40 et 55 ans.

Pour pouvoir trouver la population, j'ai pris contact avec les directrices des crèches de St Esprit et de la commune de Schoelcher, j'avais été psychologue auparavant dans chacune de ces crèches. Je leur ai expliqué l'objet de ma recherche, elles ont accepté que leur crèche soit un terrain d'expérimentation, elles ont, lors d'une réunion parents/professionnels, expliqué, sans que je ne sois présente, le travail que je menais.

Les questionnaires étaient mis à disposition, à l'entrée de la crèche, où une boîte servant à réceptionner les documents remplis, était déposée. Les directrices ont insisté sur l'anonymat des réponses, ce qui a permis, sans doute, un si grand retour. Ces questionnaires sont restés 2 mois en crèche.

2)- Les entretiens.

L'entretien est l'un des outils importants de la méthode clinique, il permet d'accéder à de nombreuses informations subjectives. Il s'agit ici d'entretiens de recherche et non d'entretiens à visée diagnostic.

Les entretiens informels ont été utilisés au début du travail d'investigation, il s'agissait de présenter l'objectif de ma recherche et de voir l'intérêt ou les réserves que pouvait susciter un tel sujet. J'ai toujours relevé un grand intérêt et une grande curiosité chez mes interlocuteurs, mais il y avait aussi une certaine

réserve, un peu comme s'il ne fallait pas trop toucher au domaine des soins en relation avec les guérisseurs et ne pas trop toucher au système médico-social.

Cependant, c'est à partir des entretiens informels, que j'ai pu constituer un carnet d'adresses qui m'a été très précieux pour la suite, ce carnet d'adresses m'a permis de faire émerger des personnes ressources qui m'ont été très utiles lors de mes contacts avec les *doktè fey* et les pédopsychiatres.

J'ai dans un premier temps réalisé trois guides d'entretiens. Ces guides se sont construits progressivement, ils étaient spécifiques pour les guérisseurs et les matrones et différents pour les psychologues et les familles.

Le guide d'entretien avec les guérisseurs et matrones cherchait à connaître leur parcours professionnel, leur conception sur l'enfant sain et l'enfant malade, leurs techniques de soins, leur collaboration éventuelle avec les psychologues et enfin, l'origine des maladies qu'ils soignent et comment soignent-ils.

Le guide d'entretien avec les psychologues et le pédopsychiatre, cherchait à connaître leur référence théorique, leur connaissance des méthodes traditionnelles, les pathologies rencontrées, les relations avec les familles, les troubles du conflit tradition/modernité.

Le guide d'entretien avec les familles cherchait à connaître les techniques de soins qu'elles utilisaient avec leur bébé, le bain, l'allaitement, la place du père, la perte ou non des traditions.⁴¹

Les entretiens semi-directifs ont été utilisés tout au long de la recherche, surtout pour leur souplesse, cela laisse une certaine liberté aux enquêtés et bien menés ils créent un lien de confiance qui encourage le dialogue.

Ces divers entretiens m'ont permis de recueillir des données sur les différentes visions de la souffrance du tout petit et la manière d'y apporter «soulagement», en utilisant des techniques surprenantes et efficaces.

⁴¹ Les guides, les entretiens et le CDR, se trouvent en annexe.

3)- *L'observation clinique à visée de recherche.*

J'utiliserai également l'observation comme démarche de recherche, afin de saisir la réalité sans à priori, il s'agit d'une observation naturaliste, cette méthode sera complémentaire de l'entretien clinique de recherche et permettra d'appréhender les conduites verbales et non verbales ainsi que les interactions, il s'agira d'une observation clinique structurée à visée de recherche.

Deux observations des relations mère/enfant lors du bain ont été filmées auprès de deux familles, les bébés étaient âgés de 1 mois et de 2 mois. Un film a également été tourné chez le guérisseur avec lequel je travaillais.

L'observation filmique pour l'analyse de la transmission et l'acquisition des savoirs reste un instrument privilégié. Les précurseurs du cinéma anthropologique en France furent J. Rouch et M. Griaule. Aux USA, c'est M. Mead qui introduit la photographie, puis le film, comme élément majeur de la méthode ethnographique.

J'ai suivi le déroulement chronologique des rituels, notamment celui du bain, j'ai varié les postes d'observation, les cadrages et les angles de prise de vue en fonction du déroulement de l'action.

Le film est un outil précieux car il permet aussi bien la micro-analyse que la macro-analyse, tel que le décrit A. Comolli (1983). Une observation unique ne permet pas de rendre compte de toutes les particularités d'un process, le fait de visionner en accéléré, au ralenti, image par image plusieurs fois, permet de mettre à jour le détail des gestes des protagonistes, ceci est visible sur le film que j'ai réalisé, « le ben de Ti Pol ».

I-II-3-e. Les techniques d'échantillonnage.

Il n'a pas été possible d'avoir un échantillon représentatif de la population, car je suis passée, compte tenu des contraintes énoncées plus avant, par le bouche à oreille.

Faire une recherche sur les soins traditionnels et surtout en lien avec le guérisseur, entraîne immédiatement deux types de réactions, le déni et la crainte, qui se manifestent par un mutisme, voire par des mouvements d'humeur.

J'ai compris qu'il était alors important de créer du lien en étant fortement recommandée et accompagnée lors des premiers rendez-vous. Avec le système médico-social, il faut écrire aux instances dirigeantes, briser les barrières des secrétaires et passer un nombre incalculable de coups de téléphone.

Je suis consciente, bien entendu, de la limite importante pour la représentativité statistique que représente le faible taux de l'échantillon.

I-II-3-f.- Outils de recueil de données.

En moyenne, les entretiens duraient entre 2 heures et 2 heures et demie. J'ai utilisé un magnétophone numérique à minidisque.

En doublon du magnétophone, j'ai également utilisé la technique de la prise de note papier/stylo.

Pour les films des rituels du bain et des entretiens avec le guérisseur, j'ai utilisé une caméra numérique 500 X Digital Zoom, Digital vidéo caméra munie de mini DV digital vidéocassette.

Un appareil photo HD a également été utile, afin de fixer certaines images.

I-II-3-g. Déroulement de la recherche et traitement des données.

Dans la société martiniquaise, les guérisseurs sont «invisibles», mais paradoxalement très bien connus de la population.

Sans informateur, sans personnes ressources sérieuses et reconnues par le *doktè Fey*, il est très difficile d'avoir un rendez-vous de travail, impossible d'enregistrer ni de filmer.

Durant plus d'une année, il m'a été impossible d'avoir une rencontre avec ces thérapeutes, il a fallu alors parler de manière informelle de ma recherche à mes amis et collègues de travail pour avoir des possibilités de rencontre.

Les premiers rendez-vous ont été faits sans personnes ressources, après une explication par téléphone et en me recommandant d'une connaissance, deux réponses m'ont alors été faites, soit une rencontre effective, soit des menaces, certains pensaient que je venais «voler les secrets».

Les rencontres avec mes collègues psychologues ont eu lieu soit à leur domicile, soit pour la plupart, sur leur lieu de travail à l'heure du déjeuner.

Certains collègues n'ont pas souhaité répondre, sans donner d'explications, d'autres qui sont eux-mêmes dans une interrogation sur la culture, ont volontiers participé à 2 ou 3 entretiens.

Les rencontres avec les familles, pour les entretiens et les films, ont eu lieu grâce à l'action des travailleuses familiales des différents secteurs nord, centre et sud de l'île. Je les ai d'abord rencontrées afin de leur expliquer ma démarche et mes attentes, elles ont préparé les familles à ma venue et m'ont accompagnée lors du premier entretien, les mères ont alors parlé librement et sans contraintes.

Avec les guérisseurs et les matrones, les rencontres ont, au début, eu lieu en présence d'une personne qui avait leur confiance, j'étais toujours la bienvenue, les rencontres se passaient dans le respect mutuel.

J'ai eu des entretiens, avec le Père D, une fois par mois durant 4 ans, il a cependant toujours refusé de me mettre en «contact» avec sa «clientèle» ou avec d'autres guérisseurs. Avec la première, il aurait fallu que je sois initiée pendant 7 ans, avec les seconds, j'étais à ses yeux trop faible, c'est-à-dire pas assez «parè», pas assez protégée en quelque sorte, pas initiée.

Les entretiens semi-directifs ont été menés dans les deux langues : créole et français. L'utilisation de la langue française était systématique avec les psychologues et le pédopsychiatre, alors même que mes collègues étaient tous martiniquais. Parler de science ne peut se faire qu'en français, c'est une pensée assez répandue en Martinique.

Avec les familles et les thérapeutes traditionnels, il y avait le passage, sans problème et le plus naturellement du monde, d'une langue à l'autre, ceci selon l'intensité et le sérieux de ce que l'on souhaitait transmettre, cela démontre également la grande confiance qu'il y avait entre l'intervieweur et l'interviewé.

J'ai jugé bon de traduire certaines parties en français lors de la retranscription des entretiens, cependant, ceci révèle un certain nombre de difficultés, car la pensée de ces thérapeutes ne se fait pas sur un mode logico-conceptuel mais sur un mode pratique, O. Damus, (2012. p. 70) le signale également lors de ses recherches en Haïti.

De plus, les deux langues ne découpent pas la réalité de la même manière, le créole est avant tout une langue de vécu quotidien, j'ai donc évité de faire une traduction littérale, afin de ne pas transformer l'esprit de l'énoncé des thérapeutes et des familles.

Enfin, certaines expressions sont reproduites telles quelles et ne sont pas traduites.

I-II-3-h. Traitement des données.

J'utilise l'analyse clinique qualitative qui est l'analyse de contenu de façon non systématisée.

J'ai regroupé en catégories les grands thèmes abordés dans mes guides d'entretiens, l'analyse de l'énonciation, l'analyse des mécanismes de défenses et des réactions contre-transférentielles. Du croisement des données, j'ai extrait trois grandes interrogations, trois grands champs de réflexion.

J'analyserai, afin de confronter mes hypothèses, les conflits sur les différents points de vue sur l'enfant sain et l'enfant malade, puis j'aborderai les thérapies traditionnelles à travers le personnage particulier du *doktè Fey* puis enfin, je m'arrêterai sur les techniques de soins concernant des pathologies culturelles touchant les jeunes enfants, c'est-à-dire *an blès* et *an tet fann*, pathologies non reconnues par l'approche occidentale, diagnostiquées et soignées essentiellement par le guérisseur.

I-II-3-i. Les questions d'éthiques.

Afin de respecter l'anonymat et la confidentialité des personnes, aucun nom ne sera divulgué, les informations seront transformées, modifiées afin de ne pas permettre l'identification des sujets.

Dans le respect du libre arbitre, j'ai reçu le consentement libre et éclairé des sujets.

Chaque personne participant de près ou de loin à cette recherche, a été informée des objectifs et des modalités de l'étude, l'autorisation a été obtenue de façon verbale, ce qui est courant en Martinique.

Concernant les photos, images et film, je les ai informés qu'il s'agissait d'une utilisation scientifique, qu'il n'y aurait pas de vulgarisation, que les films ne pourraient être utilisés sans l'accord ferme et la présence de leur auteur.

I-III- Conclusion.

Les logiques culturelles sont transmises à l'enfant dès sa naissance. La culture met en place un réseau de liens, son rôle est de déconnecter les espaces et de les reconnecter.

Les études sur l'enfant font partie de la littérature scientifique aussi bien en psychologie transculturelle, en psychanalyse qu'en éthologie et anthropologie. En Martinique, très peu d'études concernent la relation entre la culture et le soin chez l'enfant, cependant les relations entre santé psychique et culture ont été largement abordées, ces études présentent un discours en lien avec une certaine cosmogonie antillaise.

Dans le chapitre suivant, j'analyserai les différentes logiques sociétales du soin, chez les sociétés amérindiennes, pendant et après l'abolition de l'esclavage. Puis j'aborderai l'organisation actuelle du système médico-social.

PARTIE II

LES DIFFERENTES LOGIQUES SOCIETALES DE SOINS

II- HISTOIRE DU SOIN AU BEBE, GUERIR OU SOIGNER.

II-I. INTRODUCTION

En Martinique, la notion traditionnelle de la santé repose sur une notion d'équilibre interne, équilibre qui associe le dualisme chaud/froid comme nous l'avons vu dans notre partie théorique.

Cette conception s'appuie sur l'idée que chaque partie du corps doit être à sa place. De plus, les troubles mentaux sont considérés comme des troubles de la causalité surnaturelle.

Cette conception de la maladie mentale et des thérapeutiques nécessaires résulte, pour une grande part, de l'histoire coloniale, mais également des conceptions portées par les divers peuples qui ont et qui coexistent sur le territoire. Bien avant l'arrivée des premiers colons, le peuple amérindien possédait ses propres thérapeutiques concernant les troubles portés par leur population, les esclaves sont aussi arrivés avec des logiques de soins spécifiques. Nous développerons ces aspects dans ce chapitre.

L'organisation du système de santé en Martinique ne peut donc se définir en dehors de la traite et de l'esclavage, histoire singulière.

Comment s'est *fabriqué* ⁴²le système de soin ? Avec quelle logique ? Fabriqué dans le sens de mettre bout à bout, d'expérimenter, de faire et, de défaire, d'emprunter, de transformer et de garder pour en faire un système spécifique qui porte l'enfant, le façonne et le soigne.

Avant l'arrivée de Christophe Colomb, en 1492, vivent en Martinique les Amérindiens c'est à dire les Arawaks, puis les Caraïbes Karifuna, ils furent exterminés par les colons. Pour pérenniser le développement économique du système esclavagiste des peuples venus d'Afrique sont importés et exploités dans les colonies françaises.

⁴² Souligné par nous

La Martinique et la Guadeloupe furent transformées en une société de plantation d'un tout nouveau genre, je veux parler de la société d'habitation. Selon la définition de J. Petit Jean-Roget (1980), l'habitation est caractérisée, comme une institution rigide et autoritaire, avec une présence continue du propriétaire sur ses terres. L'autorité coercitive subie par la population esclave est de règle.

L'habitation est caractérisée également par une population majoritairement africaine, vivant sur une grande propriété monoculturelle, il s'agit de la culture de la canne à sucre, avec un système familiale matrifocal.

Toute l'organisation économique ne se fait qu'au profit de la « mère patrie » d'une part et, au profit de la classe dominante des propriétaires terrains, les békés, d'autre part, de plus l'un des objectifs affichés est la volonté d'éradiquer la culture d'origine des populations africaines et d'imposer les normes occidentales.

L'abolition de l'esclavage en 1848, ne modifie que très légèrement les données économiques et, la Martinique reste une société d'habitation jusque vers les années 1960.

Cependant le nouveau monde sera vécu, à partir d'interprétations du monde, venant des Amérindiens, des Africains et des Européens, afin de pouvoir survivre à la souffrance.

Les croyances, les rituels sur les maladies touchant les enfants ainsi que les soins nécessaires à entreprendre, n'échapperont pas à cette nouvelle vision du monde, une vision du monde plurielle, d'aucuns parleront d'une vision métisse, d'autres d'une vision créole. Pour G. L'Etang :

« C'est dans cette proximité physique entre Européens et Africains, dans cette insécurité commune, que se produit la première alchimie de la créolisation. C'est là que sera notamment forgée la langue créole martiniquaise,

même si ses prémisses étaient peut-être antérieures aux premiers temps de l'habitation. ». (2004, p. 4)

C'est alors la création d'une culture originale, J. Bernabé, P. Chamoiseau et R. Confiant (1989) reprennent ce concept de créolité, voilà ce qu'ils en disent :

« Voilà le décor phénoménal d'une des faces de la créolisation : tous ces peuples précipités dans le creuset de l'archipel caraïbe, frappés des histoires de leur origine, frappés des attentats esclavagistes et coloniaux, frappés par cette amorce de relativisation généralisée des cultures. Aucune synthèse ne s'effectua mais une sorte d'incertain métissage, toujours conflictuel, toujours chaotique, porteur de densités anthropologiques aux frontières vaporeuses, baignant dans un espace créole quasiment amniotique. Dans la culture créole chaque Moi contient une part ouverte des Autres et, au bordage de chaque Moi se maintient frissonnante la part d'opacité irréductible des Autres ». (P. Chamoiseau. 1999. P. 64).

II-II. Conception de la maladie des enfants chez les Amérindiens.

Pour les Amérindiens, la maladie est perçue comme une punition. C'est l'action des forces invisibles, c'est le règne du surnaturel, du transcendantal et de l'imaginaire.

Les femmes jouent un rôle important : ce sont elles, en effet, qui préparent pour les médecins appelés « boyé » les compositions thérapeutiques à base de plantes.

Le « boyé » était l'intermédiaire entre l'esprit et le patient, il est initié à la transcendance, ainsi il entre en relation avec les morts, les esprits bienveillants ou malfaisants qu'il doit combattre et dominer.

Son initiation est longue et nécessite une retraite en forêt. Le « boyé » agit par manipulations corporelles, impositions des mains, crachements, fumigations. Il utilise comme moyen thérapeutique, les chants, les prières, l'hypnotisme et la phytothérapie.

Son action thérapeutique aboutissait à l'extraction du corps pathogène sous forme matérielle comme des fragments de pierres ou d'épines.

Les premiers chroniqueurs le considéraient et parlaient souvent de lui comme d'un charlatan. Je note également que le « boyé » organisait la résistance face à « l'envahisseur », il était craint et suivi sans conditions.

Le Père Breton (1978) notait dans ses écrits :

« ... Lors donc que les sauvages veulent savoir l'événement d'une guerre ou d'une maladie, ils appellent un boyé. Ce masque vient de nuit, éteint soigneusement tout feu autour de la case et entre dedans avec ceux qui l'ont appelé, qui ont déjà préparé au milieu sur un matoutou des meilleurs cassaves et des Calebasses de ouïcou. Etant entré, il s'assit et prenant du tabac et le broyant entre ses mains et souffle dessus, comme l'élevant avec ses deux mains. Aussitôt le diable arrive et fait autant de bruit comme si un homme sautait au milieu de la place et faisait claquer ses doigts en les secouant dès le feste de la case. Alors il parle et rend réponse de ce qu'on lui demande et tout le monde l'entend. Ils sucent aussi les playes et font semblant d'aller dehors vomir ce venin. Avec cela, nos sauvages s'imaginent guérir »⁴³

Le « boyé » était le plus haut dignitaire, la référence en matière de soin et de thérapie dans la société amérindienne, c'est un guérisseur, mais c'est aussi un révolté, l'ancêtre autour duquel s'organise le groupe d'appartenance.

La vie dans cette société était marquée par les aspects médico-religieux, les naissances étaient peu nombreuses, elles étaient très entourées, le bébé était

⁴³ Ibid., p. 34

attendu et inscrit dans un projet dès avant sa naissance. Il en était de même de la mort, de nombreux actes religieux étaient agis, destinés à protéger le nouveau-né et le mourant des mauvais esprits.

En général, selon les écrits, l'accouchement ne posait pas de problème. Face à un accouchement difficile les femmes utilisaient des racines de plantes.

Voici ce qu'en dit le Père Du Tertre (1958):

« ... Les sauvages nous ont apporté une espèce de jonc, semblable à ceux de nos rivières... Sa racine est composée de certains bulbes en forme de boutons, gros comme le bout des doigts, lesquels étaient desséchés et mis en poudre... C'est un trésor inestimable pour les jeunes mariés... Cette racine pulvérisée et prise dans du vin blanc, les fait délivrer sur le champ avec beaucoup de facilité » (p. 67).

Les enfants amérindiens étaient peu malades à l'instar de leurs parents d'ailleurs, qui mouraient plus de vieillesse que de maladie.

Les Amérindiens considéraient la maladie de deux manières : dans le cas des épidémies, maladies collectives, comme le fait du démon, dans le cas de maladies sporadiques, comme un événement naturel et accidentel.

Il est assez difficile à l'heure actuelle, de faire un inventaire précis des maladies qui touchaient cette population avant l'arrivée des Européens, ceci à cause d'une absence de données fiables.

L'Anonyme De Carpentras a vécu en 1619 une année entière parmi les Amérindiens. Voici ce qu'il a transcrit :

« ... Leurs maladies sont le plus souvent fièvres, coliques et dysenteries. Pour remède au mal de ventre, voici ce qu'ils font : si c'est un homme qui est

malade, il coupe le poil de la nature de sa femme et puis le découpe bien menu et le boit dans du vin de patate »⁴⁴.

Il existait d'autres pathologies comme : la cataracte, la conjonctivite virale, le mal de dent, la sciatique, les crampes, la goutte froide. La liste des maladies n'est pas exhaustive, mais il existe peu de littérature concernant la pharmacopée des amérindiens en Martinique.

Il n'est fait mention que de maladies physiques, les conceptions sur la santé ne faisant pas de séparation entre troubles physiques et troubles mentaux, le corps et l'esprit ne fait qu'un.

Les thérapeutiques utilisées étaient, pour la plupart, composées de plantes, faites de potions à base d'écorce d'arbre : le gaïac, de friction corporelle de génipa et de feuilles de roseau brûlé.

Les thérapeutiques étaient fabriquées, à base de compositions végétales, de substances d'origine animale, telles que la graisse de tortue et d'iguane, l'huile chaude de tortue par exemple pour les crampes et de poisson comme le lamantin.

Les composants minéraux étaient aussi présents, par exemple le fruit de l'acajou dont ils tiraient une huile, des fruits : des goyaves, des papayes, de l'herbe aux flèches dont ils se servaient beaucoup, du cotonnier, extraction d'une huile au bienfait curatif, des feuilles de bois d'inde⁴⁵ en décoction qui soulageaient en particulier les paralytiques, du roucou qui les protégeait du soleil et des piqûres de moustiques et enfin du lait de coco réputé diurétique.

⁴⁴ Anonyme de Carpentras, relation d'un voyage infortuné fait aux indes occidentales par le capitaine Fleury avec la description de quelques îles qu'on rencontre par l'un de ceux de la compagnie qui fit le voyage, 1618/1620. Manuscrit N° 590 de la bibliothèque Inguimbertaine de Carpentras publié sous le titre : « un flibustier français dans la mer des Antilles 1618/1620, 1^{ère} édition, 1987 2^{ème} édition, Seghers 1990.

⁴⁵ *Aeculus hippocastanum*

Aucune thérapeutique n'existe sur une quelconque référence aux désordres psychiques.

Très peu de données françaises existent concernant la vie des Amérindiens, ceci représente un vrai handicap pour la recherche.

II-III. Organisation du système de santé pendant l'esclavage.

Le début de la colonisation commence en 1635, après un premier siècle la Martinique devient une société d'habitation, comme je l'ai décrite au cours des chapitres précédents, l'habitation c'est aussi un système génocidaire, qui a pris forme avec un premier génocide, je veux parler de celui de la population amérindienne.

La classe dominante béké, se caractérise par l'endogamie, la patriarcalité, l'adhésion à la religion catholique, l'usage de la langue française et des pratiques de soins de la métropole.

L'habitation pour les esclaves africains fut un désastre, elle s'est attachée à détruire leur culture d'origine et à leur imposer ou tenter d'imposer d'autres manières de faire, de voir et de penser le monde, cependant de ce néant émergent de nombreux traits qui ont fait résistance comme par exemple le bestiaires des contes, le tambour, les danses, la prise en charge thérapeutique des enfants et des adultes.

Sur l'habitation progressivement la population esclave importée est réduite par les épidémies qui déciment les enfants, les femmes, les hommes, par la difficile adaptation des captifs africains et par les dures conditions d'existence des esclaves, alors qu'il y a nécessité de main-d'œuvre pour assurer le développement économique.

Le problème de la natalité est crucial, de 1650 à 1670, puis au XVIII^e siècle, la natalité est encouragée, par la mise en oeuvre de politiques favorisant la reproduction des esclaves, (A. Gautier 2010), cependant le but reste essentiellement économique, celui de multiplier la richesse des îles sucrières.

Les Français reviennent en Martinique en 1802 après avoir signé avec les Anglais le traité d'Amiens. Il faut alors réhabiliter les hôpitaux, les réorganiser car la révolution les a laïcisés et en a dépossédé les Frères de la Charité.

L'année suivante, c'est la réforme de la profession de la santé qui institue les officiers de santé à côté des docteurs en médecine. Le retour des Français en Martinique correspond au rétablissement de l'esclavage ; on observe un renforcement de l'emprise des colons blancs sur le reste de la société puisque l'île n'a pas connu la première abolition de 1794.

A leur arrivée, les Français sont confrontés aux épidémies de fièvre jaune qui avaient décimé les Anglais ; ils sont confrontés également à la dysenterie et aux maladies inhérentes à l'esclavage.

Les médecins formés à Montpellier, Bordeaux et Paris pratiquent les théories du froid et du chaud héritées d'Hippocrate et de Galien ; ils soignent de manière théorique et par des techniques telles que la saignée, les lavements, les vomitifs et les purges.

La société de l'époque est complexe : c'est une société malade de l'esclavage. Les esclaves n'ont pas laissé d'écrit, on ne connaît leur histoire qu'à travers les écrits des colons et des missionnaires. Ou en lisant les archives à l'envers.

Société complexe où la santé est au centre des débats, la question principale est de savoir comment préserver la population dans une île tropicale où tout semble nocif.

Les médecins sont très mal ou très peu outillés face aux maladies tropicales qu'ils ont du mal à appréhender.

Il existe des changements importants sur le plan social en 1848 : c'est la révolte des esclaves et l'abolition de l'esclavage. Les nouveaux libres se prennent en charge comme ils peuvent sur le plan de la santé et délaissent les hôpitaux synonymes de torture et de mauvais traitements.

Durant l'esclavage, la mortalité périnatale s'avère très importante, comme en témoignent de nombreux écrits. On note une très grande mortalité surtout chez les garçons, pour une part due, selon les écrits des missionnaires et des colons, aux nombreuses épidémies, aux mauvais traitements, à la dépression, même si cela n'est pas inscrit en ces termes, au manque de soins et d'attentions.

Les grossesses à terme sont rendues difficiles, car les conditions de vie et l'accouchement ne sont pas épanouissants, ni physiquement ni psychologiquement. On observe un fort taux de naissances prématurées. Les chroniqueurs signalent que durant l'esclavage, les nouveau-nés sont comme des avortons de petit poids et très faibles. Ceci résulte des conditions de vie des mères pour l'essentiel.

Dès que les mères accouchent et qu'elles ont sevré leur bébé, elles retournent travailler aux champs dans des conditions de maltraitance. Les bébés sont alors pris en charge par deux « négresses » alors désignées par le maître. Les bébés sont nourris et « entretenus » : le but étant ici, de protéger la future main-d'œuvre pour que les ateliers se renouvellent.

Ces enfants sont baignés, inspectés pour ne pas attraper de chiques. Ils reçoivent trois repas par jour, se promènent et se couchent sur de la bonne « paille ».

Cependant, ces enfants sont souvent décrits comme des enfants à l'air triste, au corps décharné. Les séparations mère/enfant se passent très brutalement,

sans aménagements, la mortalité est importante, malgré les précautions de nourrissage des bébés.

Pour un bon développement de l'enfant, il ne s'agit pas seulement de nourriture et de soins de puériculture. Nous savons avec les travaux des éthologistes, des psychologues et des psychanalystes de l'enfant, combien la notion d'attachement et de soins affectifs est importante.

Devant cet état de fait, les colons multiplient des « conditions favorables » pour diminuer la mortalité infantile, et préserver la main-d'œuvre future.

On encourage par exemple, les femmes à faire des enfants contre de l'argent, 33 livres à l'époque, on leur donne une récompense lorsque l'enfant atteint trois mois, les matrones sont dispensées de travaux de jardin, les nourrices exemptées de gros travaux, les femmes retournent aux champs deux mois après l'accouchement et non huit jours après.

Malgré toutes ces initiatives, la mortalité mère/enfant reste très importante ainsi que les dépressions post-natales des mères, les maladies, la stérilité et les fausses-couches. Les bébés meurent car trop fragiles et mal portés.

De plus, on craint le tétanos infantile qui touche les enfants esclaves très précocement.

On parle alors du « tétanos des négrillons » ou encore du « mal de mâchoire » ; tableaux qui me font penser à un état de détresse psychique chez les bébés, qui se manifestait à travers les postures du corps. Un certain nombre de signes cliniques apparaissent : difficulté pour téter, cri continu, raidissement de la mâchoire inférieure, lourdeur de la langue et quasi non-mobilité des muscles des deux mâchoires.

Le raidissement entraîne des difficultés pour ouvrir la bouche, pour avaler, pour déglutir. Très vite, tous les muscles du corps sont atteints de mouvements spasmodiques et les enfants meurent.

Les médecins trouvent des causes multiples telles que : le chaud et le froid, les indigestions, les diarrhées, les vers, les plaies du cordon ombilical, l'air frais du matin.

Comme je peux le constater, il n'y a ni médication précise ni prise en charge spécifique, l'aspect important de la relation privilégiée mère/enfant dans les premiers mois de vie, relation sereine, stable et nécessaire n'est pas pensée à l'époque, cela met en lumière les difficultés d'enfanter dans une situation de souffrance en captivité.

Mettre au monde un enfant dans la situation de l'esclavage est traumatisant à la fois pour la matrone, l'accoucheuse, la mère et l'enfant. La matrone se doit d'être alors expérimentée dans son savoir-faire, les mères psychologiquement doivent être fortes et sereines, les conditions sanitaires sont déplorables la relation à l'autre compliquée, les familles disloquées ou en passe à tout moment de l'être.

Les mères allaitent leur enfant d'un lait pauvre en calcium et en lipides du fait de l'alimentation maternelle non équilibrée.

Peu d'enfants sont nourris au lait artificiel : ce dernier tourne vite à cause de la chaleur et du manque d'hygiène.

Au-delà d'un an, l'enfant n'est pas sauvé pour autant. Il doit vaincre toutes les maladies infantiles qui existaient à l'époque.

Le sevrage intervient quand l'enfant marche ou lors d'une nouvelle grossesse de la mère.

L'enfant est alors nourri d'une alimentation solide mâchée au préalable par la mère elle-même. Le bébé mange du toloman⁴⁶, de la bardane⁴⁷, de la farine de manioc, beaucoup de sucre et de confiture.

Certains colons donnent aux mères de la mie de pain et de la farine de froment pour faire de la bouillie.

Les médecins comme Rufz et Moreau De Jonnes signalent un développement physique de mauvaise qualité, une protubérance ombilicale importante, des

⁴⁶ Amylum

⁴⁷ Arctium lappa

jambes arquées qui résultent non de la façon de porter le nourrisson sur la hanche mais d'un manque de vitamines D.

Le développement psychologique est rempli d'embûches : Les enfants jouent peu, on les décrit avec des yeux hagards, les relations mère/enfant sont peu intenses. Avant six ans, les jeunes enfants, sont laissés dans une salle appelée asile, sous la surveillance d'une vieille esclave, ils ne bénéficiaient d'aucune stimulation, mais étaient éduqués de façon autoritaire, éduqués avec des « restez tranquilles » qui brimaient le développement de l'enfant et qui en faisait des enfants dépressifs.

Dès l'âge de six ou sept ans, les enfants sont mis au travail, subissent les mêmes brimades que leurs parents.

Beaucoup de témoignages font état de maladies physiques comme : la gale, les diarrhées responsables des $\frac{3}{4}$ des mortalités, les crises de vers, la coqueluche, la varicelle, la scarlatine, la rougeole et les oreillons, la variole mais aussi les fièvres qui terrassent régulièrement les enfants. Ils meurent de maladies inconnues à l'époque et les autorités parlent souvent d'empoisonnement administré par leurs mères ou par les guérisseurs.

La mortalité infantile est forte, suite aux épidémies de : scarlatine en 1835 et 1836, coqueluche en 1837 et 1845 et diarrhée en 1843 et 1845.

Il n'y a aucun écrit sur la dimension psychologique concernant les enfants. Seules quelques descriptions de maigreur et de faciès triste font penser à un type de personnalité dépressive que l'on peut comprendre aisément.

Certains enfants sont décrits comme : apathiques, ayant des mouvements incontrôlés avec des retards de la marche et de la parole faisant évoquer un autisme précoce, on note aussi des troubles du caractère. L'étiologie est imputée à la nourriture et à la théorie du chaud et du froid. Les maladies

psychosomatiques se manifestaient par des douleurs abdominales, des anorexies, de l'asthénie, de l'amaigrissement, de l'anxiété, des chocs psycho-affectifs.

Selon G. Leti (1998), l'état sanitaire de la population noire au sein de la plantation était médiocre. Elle parle de diverses maladies telles que la géophagie.

Le Père Labat (1698) parlait de mélancolie noire, vraie dépression des esclaves qui touchait davantage les femmes avec perte d'appétit, torpeur, aspect livide du teint. Le seul remède était le mariage qui donne joie et fait faire de l'exercice selon lui.

Selon les missionnaires et les colons, la folie était fréquente chez les esclaves adultes.

Traiter la folie demandait d'innover dans les conditions particulières de l'esclavage.

Or, les traitements sont les mêmes que ceux que l'on applique aux autres maladies : saignée, purge, douches, chaud/froid, le corps est plongé dans un bain tiède et on met sur la tête un enveloppement froid. On applique aussi un « traitement moral » : il s'agit ici de récompenses ou de punitions : la carotte ou le bâton en quelque sorte.

G. Leti cite quelques cas dans ses travaux :

« ... Jean, homme libre, cultivateur au St Esprit, est amené le 16/12/1839 par les gendarmes pour avoir commis de graves désordres dans la commune. Les médecins le saignent plusieurs fois, lui donnent du purgatif Leroy et lui font faire de petits travaux. Il est considéré comme guéri et libéré le 21/12/1840... »

« ...Elmire, couturière à St Pierre, est âgée de vingt-trois ans. Elle entre le 19/06/1843 au centre, se livre à mille désordres, déchire ses effets, se barbouille de ses excréments et même les mange. La thérapie consiste surtout en douches. Comme elle en a peur, le médecin en profite pour la moraliser et lui faire renoncer à sa malpropreté. Puis elle est sortie de sa cellule pour être placée dans une chambre de la maison principale, très flattée par cette marque de distinction, elle s'assagit, le médecin la considère guérie et elle est rendue à sa famille le 27/12/1843 »⁴⁸

Le Docteur Rufz (1956), pense que la guérison est due à l'ensemble des thérapeutiques appliquées et non à une en particulier. Il s'inspire des méthodes de Pinel et de L'Esquinol : c'est l'école aliéniste qui voit dans la folie une maladie spécifique. Les causes sont individuelles, comme les passions et les émotions, ou collectives. La folie est alors considérée comme un déséquilibre social. Il reste à l'aliéné une part de raison et on ne distingue pas de chronicité ni de caractère aigu, curable et incurable.

Sur 439 malades, le docteur Rufz avec ses méthodes pense en avoir guéri 173, avant le travail de ce médecin, les malades étaient abandonnés ou livrés à eux-mêmes.

Selon des chroniqueurs, des missionnaires ou colons, la folie est donc fréquente chez les esclaves.

Le Père Labat (1742) note :

« ... Je ne sais quelle étoile avait passé sur la Martinique cette année, mais on n'y avait jamais vu un tel désordre et un si grand nombre de fois. Beaucoup de gens sans fièvre et sans aucun mal apparent eurent des transports de cerveau, perdirent le jugement et se mirent à courir les rues où ils faisaient mille extravagances... il y en avait déjà eu quelques-uns qui s'étaient

⁴⁸ G. LETI op. cit. p.115

*noyés, d'autres s'étaient brisés en tombant des arbres et des falaises, où ils étaient montés pour l'exercer à voler en l'air ».*⁴⁹

La seule thérapeutique à l'époque était la prison ou le bâton, l'isolement et la peur de l'entourage accompagnaient ces malades.

Les hôpitaux sont créés au XVIIIème siècle et se généralisent vers 1780 avec un personnel succinct, une infirmière choisie parmi les esclaves, appelée l'hospitalière. Femme souvent âgée et appréciée des esclaves, elle suivait le chirurgien dans ses visites et était responsable de l'hygiène.

Les médecins du roi et de la marine ne soignaient pas les esclaves. Ils étaient venus pour faire fortune aux îles et soigner ceux qui pouvaient les payer. Ils s'occupaient donc des soldats, des officiers malades.

Ils utilisaient cependant des remèdes issus de la pharmacopée des esclaves noirs et des Amérindiens. Dans la plantation, il y avait également des chirurgiens. Le Père Labat dit d'eux que leur réputation se résumait à l'avidité, à l'enrichissement rapide et à l'ignorance.

Les malades étaient soignés de deux façons : soit ils étaient confiés à un chirurgien, voire à un médecin en cas de maladie grave, soit ils étaient gardés à la plantation aux mains d'une matrone.

Les chirurgiens sont donc très largement inexpérimentés.

De Lamartinière en 1694 disait :

« ... Il ne faudrait admettre aucun chirurgien sans examen du médecin. Il faudrait faire subir un examen aux chirurgiens établis. Ces chirurgiens n'ont

⁴⁹ LABAT RP, op. cit. p. 78

aucune connaissance de la composition et de la structure du corps humain, non plus que les maladies et des remèdes. »⁵⁰

Les missionnaires envoyés par Richelieu pour évangéliser, adoptent très vite la médecine traditionnelle des Amérindiens et des esclaves africains.

Très vite considérés comme les premiers hommes de médecine, ils écrivent des ouvrages généraux où l'on retrouve de nombreux éléments médicaux.

Les esclaves avaient également leurs médecins : ce sont les guérisseurs.

RP. Labat les nommait les docteurs : il en était un fervent défenseur.

Les médecins européens reconnaissaient aussi leurs compétences dans le domaine de la phytothérapie mais très vite, ils les ont considérés comme trop influents et dangereux, comme des concurrents en fait.

Ils ont alors tout mis en œuvre pour pouvoir les anéantir, faire interdire leurs pratiques, les considérant comme des hors-la-loi qui pratiquaient illégalement la médecine.

L'ordonnance de 1743 décréta :

« ... Défense à tous les esclaves de l'un ou l'autre sexe de composer et distribuer aucun remède en poudre ou sous tout autre forme qui puisse l'être. »

Cette ordonnance décréta les guérisseurs comme empoisonneurs et les fit entrer dans la clandestinité, ce qu'ils sont jusqu'à nos jours.

⁵⁰ Cité par Légi, op. cit. p. 18

En fait, sur l'habitation, nombreux sont ceux qui prodiguent des soins. Ils portent toutes sortes de noms : panseurs, guérisseurs, « séanciers », sorciers, « quimboiseurs », magnétiseurs, devins.

Dans les campagnes, en dehors des médecins, on fait appel aux guérisseurs à la demande le plus souvent de l'esclave, pour des morsures de serpent notamment ou pour tout ennui de santé.

Les guérisseurs sont nombreux et réputés efficaces :

« ... Notre colonie possède une infinité de nègres et même de négresses qui exercent la médecine auxquels on voit beaucoup de blancs se confier. J'ai vu leurs cures qui m'ont beaucoup surpris. Ils gardaient sur la composition de leurs remèdes un secret inviolable...Ils pratiquaient des applications de cataplasmes et des tisanes purgatives très diverses et des bains froids. »⁵¹

Les guérisseurs africains n'étaient jamais méprisés, ils étaient considérés comme des experts de la santé, ils sont nombreux et recherchés pour leur savoir-faire et leur efficacité.

Une même personne peut en consulter cinq ou six, surtout dans les maladies qui résultent de sort. Apparaît alors la notion traditionnelle de la santé.

Chaque quartier a son guérisseur, qui est d'origine africaine ou créole, mais on préfère les Africains considérés comme plus « forts ». La société des esclaves est donc organisée autour du guérisseur. Ce dernier ne fait pas que guérir, il transmet aussi une certaine vision du monde.

Comme nous l'avons vu, cette profession inquiète les autorités, ainsi en premier lieu les médecins puisque leur clientèle se tourne vers les guérisseurs, ces derniers sont alors pourchassés par les autorités politiques.

⁵¹ Bourgeois, voyages intéressant différentes colonies, contenant un mémoire sur les maladies les plus communes à St Domingue, Londres et Paris, 1788, in-8°, VIII, 507 p.471-

Dès 1720, un amalgame est alors fait entre guérisseurs et empoisonneurs. L'interdiction d'exercer est réitérée, c'est une stratégie d'extermination par la peur qui est mise en place.

En conséquence, le Conseil Souverain de la Martinique interdit aux esclaves :

« De se mêler à l'avenir de guérir des maladies et de donner aucun remède, herbe, racine ou autre chose à l'exception de la morsure du serpent ».

⁵²

Les ordonnances royales se multiplient, interdisant toute médecine traditionnelle, exigeant les dénonciations, interdisant tout recours aux *doktè fey* et à la préparation de soins à base de plantes.

L'interdiction d'exercer est réitérée sans cesse :

« ... Défense aux nègres et gens de couleur libres ou esclaves d'exercer la médecine, la chirurgie, de préparer aucun remède ni de traiter aucune maladie à la ville ou à la campagne, sous quelque prétexte, quand même il serait requis » (Ibid).

C'est dire comme la crainte était forte. Malgré l'assimilation guérisseur/empoisonneur et les nombreux procès, il existe une tolérance de fait qui s'explique à l'époque par l'insuffisance des médecins occidentaux. Et c'est ainsi qu'une médecine créole pratiquée par les « vié nèg » existe mais « an ba fey » ⁵³ dans l'invisible.

C'est la résistance qui s'organise.

⁵² Cité dans Y-DEBBASCH, 1963 p. 153

⁵³ En cachette

Dans la société martiniquaise, persistent jusqu'à nos jours trois courants de soins : celui des médecins, celui de l'église et celui des *doktè fey*.

Celui des médecins civils ou de la marine. C'est la médecine dite scientifique.

- ils ont laissé des écrits montrant leur participation au débat d'idées de leur époque.
- ils apparaissent comme des personnages curieux et sérieux.
- Il s'agit ici d'un système de *soins que je qualifie de visible*.

Celui de l'église avec son cortège de missionnaires.

- ils laissent également des écrits ethnologiques très fournis sur les maladies et les thérapeutiques.
- Il s'agit actuellement avec le développement de nombreux mouvements religieux, d'un système de *soins que je qualifie de presque visible*.

Celui des *doktè fey*.

- ils travaillent dans la clandestinité.
- Ils ne laissent pas d'écrit visible, ils transmettent oralement par l'initiation des secrets : c'est un courant populaire provenant de l'Afrique, des Amérindiens, mais aussi de la France puis plus tard de l'Inde. *C'est un système de soins que je qualifie d'invisible*.⁵⁴

II-IV. L'organisation de l'assistance mentale après l'abolition de l'esclavage.

II-IV-a. Principes directeurs de cette politique.

⁵⁴ Souligné par moi.

Les premiers médecins français lancent les premiers appels en faveur des aliénés aux colonies avec des campagnes auprès des politiques pour l'organisation de l'assistance mentale outremer, vers 1905.

Toute une série d'articles dans les revues médicales et des rapports aux congrès coloniaux attire l'attention sur le problème.⁵⁵

Les médecins demandent, en 1908 au Congrès de Dijon, la création d'établissements spéciaux dans toutes les colonies.

Les choses se précisent vers 1912, avec quelques orientations, formation de psychiatres coloniaux spécialisés civils et militaires, législation sur les aliénés aux colonies, création de locaux et établissements pour délirants et aliénés constituant une sorte de réseau d'assistance psychiatrique, suppression du transport des aliénés indigènes dans les asiles en France. Une circulaire du Ministère des Colonies adressée aux gouverneurs prescrit l'établissement d'un programme d'assistance psychiatrique.

Malheureusement la guerre de 1914/1918 interrompt l'exécution de la plupart des projets.

Il s'agit selon Porot (1943), de suivre six grands principes directeurs:

- le premier principe étant de s'inspirer des conceptions modernes en matière d'assistance mentale.
- le second principe étant de mettre en place des traitements précoces de la maladie d'où la nécessité de services ouverts en relation avec l'hôpital général et des dispensaires ou consultation d'hygiène mentale. Ces services sont bivalents, ils fonctionnent comme des services ouverts et fermés suivant la qualité réactionnelle du malade. Parallèlement à ces services on trouve des établissements accessoires tels que des annexes psychiatriques pénitentiaires, des services d'enfants anormaux, des services réservés aux

⁵⁵ Rapport de Reboul et Regis au XXIIème Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Tunis, 1912, p. 6 et suivantes

toxicomanes. Des établissements dits de deuxième ligne sont aussi mis en place : les asiles, les colonies agricoles pour les séjours de longue durée ou lorsqu'il y avait chronicité.

- Le troisième principe étant de souligner l'intérêt social et économique des entreprises d'hygiène et d'assistance mentale aux yeux des autorités coloniales locales.

- Le quatrième principe étant de fixer le rôle des psychiatres aux colonies et d'assurer un recrutement satisfaisant. En effet, selon ce principe, le psychiatre dans son rôle ne doit pas se restreindre à son hôpital, il doit être aussi le conseiller technique de l'administration supérieure. Ces médecins face aux pathologies dites « exotiques » doivent avoir une double spécialisation : d'une part la connaissance de la médecine mentale occidentale et, d'autre part la connaissance de la médecine coloniale, il s'agit de l'influence sur la pathologie mentale du paludisme, des maladies parasitaires. Il est à noter que cette double formation était acquise à la faculté de Bordeaux, enseignée par des médecins des troupes coloniales.

- Le cinquième principe étant de respecter les coutumes locales ceci, en utilisant un personnel « indigène », mais ne pas tenir compte des thérapies traditionnelles, les combattre en les considérant comme du charlatanisme et comme dangereuses. Les malades sont traités sur place et plus du tout envoyés en France. Il existait de plus partout, des hôpitaux mixtes, où les services d'européens et d'indigènes étaient séparés.

- Le sixième principe étant de ne pas perdre de vue les mesures législatives et administratives réglementant l'assistance de ces malades.

Ainsi se trouvent résumées les grandes orientations de la politique de la santé mentale dans les colonies.

Cette politique coloniale de la santé se développa en premier lieu en Algérie et au Sénégal. Mais également en Martinique.

La Psychiatrie coloniale est liée aux travaux de Lévy-Bruhl et à ceux de son disciple M. Leenhardt, ces deux chercheurs vont étudier le fonctionnement psychique des « primitifs », il est à souligner que leur approche a vivement été critiquée par C. Lévy-Strauss.

Ils développent leurs travaux en faisant des analogies entre, enfant, primitif et névrosé et, font référence aux conceptualisations d'un fonctionnement psychique d'un primitif universel, avec les traits suivants : indifférenciation avec la nature, pas de conscience personnelle de soi, ignorance donc de sa propre existence en tant que sujet, substrat du racisme et du colonialisme. La personnalité indigène est associée d'emblée à la pathologie, le normal étant pathologique fondamentalement.

A l'égal des psychiatres coloniaux, les thèses de ces deux auteurs démontrent la supériorité du psychisme du colonisateur sur celui du colonisé, ces conceptions ont légitimé l'œuvre coloniale « civilisatrice ».

Ce sont sur ces mêmes bases que se sont développées les prises en charge au niveau de la santé mentale aux Antilles. On signale en Guadeloupe en 1852 un asile à St Claude qui abritait 400 pensionnaires.

En Martinique, à Ste Marie, St Jacques, un asile, destiné à remplacer celui détruit en 1902 par l'éruption de la montagne Pelée à St Pierre, devait voir le jour. Il s'agissait en fait d'une colonie agricole accueillant de jeunes enfants détenus et déshérités.

Les choses sont loin d'être comme en France on retrouve beaucoup d'initiatives privées dans ce domaine.

L'Asile de Saint Pierre voit le jour, c'est un établissement créé en 1839 nommé « la maison coloniale de santé »⁵⁶. C'est le premier établissement de santé mentale qui accepte tous les malades esclaves et notables. Y travaillent le Dr Rufz De Lavisson et le Dr De Luppé, tous deux aliénistes. Ils écrivent : un « Mémoire sur la maison des aliénés de St Pierre ».

La psychiatrie y prend une nouvelle tournure, influencée par les idées héritées de la philosophie des lumières. C'est le mouvement philanthropique qui milite contre l'esclavage aux colonies, qui fait passer le fou du statut d'insensé à celui d'aliéné.

Ils s'inspirent des travaux d'Esquinol et pensent que les formes de l'aliénation mentale à la Martinique sont les mêmes qu'en France. Les malades y sont soignés de la même manière.

Pour eux, la folie des noirs est due à l'alcoolisme pour une grande part. Les femmes sont sujettes quant à elles aux « folies querelleuses » qui se manifestent par des injures. Ils ne parlent pas des enfants, ce sont les grands absents (pour les enfants avant l'âge de 20 ans).

Le fou reste enfermé et traité, tout d'abord par le traitement moral inventé après la révolution française par Jean-Baptiste Pussin (1746-1811).

Il s'agit de travailler en collaboration avec le fou vers sa guérison, avec une attitude « bienveillante et rééducatrice » qui s'inscrit dans une orientation humaniste.

⁵⁶ Charles Nicolas, La maison coloniale de santé de St Pierre. Communication non publiée, 2002

La maison coloniale de St Pierre n'a pas un statut d'asile aliéné, les malades mentaux n'y ont pas de droit reconnu et n'ont donc aucun pouvoir juridique. C'est une maison de soins privée faisant office d'établissement public.

Les mêmes thérapeutiques qu'en France y sont appliquées et les médecins formés dans l'hexagone y exercent. En matière de traitements il y a : les traitements physiques, les traitements chimiques et les traitements dits psychologiques.

- En traitements physiques on retrouve : l'hydrothérapie, les bains, les purges et les ventouses.
- Pour ce qui concerne les traitements chimiques on utilise des substances végétales comme la belladone, l'opium ou encore le datura.
- Concernant les traitements dits psychologiques, Ruzf parle de traitements moraux ou intellectuels comme l'utilisation de la douceur et de la patience, l'intimidation lorsque la douceur ne donne pas de résultat, de conseils de bonne conduite, de mise au travail avec le jardinage notamment pour les hommes et de travaux de couture pour les femmes.

Avec l'éruption de la montagne Pelée et la destruction de la maison de santé de St Pierre, la psychiatrie à la Martinique régressera. La construction d'un asile à l'image de la maison de santé est financièrement impossible.

Les aliénés sont alors incarcérés à la prison dans des conditions extrêmement difficiles et inhumaines. Il n'y a aucune mesure thérapeutique, tout se joue sur le versant de la sécurité. Le fou est un danger pour la sécurité : il ne nécessite pas de soins mais des mesures dures quasi disciplinaires. Face à la promiscuité des prisonniers, les malades mentaux sont envoyés en Guadeloupe à l'asile de St Claude.

C'est en 1953 que l'hôpital psychiatrique de Colson ouvrira ses portes.

A l'époque se pose la question de la prise en charge des enfants. Dans l'ouvrage de Rufz De Lavision et De Luppe ⁵⁷, la consultation du tableau de la répartition par période décennale permet d'évoquer le thème des enfants « fous ».

En effet, sur 439 malades internés entre 1839 et 1864, 17 font partie de la tranche d'âge de 10 à 20 ans. Selon Rufz, la folie est rare avant l'âge de 20 ans.

Je pense que la prise en charge des enfants en souffrance psychique se faisait auprès des guérisseurs pour la majorité d'entre eux.

Qu'entendait-on par enfant « fou » ? A mon sens, c'est l'enfant inadapté dans la société martiniquaise en construction, société aliénée elle-même, au sortir de l'esclavage et se construisant dans un ailleurs, qui n'était pas encore un projet.

Ces enfants « fous », sont les enfants arriérés, délinquants, handicapés et malades mentaux. Ces enfants sont l'un des groupes sociaux les plus délaissés de l'île.

Ce n'est que vers la seconde moitié du 20^{ème} siècle que les structures spécialisées vont se développer avec la création du premier centre médico-psychologique en 1968.

En Martinique, les termes pour désigner la folie chez l'enfant sont : idiot, « ababa », couillon.

Aucun ouvrage ne parle de santé mentale chez l'enfant au 19^{ème} siècle et dans la première moitié du 20^{ème} siècle.

On parle surtout d'enfants déshérités qui sont recueillis par un certain nombre de structures telles que :

- l'Ouvroir des jeunes filles fondé en 1852 et reconnu d'utilité publique en 1872

⁵⁷ De Rufz De Lavision et De Luppé, la psychiatrie à la Guadeloupe 1839-1964, in de Luc Huffschmitt thèse de doctorat de médecine

- le Foyer de l'Espérance en 1872
- le Foyer des Orphelins des pères mobilisés en 1915
- le Centre de la Tracée en 1927

Ces structures sont des systèmes de régulation des déviances et sont pour la plupart des initiatives privées comme déjà signalé.

Pour les médecins aliénistes, la prise en charge psychologique ne concerne que les adolescents de 20 ans et plus.

En deçà de cet âge, il s'agit de vagabondage. Les enfants atteints de troubles mentaux sont alors livrés à eux-mêmes, pris en charge par les familles ou mis en maison de correction.

C'est ainsi qu'en 1850, il y eut la création d'une maison de détention pour jeunes filles qui est placée provisoirement à la prison de Fort de France. La terminologie « maison de correction » devient « colonie agricole » en 1958. C'est à Ste Marie dans le Nord Atlantique de l'île que l'on installe une colonie agricole sur l'Habitation St Jacques, colonie qui remplace la maison de santé de St Pierre détruite par l'éruption volcanique.

Dans cette colonie, y travaillent des mineurs du lever du jour au coucher du soleil, sans transmission d'éducation mais avec un mode de vie disciplinaire et autoritaire, pas loin de la maltraitance.

De nombreux enfants sont abandonnés, livrés à eux-mêmes et en vagabondage. Dès les années 1892, cette question préoccupe le Conseil Général qui se penche sur ce problème. Des projets sont mis en place mais rien ne se réalise. Création d'une part d'une nouvelle colonie agricole pour « enfant moralement abandonné » d'autre part d'une maison de correction.

Ce n'est que vers 1912 que les choses commencent à bouger. Le Conseil Général s'intéresse aux enfants assistés à « problèmes moraux, maltraités, délaissés ». Il propose la construction d'un édifice : « La Tracée » qui est

dirigée par des prêtres et ouvre ses portes en 1929 et les ferme en 1948. C'est un lieu de « redressement éducatif » fait pour empêcher l'enfant de « dériver ». L'enfant doit « garder le bon chemin ». C'est une colonie agricole pour enfance assistée.

F. Ste Rose précise :

« ...Rappelons que de nombreux foyers vivent sur le mode matrifocal souvent sans référence paternelle, plusieurs familles en détresse ont dû recourir à l'œuvre de l'enfance coupable. Ne perdons pas de vue l'idée selon laquelle, il faut élever durement l'enfant...pour lui éviter les « mauvaises fréquentations ». (2001, p 15).

La Tracée est en fait plus une prison qu'un centre de protection de l'enfance en souffrance. La description des enfants est assez édifiante. On parle d'enfants intenable, voués aux crimes, vicieux, menteurs, déficients physiques et mentaux.

Les enfants psychologiquement fragiles, dits « ababa » ou couillon, ne bénéficient d'aucune structure thérapeutique.

Ils vivent, en général, cachés dans leurs familles, frappés de malédiction dont les parents ont été visés par un sort, sort que « porte » l'enfant, pour contenir la cohérence familiale.

D'autres sont hospitalisés à l'asile des vieillards, internés en prison ou envoyés en Guadeloupe à l'asile de St Claude.

En Martinique, le soin auprès de l'enfance en souffrance est difficile à conceptualiser de façon institutionnelle, il est aussi difficile à entendre.

Il faut attendre 1960, sous l'impulsion de la politique des affaires sanitaires et sociales et de l'aide sociale à l'enfance, pour que soient pris en charge les enfants handicapés mentaux.

Le concept de l'enfance inadaptée est alors élargi, on sort de la déviance et de la violence pour s'intéresser aux troubles psychiques.

A Fort de France en 1967, sous une initiative privée, le premier I.M.P⁵⁸ est créé. D'autres verront le jour au fil des années, sortant les enfants fragiles psychologiquement de l'isolement, afin de leur donner des soins appropriés basés sur une expertise psychologique et thérapeutique.

II-IV-b Absence d'organisation, 50 ans sans pédopsychiatrie : 1902-1952.

En l'absence de structures adéquates, les enfants sont hospitalisés dans les mêmes conditions que les adultes. Il est vrai que la loi de 1838 ne mentionne pas l'âge des personnes à qui elle s'applique.

En fait, le courant pédopsychiatrique n'a pas encore atteint l'île où il n'existe pas de structure spécifique pour les enfants au 19^{ème} siècle.

Dans la première moitié du 20^{ème} siècle, avec la création de Colson en 1953 et la consultation d'hygiène mentale au dispensaire de Clérambault à Fort De France, s'ouvre l'histoire de la pédopsychiatrie en Martinique.

C'est en 1957 qu'a lieu la première consultation mensuelle d'hygiène mentale consacrée à la psychologie infantile.

Le pays se dote en 1960 de structures spécifiques pour les enfants souffrant de troubles mentaux, suite à une série de circulaires ministérielles, notamment celles du 15/03/1960 et du 13/09/1961 obligeant par ailleurs la séparation enfant/adulte dans les hôpitaux psychiatriques.

⁵⁸ Institut Médico-Psychologique

Ce n'est que quatre ans après la circulaire de 1961 qu'un service exclusivement réservé aux enfants fut créé à Colson. Il s'agit du pavillon Ribstein qui porte le nom du psychiatre qui l'a mis en place.

Malgré tout, la pédopsychiatrie n'a pas d'existence officielle, les psychiatres sont tous psychiatres d'adultes, de plus il n'y a pas de psychologue.

Deux événements vont secouer le système : Tout d'abord, en 1975, l'ouverture des premiers I.M.P., notamment Les Fougères situé au Morne Rouge dans le nord de l'île et, l'arrivée du Dr B. B, pédopsychiatre. Ce dernier entreprend la formation pédopsychiatrique des infirmiers qui prenaient en charge les enfants malades. Ce médecin a été précédé du Dr L, première pédopsychiatre à avoir été nommée. Voici ce que dit le Dr L, lors d'un entretien privé sur la structure :

« ...Avant il n'y avait pas de structure de soins spécialisés pour enfants ; ils étaient pris en charge dans des services d'adultes, en général dans le pavillon des femmes. C'était des cas lourds qui étaient hospitalisés. Il n'y avait pratiquement pas de dépistage, de prévention et de prise en compte de cas légers ou d'enfants en difficulté banale ».

« Les enfants étaient examinés toutes les deux ou trois semaines, l'équipe étant constituée d'un psychologue, d'un orthophoniste, d'une rééducatrice en psychomotricité, d'un médecin chef de service et d'un interne. On réalisait des dépistages, mais aucun bilan et aucune thérapie. »

Puis l'augmentation des moyens permet le développement des prises en charge. Une grande partie de la population infantine consulte surtout pour trouble scolaire.

Le Dr L, signale de nombreuses références au magico-religieux lors de ses consultations. Elle ajoute :

« ...Les références au magique transparaissent dans les choses de l'ordre du psycho affectif. Les gens clivent ce qui est de l'ordre de l'intellectuel, du cultivé et ce qui fait référence à l'étiologie magique, quand il y a clivage, les choses se passent bien, dès qu'on essaye de lier les deux registres, les patients disparaissent. »

Elle pense qu'il ne faut pas que les deux plans soient rassemblés par une même personne, chacun doit rester dans son domaine ; elle estime que les enfants qui rentrent à l'hôpital psychiatrique subissent « un acte d'abandonnisme » que les parents font quand ils ne peuvent pas faire autrement.

Il y aurait, selon elle, sans statistique fiable, de plus en plus d'enfants développant des pathologies psycho-affectives et des troubles de la personnalité versant psychotique. La source de ces problèmes serait à mettre en lien avec le système familial. Je reprendrai ce dernier point, lorsque j'aborderai le chapitre sur la spécificité de l'enfant en Martinique.

Le pavillon Ribstein recevait une quinzaine d'enfants entre 4 et 16 ans, au-delà de 16 ans, l'adolescent est envoyé, s'il n'est pas guéri et sans avis parental dans le service des adultes.

Dans ce service, les enfants provenaient des foyers et des services judiciaires et présentaient des troubles mentaux « lourds ». Les traitements étaient des psychothérapies, de l'ergothérapie et des soins médicaux.

Les équipes étaient composées de médecins, d'ergothérapeutes, de psychomotriciens, d'éducateurs spécialisés, d'infirmiers, d'orthophonistes et de rares psychologues.

Les parents n'étaient pas associés aux thérapies. En 1971, ce service accueille des adultes et cesse d'être destiné exclusivement aux enfants.

Avant la loi de sectorisation de 1976, des secteurs de pédopsychiatrie naissent dans l'île. Plusieurs structures voient le jour tel que le SESSAD ⁵⁹, puis le SESSIS qui remplace le SESSAD.

A la suite de l'arrêté préfectoral, le réseau de pédopsychiatrie repose sur trois secteurs :

- le Nord Caraïbe et Atlantique
- le Centre et l'Ouest
- le Sud Caraïbe et Atlantique

Auparavant, la pédopsychiatrie reposait sur deux pôles :

- le pavillon Ribstein
- les soins ambulatoires rue du Calvaire à Fort de France

Dorénavant, l'hygiène mentale est organisée et la prise en charge des enfants « *semble satisfaisante* » bien qu'il n'y ait que peu de personnel.

Actuellement, la Martinique dispose de deux structures intersectorielles :

- le centre de soins pour adolescents au Lamentin
- l'hôpital de jour pour enfants à Fort de France

D'autres structures existent telles que les CMP⁶⁰, IMP⁶¹, IMPRO⁶², CMPP⁶³, qui sont à l'image de ceux que l'on retrouve en France.

Depuis la fermeture du pavillon Ribstein, l'hospitalisation des enfants se fait dans les services de pédiatrie de l'hôpital général :

- Le Lamentin pour le Sud

⁵⁹ Arrêté préfectoral N° 76-3024 du 6/9/1976

⁶⁰ Centre Médico Psychologique

⁶¹ Institut médico Pédagogique

⁶² Institut Médico-Professionnel

⁶³ Centre Médico-psychologique et Pédagogique

- Trinité pour le Nord
- Fort de France avec la pédopsychiatrie à l'hôpital.

Grâce à cette organisation, rares sont les enfants qui rentrent dans un système proprement psychiatrique en Martinique. La pédopsychiatrie : ce n'est pas l'hôpital psychiatrique de Colson, hôpital pour adultes.

Beaucoup d'enfants sont pris en charge par des institutions qui relèvent de l'enfance inadaptée mais qui touchent au domaine de la psychiatrie de l'enfant. Malgré tout, jusqu'à maintenant, la pédopsychiatrie ne possède pas de structure d'hospitalisation propre.

Le projet d'une douzaine de lits à Mango Vulcin, le nouvel établissement de soins au Lamentin, est en cours.

II-V. Conclusion.

La conception de la maladie à la Martinique, repose sur la notion du chaud et du froid. La prise en charge des troubles du bébé se faisait autour de la personne reconnue par la communauté, personnage valorisé et craint, par qui passait à la fois la transmission et la révolte, chez les Amérindiens il s'agissait du *boyé*, sur l'habitation, il s'agissait du *doktè fey*.

Le doktè Fey, je le considère comme un homme *multiple*, car il a su à la fois tirer parti des médecines amérindiennes, africaines, européennes, puis plus tard, asiatiques et indiennes.

Le mot de maladie mentale n'existe pas dans la langue créole, les enfants « troubles », ne posent pas problème et sont identifiés comme des enfants singuliers, en devenir, révélant les défaillances du système familial, sociétal ou groupal, habités par un esprit et en devenir d'être guérisseur. Le « fou » est accepté, il ne fait pas peur.

Après l'organisation du système médico-social, système imposé par la force parfois, la conception de la folie change, le « fou » fait peur, sa place n'est plus parmi les siens.

Les points de vue sur l'enfant, sont alors en conflits, se dessinent progressivement deux systèmes de soins, deux conceptions de la prise en charge.

Dans le chapitre suivant, j'analyserai ces conflits en lien avec les représentations sociétales concernant l'enfant, les représentations traditionnelles sur l'éducation, le maternage, les relations mère enfant, famille enfant.

PARTIE III

LES CONFLITS ENTRE LES DIFFERENTS POINTS DE VUE SUR L'ENFANT

III- MAILLAGE ENTRE TRANSMISSION TRANSGENERATIONNELLE ET TRANSMISSION ENTRE LES GENERATIONS.

III-I. Introduction.

Quelques aspects historiques sur l'enfant et la famille sont ici nécessaires afin de mieux appréhender une éventuelle spécificité.

Concernant l'histoire de la famille, durant l'esclavage, les récits des voyageurs et des missionnaires, ainsi que les études des historiens sont contradictoires : tantôt il s'agit de tendres relations, tantôt de rigidité dans le comportement maternel.

Le Père Labat décrit lorsqu'il parle du rapport mère/bébé chez les Caraïbes, une situation très proche corporellement, d'extrême sollicitude et d'enveloppement.

Il note :

« ... Chez les Caraïbes, les mères aiment tendrement leur enfant, sont toujours en alarme pour détourner tout ce qui pourrait leur arriver de funeste. Elles les tiennent presque toujours pendus à leurs mamelles, même la nuit, elles se couchent avec leur enfant. Elles s'en éloignent fort peu. Elles le portent en leur bras avec un petit lit de coton qu'elles ont en écharpe liée par-dessus l'épaule, afin d'avoir toujours sous les yeux l'objet de leur souci. »⁶⁴

L'éducation des enfants est très souple. Il n'y a pas ici d'obligation, d'obéissance, mais très tôt l'apprentissage de la vie sociale est transmise : pêcher, tirer à l'arc, nager, faire des petits paniers et des lits de coton, être autonome assez vite.

Le Père Du Tertre, parlant des mères esclaves, présente une situation très proche de celle décrite par le Père Labat :

« ... Les esclaves aiment leur enfant avec tendresse, ne veulent pas qu'on les châtie, ne veulent pas les entendre crier...Elles se servent d'une toile

⁶⁴ Labat, op.cit.

qu'elles attachent par les deux bouts et qu'elles suspendent au-dessus de leur grabat, couchent le bébé dessus, elles y lient une petite corde et bercent le bébé la nuit quand il crie... Pendant cinq à six mois, elles donnent le sein puis elles mâchent dans leur bouche : patates, ignames, gros mil rôti et donnent à l'enfant. »⁶⁵

Le Père Du Tertre parle du mode de « port », il précise plus loin :

« ...Quand elles donnent le sein, elles ne le tiennent pas sur le bras, mais le mettent sur les hanches. La mère ne tient pas le bébé, c'est le bébé qui s'agrippe au corps avec les pieds et ses mains à la mamelle, ainsi l'enfant est toujours sur le corps de la mère, même lorsqu'elle travaille. »⁶⁶

Je qualifie ce maternage de proximal, en reprenant une expression d'Hélène Stork lorsqu' elle décrit le bain chez le bébé indien. Le contact avec le corps de la mère est intense.

Aucune allusion, avec ces témoignages de missionnaires, n'est faite à la situation difficile et tragique de l'esclavage ni aux frustrations que vivaient quotidiennement les mères, les pères mais aussi les enfants esclaves. Les femmes enceintes étaient non seulement contraintes à accomplir un travail « normal » aux champs, mais elles étaient fouettées et mutilées lorsque le rendement journalier baissait.

A. Davis cite Moses Grandy :

« ... Une femme enceinte qui commet une faute doit se coucher au-dessus d'un trou à sa taille. Alors, on la fouette ou on la frappe avec un battoir troué. Chaque coup provoque une blessure. Une de mes sœurs fut frappée si

⁶⁵ Du Tertre, op.cit.

⁶⁶ Ibid.

durement que les contractions commencèrent et que l'enfant naquit sur le champ. »⁶⁷

Les cas d'infanticides étaient nombreux, les femmes avortaient seules, refusant de faire naître des enfants dans des conditions de vie aussi dures, vie synonyme de fouet, viol et de chaînes. Ne pas donner la vie dans ces conditions, était certainement l'une des façons d'être une bonne mère, les avortements spontanés existaient et résultaient des conditions sanitaires et sociales traumatisantes. Ces avortements et ces infanticides étaient des actes de désespoir mais aussi de révolte, motivés par l'oppression liée à l'esclavage.

En 1772, Raynal écrit :

« ...Quelquefois même, on voit des mères désespérées par les châtiments que la faiblesse de leur état leur occasionne, arracher leurs enfants du berceau pour les étouffer dans leurs bras et les immoler avec fureur mêlée de vengeance et de pitié pour en priver les maîtres barbares. » (p. 40).

A chaque période de guerre qui perturbait l'importation d'Africains, les gouvernements royaux essayaient de favoriser la reproduction de la force de travail dans les plantations. Debien cite Foäche, qui commande à son gérant en 1771 : *« lorsque l'enfant est hors de danger, il faut récompenser les deux négresses, donner à l'accoucheuse 15 livres et à la négresse deux charges complètes de toile pour son enfant... »*.⁶⁸

D'autres mesures furent prises, notamment, l'affranchissement des mères de six enfants légitimes de leur couleur, vivant sur la même plantation et ce quand le plus jeune avait atteint l'âge de sept ans ; la protection des femmes enceintes, repos avant et après les couches ; deux heures de travail en moins

⁶⁷ Davis, 1983, P. 18.

⁶⁸ Debien, Plantation et esclaves à St Domingue, la sucrerie Foäche, 1770-1803, notes d'histoires coloniales, 1772, p. 130

pour les nourrices ; on avait même prévu des fêtes dont les femmes stériles seraient exclues.

Malheureusement, tous les colons n'appliquèrent pas ces mesures, car la femme esclave était avant tout une force de travail qu'il fallait utiliser à « plein rendement », qu'il fallait déshumaniser.

Girod De Chantrans (1980), imagine :

« ... On y verrait les mères avec leurs enfants rassemblés à une même table, parés de présents du maître, étalés aux yeux du reste de l'atelier, les récompenses de la sagesse. Ces accessoires unis aux soins essentiels seraient très propres à exciter une émulation de fécondité parmi les négresses, à adoucir l'esclavage et à faire naître insensiblement l'amour du maître et du pays dans les jeunes cœurs de ces esclaves. » (p. 30)

Conjointement l'église encourageait les mariages, pour la natalité, mais très peu de mariages furent contractés. En effet, à aucun moment, les esclaves n'avaient l'impression de diriger leur vie. Ils ne possédaient rien, n'avaient rien à léguer à leurs enfants, ni nom, ni biens. Dès l'origine, la traite des noirs impliquait une rupture des cellules familiales et sociales africaines.

Beauvue Fougeyrollas note⁶⁹ :

« ...Les individus sont arrachés à leur milieu initial d'intégration, ils deviennent des esclaves entièrement à la disposition du maître, ils cessent d'être des individus. »

Les esclaves, ne pouvaient avoir de vie propre, ni faire ou avoir une famille. Lorsque la mère ne se faisait pas avorter, les rapports avec le bébé, dès les premiers jours, étaient distants. La mère et l'enfant ne devaient pas s'attacher

⁶⁹ Beauvue Fougeyrollas 1975

l'un à l'autre, le bébé était élevé très durement afin de supporter les conditions de l'esclavage.

En fait, l'enfant « n'appartenait » ni à son père ni à sa mère mais au colon qui en usait selon son bon plaisir, le faisant travailler dès l'âge de sept ou huit ans ou le vendant à une autre plantation.

Debien cite Foäche :

« ...Si au sortir de l'enfance, on les prive de leur père et mère, ils donnent moins d'embarras. » (1975, p. 102).

Dessales ajoute :

« ...Les femmes sont bien soignées lorsqu'elles accouchent, leurs enfants sont reçus avec transport dans la maison de leur maître. » (1847, P. 89)

Dubuisson poursuit :

« ...La mère du nègre, peu de temps après qu'il soit sevré, le remet à son maître dans la maison duquel il est élevé ou bien il est confié à une vieille gardienne qui a l'emploi de soigner les enfants. Il ne voit plus dans ses parents que des êtres détachés de lui qui ne l'approchent que pour le gronder. Tout ce qui l'entoure détourne ses idées vers le maître commun : c'est du maître que viennent la nourriture, les châtiments : il est donc le seul objet de l'espoir et de la crainte. » (1780).

III-II. L'organisation de la vie familiale.

L'importance du maître ainsi que la fréquence des séparations va diminuer considérablement le rôle symbolique des parents. L'état civil des plantations

omettait le nom du père et n'enregistrait que celui de la mère, la législation adopta le principe du « partus sequitur ventrem », l'enfant suit le ventre.

L'organisation familiale est celle de la matrifocalité.

A. Gautier (2010) précise :

« ...Les femmes ne gèrent pas le pouvoir économique et symbolique des sociétés antillaises, mais la misère des dominés, plus que de l'Afrique cette coutume (le nom vient de la mère) provient du principe esclavagiste, l'enfant est élevé par sa mère et ne voit son père au mieux que le dimanche. » (p. 45).

J. Lirus (1978), parlant de matrifocalité précise :

« ...On a beaucoup parlé de matrifocalité, des études effectuées dans le cadre d'une recherche par l'Institut National d'Etudes Démographiques notent que 70 % des femmes interrogées vivent dans un foyer dont le chef est un homme, ils sont mariés le plus souvent, 30 % des ménages sont dirigés par une femme. » (p. 56),

Trente ans plus tard les statistiques de l'INSEE révèlent des chiffres bien différents, ou 80% des familles sont monoparentales, dirigées par une femme. Induite par l'esclavage, mais en même temps toujours freinée par lui, limitée dans sa pleine réalisation par des maîtres toujours prêts à sauvegarder leurs intérêts à brider toute structure familiale, la famille matrifocale s'est développée et consolidée à l'abolition de l'esclavage.

On aurait pu penser que les esclaves, une fois libres, adopteraient le modèle européen qu'ils le valoriseraient. En fait, l'abolition ne fut pas vécue comme une libération dans un premier temps.

Le passage du statut d'esclave à celui de prolétaire se solda par une grande fragilité. Il demeurait une dépendance accrue vis-à-vis des anciens maîtres.

Aux Antilles, l'abolition n'entraîna pas dans l'immédiat de réels changements économiques.

Dans ce contexte, tout en valorisant le modèle européen, considéré comme la norme, le modèle matrifocal persista donc partout où se maintenait une économie de plantation.

En effet, la famille patrilinéaire, pour se constituer, exige une relative maîtrise des moyens de production, une possibilité pour l'homme de se fixer.

Jean Benoist (1972), décrit ainsi la « maisonnée matrifocale »

« ...C'est un foyer orienté autour d'une femme représentant l'élément principal tandis que d'autres personnes s'intègrent plus ou moins durablement à la maisonnée. Autour de cette femme, ou plus exactement de cet axe mère/enfant, les autres relations qui existent sont plus ou moins fragiles, pouvant persister ou se dissoudre au gré d'événements particuliers. Le père, même s'il est exceptionnellement présent, demeure fonctionnellement marginal sauf dans les milieux plus aisés où il possède une terre suffisante pour assumer la responsabilité de sa famille. » (p. 152).

Je note la dissociation de deux relations qui par contre se combinent dans la famille nucléaire stable : le lien de la mère avec l'enfant et celui des partenaires d'un couple.

Selon J. Benoist cette dissociation empêche la formation d'un triangle qu'il nomme co-résidentiel stable père-mère-enfant. Dans le système matrifocal, la femme, même si elle détient l'autorité, cette dernière ne lui est pas réellement reconnue, son statut est au contraire dévalorisé.

Par contre, dans le système matriarcal, la femme a le contrôle de l'organisation familiale et son statut est reconnu. Le système matrifocal serait davantage un

système dans lequel la femme occupe un champ social laissé vide par l'homme.

J. Galap (2003), cite Lionel Valée parlant du fonctionnement de cette organisation familiale :

« Il se caractérise par la concentration des pouvoirs de l'autorité, des décisions, de l'affectif dans le rôle de la mater. » (P. 23).

Il n'y a pas de forclusion du père. Ce modèle n'est pas pathogène car les sociétés où ce modèle existe ont mis en place des structures particulières pour prendre en charge le développement psychoaffectif des mères et des enfants.

Ce modèle, même si la société dans son ensemble semble avoir adopté la modernité, ne se transforme que très lentement. Le personnage central reste toujours la mère avec absence réelle du père ou impossibilité de surpasser la mère par le poids affectif qu'elle investit.

La problématique du père se trouve posée. J. André souligne la complexité du réseau matrifocal. En effet, dans un même foyer, on trouve une fratrie de même père ou de pères différents, des enfants reconnus ou non par les pères.

Dans ce système, le père n'a pas de place : il est présent dans son rejet, dans le discours de la mère, cette dernière va, jusqu'à ne pas le nommer pour l'enfant.

J. André (1983), introduit l'idée que *« si l'homme est aussi aisément évacué, n'est-ce pas qu'il est le premier à fuir ? Que fuit-il et pour quels bénéfices ? »* (p.122), il y aurait tant à dire sur la problématique du père, j'aborde de façon succincte quelques aspects, tout en soulignant que ce n'est pas l'objet du présent travail de recherche.

La mère bénéficie de ce déséquilibre et ainsi matrifocalité et illégitimité se perpétuent. L'enfant, selon J. André, a deux fonctions, il réactive le lien mère/fille, il resserre la lignée utérine, il est également « *le terme séparateur entre son père et la mère de son père.* »⁷⁰

Pour A. et C. Jacquet (1981), les mécanismes d'exclusion du père, rejoignent la toute-puissance maternelle, les femmes compensent « *un manque lié à une non-reconnaissance de la valeur de leur féminité par leur propre père.* » (p. 53).

J. Gracchus dénonce la confusion entre père réel et la fonction paternelle. Pour lui, dans la société esclavagiste, le pouvoir du maître était délégué à certains, afin de faire marcher « *la machine esclavagiste* », le gérant, l'économiste, mais également les femmes, domestiques, nourrices, maîtresses du maître, les mères, les soignantes, qui entretenaient entre les esclaves des rapports de rivalité, de haine, de jalousie et de division.

J. Gracchus (1980), avance l'idée que l'esclavage a fabriqué des hommes qui ne sont que des outils et des géniteurs sans aucun pouvoir et donc en position d'infériorité par rapport à leurs compagnes.

Pour JC. Artigny (1975), il y a une motivation féminine à maintenir une indépendance, la femme n'étant pas dominée par l'homme, elle garde sa liberté économique, héritée de la tradition du marché africain, seulement les femmes antillaises ne sont pas des femmes africaines.

Pour MM. Hilaire (2000), on ne peut définir l'absence du père de façon absolue. Elle note que :

« *...Le père est connu ou inconnu, rencontré, aperçu, visité ou visiteur, il peut aider la mère matériellement un peu, beaucoup ou pas du tout pour l'enfant.* ».

⁷⁰ Op. cit. p. 208

Elle ajoute que, même si le père est absent ou se désintéresse de l'enfant, la parenté paternelle peut assumer à sa manière une présence affective ou matérielle auprès de l'enfant puis elle conclut ainsi :

« ...Les familles martiniquaises dans leur diversité se présentent comme des milieux fournis en conflits, carences, richesses et défenses potentiels ; conflits entre père/enfant, mère/enfant, carences attachées à la frustration ou au rejet, défenses aménagées pour subsister quand même. »

(p. 57).

Il n'en demeure pas moins que, ce sont les femmes qui s'occupent totalement de l'éducation des tout petits, le père, est et reste absent dans la prime enfance, il n'intervient le plus souvent que de manière autoritaire tant sur la mère que sur l'enfant lorsque ce dernier a atteint l'âge de douze à dix-huit mois, lorsqu'il commence à marcher. En outre, le bébé est l'objet d'un amour exigeant, celui de parents qui lui confient la réalisation d'espérances qu'ils n'ont pu eux-mêmes combler leur vie durant. Ce type d'amour est accru dans les milieux les plus défavorisés.

Selon J. Galap⁷¹, dans l'immigration antillaise, la famille monoparentale subit un certain nombre de problèmes : elle est surreprésentée et en grande fragilité, de plus ces familles, suite au déracinement, ont perdu l'organisation sociale qui au pays protégeait la matrifocalité alors l'absence physique de père devient problématique.

Au pays, le père n'est jamais très loin, la société peut combler le manque par contre en France, les questions telles que « pourquoi n'ai-je pas de père ? » et d'autres entraînent, un biais dans le développement, des conflits plus ou moins larvés dans la famille et des risques de violence intra et extra familiale à l'adolescence.

⁷¹ Galap, op. cit.

Cet auteur note également comme distorsion, les conflits « au sein des institutions de prise en charge », il précise que dans la famille matrifocale existe une obéissance totale de la fille/mère à la grand-mère maternelle qui l'héberge avec son ou ses enfants, ce qui entraîne nécessairement un abandon de l'autorité maternelle de la jeune mère, qui reste une éternelle fille, voire une quasi-sœur aînée de son enfant.

Lorsque les jeunes mères sont prises en charge en foyer maternel, il y a conflit d'intérêt car l'institution n'accepte pas « cet abandon », cette démission de l'autorité maternelle.

Et c'est ainsi que la mère ne comprend pas que « cette mère focale symbolique » lui refuse la prise en charge qui est celle de la structure matrifocale qu'elle connaît.

Aux Antilles, traditionnellement, le sevrage dans la famille maternelle revêtait un caractère particulier. La mère se séparait physiquement de son enfant, parfois l'enfant était envoyé loin de la famille mais restait l'objet d'attentions particulières : il n'y avait donc pas apparition de pathologie.

En migration, il en est tout autrement, surtout dans les familles monoparentales isolées.

Les troubles apparaissent chez l'enfant qui se plaint de manque d'affection, le milieu comble tant bien que mal la carence « d'une pratique culturelle qui a à voir avec l'Œdipe. »⁷² Il y a d'autres dysfonctionnements qui sont notés par J. Galap, il met notamment l'accent sur une éducation coercitive, dont j'ai parlé précédemment, sévérité et rigidité sont les caractéristiques de ces femmes, mais selon l'auteur, ce comportement serait surreprésenté. Les raisons tiennent premièrement au milieu social dont sont issus les migrants et aux éléments de culture sur le mode « d'une culture en conserve ».

L'éducation traditionnelle, dont l'un des buts est le dressage de l'enfant, conséquence d'une société issue de l'esclavage et de la colonisation,

⁷² Galap op. cit.

semblerait être une pratique plus importante en migration et en voie de marginalisation dans le pays d'origine, ce qui ne s'avère pas tout à fait exact selon moi, les violences intrafamiliales en Martinique sont cachées et non plus au grand jour comme d'antan.

J. Galap conclut :

« ...Une fois encore la culture n'a pas le même sens ni la même fonction là-bas qu'ici. »⁷³

Il existerait donc, selon l'approche de cet auteur, des dysfonctionnements de la matrifocalité en migration, mais je constate que les choses ne sont pas aussi tranchées. En effet, en Martinique, dans le monde éducationnel, avec une non-disponibilité des grand-mères maternelles et paternelles, qui jouaient un rôle de compensation affective, les enfants ont tendance à être éduqués par la télévision et la rue. Je constate, de plus en plus, de dysfonctionnements sur un versant d'agressivité et de violence : fugue, comportement suicidaire, toxicomanie, alcoolisme, chez les adolescents mais également de plus en plus chez les jeunes enfants.

La structure matrifocale dysfonctionne donc de plus en plus au contact également du modèle occidental patriarcal.

III-II-A. L'éducation traditionnelle.

Dans l'éducation traditionnelle, plus connue sous le nom de « an tan lon tan », en Martinique, l'enfant a pour rôle d'être une fonction productive dans la société, par l'appoint de main-d'œuvre qu'il constitue, c'est également un soutien dans les situations de crise, maladie, accident, veuvage, ce qui explique les devoirs de solidarité des enfants envers leurs parents. Il est aussi pourvoyeur de statut social et enfin il représente une assurance vieillesse, rôle

⁷³ Ibid., p. 154

dévolu à la sœur aînée, qui était souvent marraine d'un de ses frères et d'une de ses sœurs, véritable substitut maternel.

Du fait de la scolarité prolongée, du changement des modes de production et de distribution, de l'intégration sociale de plus en plus tardive, la fonction de l'enfant dans le monde moderne n'est plus la même, les fonctions de soutien et d'assurance vieillesse sont relayées par l'assistance sociale par exemple. Traditionnellement, l'enfant donnait donc du sens à la famille : il représentait un capital.

L'enfant qui naît dans une famille à dominante maternelle est souvent bien accueilli. La relation à la mère est très fusionnelle. Il fait l'objet d'une sollicitude extrême surtout s'il est de sexe masculin. Elevé au sein, la plupart du temps, il est nourri à la demande et pris dans les bras assez souvent surtout s'il est le premier de la fratrie.

Jusqu'à l'âge de douze à dix-sept mois, il est chéri, soigné, aussi bien par sa mère au moment du sevrage, que par ses sœurs aînées qui prennent le relais de la mère et font ainsi leur apprentissage du maternage. Une attention particulière est accordée au corps de l'enfant, qui intègre l'individu dans une chaîne symbolique, nouant les rapports à la maladie, à la mort, à la nature.

Dès vingt-quatre mois, on apprenait à l'enfant à « tenir son corps », veiller lui-même à sa santé, éviter « les imprudences », éviter de passer brusquement du chaud au froid, éviter de manger certains fruits, une banane alors qu'il a chaud par exemple, prendre des précautions pour ne pas « démonter son corps » et attirer la maladie, le mauvais œil.

On constate alors que l'éducation change à cet âge et devient plus sévère, c'est une éducation à la responsabilité, les familles étaient nombreuses et les enfants développaient la crainte des adultes, de tous les adultes.

Cette éducation était répressive, laissant peu de place aux dialogues, aux échanges entre parents et enfants.

Trop occupés à subvenir aux besoins primaires de la famille, en raison d'une situation économique difficile, les parents n'avaient pas le temps de s'occuper de l'épanouissement et du bien-être de leur progéniture.

Souvent, les plus petits étaient pris en charge par les aînés et il n'était pas rare qu'un enfant soit confié à une tante, à une grand-mère ou une marraine qui se substituait alors aux parents pour son éducation. Très tôt, dès l'âge de cinq ans les enfants, à la campagne ou dans les bourg ruraux, participaient aux travaux ménagers, allaient chercher l'eau à la fontaine, à la rivière ou encore directement à la source qu'ils transportaient dans des Calebasses ou dans des seaux en métal ou bien encore dans de grandes boîtes de conserves ou autres ustensiles à la taille de chaque enfant, ils devaient parfois faire plusieurs aller-retour pour remplir les réservoirs à eau de la maison : fût, baril, jarre, carafe.

Pendant que certains étaient occupés à rapporter de l'eau, d'autres faisaient la vaisselle, balayaient la case, nourrissaient les poules et les cochons.

Juste avant de partir pour l'école, les enfants prenaient un petit déjeuner composé, selon le garde-manger, de farine de manioc arrosée d'eau de café, d'un morceau de pain avec une banane, d'un fruit ou encore d'un reste de racines de la veille rôties au feu avec du lait.

La description de ce qu'est l'éducation traditionnelle nous permet de voir que très tôt les jeunes enfants sont responsabilisés, ils prenaient part à la vie sociale et n'étaient pas désœuvrés ni ne traînaient dans la rue.

Education à la responsabilité, où l'enfant devait respecter un certain nombre de règles, il devait « honneur et respect » envers les adultes dits « les grandes personnes », par exemple, dire bonjour à toute personne en signe de respect,

ne pas se plier à cette règle c'était courir le risque de recevoir un « palaviré »⁷⁴. Cette règle était à observer même lorsque les parents étaient en mauvais termes avec une voisine, leurs enfants se devaient de dire bonjour car « *les affaires de grandes personnes ne regardent pas les enfants* ». Les enfants devaient obéir, rendre service, participer aux divers travaux domestiques, être polis, ne pas faire honte aux parents en société, se plier aux règles établies par les adultes. Ne jamais contredire un aîné, ne pas soutenir le regard de la mère, ne prendre la parole que si on la donne et surtout ne pas parler créole, car parler créole à un adulte était le summum de l'impolitesse.

Dans l'éducation traditionnelle, « l'apprentissage » de l'enfant est l'affaire de tous les adultes de la communauté ainsi il est corrigé verbalement et physiquement non seulement par ses parents, mais aussi par les autres adultes vivant dans l'entourage. En effet, il n'est pas mal vu qu'un adulte, surprenant un enfant en train de commettre une bêtise, le corrige immédiatement et rapporte le fait à ses parents, qui souvent punissent à nouveau ; A l'époque, les instituteurs et les institutrices avaient carte blanche pour réprimander et même battre les enfants, avec l'autorisation des parents qui leur faisaient totalement confiance.

Dans l'éducation traditionnelle lorsque le cas est grave, en guise de punition, l'enfant est mis à genoux, parfois sur une grage⁷⁵ au milieu de la pièce et l'enfant ne peut se relever qu'en ayant demandé pardon. On le laisse debout de longues heures, les bras écartés avec dans chaque main une grosse pierre ou un gros livre. Pour leur faire avouer la vérité, on les menace de leur faire boire de l'eau bénite. Pour garder les enfants dans le « droit chemin », les parents font croire à ceux qui ont fait leur profession de foi et reçu un scapulaire, que le scapulaire les étranglera s'ils commettent de mauvaises actions.

L'éducation traditionnelle est motivée aussi par la menace d'un malheur qui peut frapper l'enfant à tout moment.

⁷⁴ Palaviré, c'est une paire de gifles

⁷⁵ Sorte de grillage recouvert d'aspérité

Cette éducation traditionnelle dite rigide est à mettre en parallèle avec une éducation traditionnelle plus respectueuse des besoins de l'enfant et de la famille, une éducation normée par les anciens où certes les punitions sont présentes mais jamais à friser avec la maltraitance.

Je constate trois effets de l'éducation « d'antan long tan »⁷⁶ : la répétition, l'éducation laxiste et permissive, l'éducation basée sur le dialogue et la communication.

Concernant la répétition, c'est reproduire ce qui a été inculqué. Le parent s'inscrit ainsi dans le système qu'il a connu dans son enfance, sans le remettre en question.

L'éducation laxiste et permissive se caractérise par le rejet de l'éducation rigide. C'est le laisser-faire, pour ne pas traumatiser, pour réparer sa propre blessure narcissique remontant à l'enfance. Le parent ne veut pas faire vivre à l'enfant ce qu'il a vécu et entre dans un système d'hyper protection. Il laisse faire l'enfant sans le reprendre. C'est l'enfant Roi qui n'a plus de repères. De plus en plus nous recevons en consultation de jeunes parents défailant dans la relation avec leur enfant ce dernier développant des troubles du caractère avec une dominante de colère et d'agressivité, signant ainsi des troubles importants du lien.

En ce qui concerne l'éducation basée sur la communication et le dialogue, ce sont les nouveaux parents, qui soutiennent leurs enfants au lieu de les contraindre, qui favorisent l'écoute, la compréhension, qui leur donnent des repères, savoir les comprendre sans être laxistes, leur donner des repères pour leur propre structuration interne et enfin leur transmettent des valeurs pour vivre en société. Ces nouveaux parents en Martinique sont encore rares et font, pour la plupart, partie de la classe des intellectuels éduqués en France ou à l'étranger.

⁷⁶ « Antan long tan c'est-à-dire jadis

III-II-B. La grossesse et le maternage.

III-II-B-1. Soins au corps de la mère.

Si la tradition veut que la venue de l'enfant soit vécue comme un don et, si le proverbe dit : « tété pa janmen tro lou pou lestonmak »⁷⁷, la maternité et la naissance font l'objet de prises en charge spécifiques médicales et rituelles.

Jusqu'à la fin des années 50, les femmes accouchaient à domicile avec une matrone. La matrone était le plus souvent une femme âgée et thérapeute traditionnelle. Elle pratiquait avec ses instruments, ciseaux, canif, fil à broder pour le cordon, plantes. Lors des accouchements difficiles, la parturiente buvait une tisane de « manman sann »⁷⁸ ; elle prenait également un bain pour la détendre lors des contractions et, elle utilisait un lubrifiant à base de feuilles de combos⁷⁹ ajouté à de l'huile de ricin⁸⁰ pour permettre un dégagement plus rapide.

La matrone donnait les premiers soins au nouveau-né, lui frictionnait le visage au rhum, puis, le baignait avec de l'eau tiède et du savon de Marseille et nettoyait ses yeux avec des gouttes de citron.

Le placenta était enterré et le huitième jour, une fois le cordon tombé, il était mis en terre, on plantait à cet endroit un bananier ou un cocotier baptisé du nom de l'enfant.

Mettre au monde un enfant est un acte socialement valorisé aux Antilles. La grossesse constitue une phase de développement psychoaffectif d'une femme. Il y a alors reviviscence des relations anciennes et intériorisées avec ses

⁷⁷ Une enfant n'est pas une gène

⁷⁸ Cendres recueillies dans un foyer, mélangées au rhum et au sel

⁷⁹ *Abelmoschus esculentus*

⁸⁰ *Ricinus communis*

propres parents, son vécu de petite fille mais aussi ses désirs projetés sur le corps de sa mère.

Pendant longtemps, aux Antilles, les femmes ont eu plus d'enfants qu'elles ne le désiraient. En effet, elles ne sont respectées et valorisées que lorsqu'elles deviennent mères. Elles obtiennent ainsi un statut de femme à part entière.

Dans le discours explicite des femmes, le sexe du bébé importe peu. Cependant, en y regardant de plus près, le désir d'avoir un garçon lors du premier accouchement est inscrit fortement dans l'idéal des mères. Quelque part, reste inscrit dans cet idéal des mères antillaises l'idée qu'avoir donné naissance à un enfant mâle la valorise. D'ailleurs, il est assez courant de dire qu'une femme qui a eu un fils en première grossesse est chanceuse dans la vie.

La déception qu'entraîne la naissance d'un enfant, alors que ce n'est pas le sexe espéré, est d'autant plus grande s'il s'agit d'une petite fille. Il y a alors résignation et désinvestissement de la part de certaines mères.

Madame R... me dira avoir accepté la naissance de sa fille en se répétant sans cesse : « *Mieux vaut une petite fille en bonne santé, qu'un garçon infirme* ».

Lors de la seconde grossesse, il s'agit avant tout de recréer un couple entre les enfants, les mères ayant eu un garçon en premier veulent une fille en seconde grossesse et vice-versa. Il est important de recréer une unité, de faire un tout, la mère se sent alors complète comme si elle avait rempli son contrat.

L'entourage immédiat de la femme, mais aussi toute sa communauté, suit discrètement l'évolution de la grossesse.

En fonction de la forme du ventre, on détermine le sexe du bébé dès le cinquième mois :

- si le ventre est pointu et en avant, c'est un garçon,
- si par contre il est rond et porté partout, c'est une fille.

La grossesse est un moyen d'être valorisée par le mari ou le concubin. En effet, ces derniers feront tout ce qui est en leur pouvoir pour satisfaire les désirs de leur femme afin que l'enfant ne soit pas « *marqué*. ».⁸¹ Il semblerait que les femmes migrant en France aient plus souvent des envies qui portent surtout sur : les produits du pays comme les fruits, les légumes mais aussi les boissons. Ainsi est maintenu le lien avec la terre natale. L'enfant à naître commande aussi les envies et se trouve rattaché à la terre maternelle.

Pour beaucoup de mères, le corps de la mère et celui de l'enfant sont non représentables. Elles ne se souviennent pas de leur enfance et ont refoulé l'image de la mère enceinte.

Enceintes les femmes se représentent en rêve, un fœtus-enfant « *qui court partout et donne des coups de pieds* », ce qui les comble, c'est l'enfant du rêve. C'est l'enfant du conte « le Ti Jean », enfant de sept ans qui naît et part immédiatement chercher fortune pour sauver sa mère de la misère.

Aux Antilles, la venue de l'enfant ne se prépare pas, du moins en ce qui concerne le berceau. En effet, le berceau ne sera acheté ou emprunté qu'après la naissance, par le père et la grand-mère maternelle.

Acheter le berceau avant la naissance est un mauvais présage, c'est attirer sur le bébé tous les mauvais sorts, c'est être une mauvaise mère, c'est refuser déjà avant sa naissance de le protéger.

La mère, pilier de la famille, prend toutes les responsabilités dès la naissance et même avant. L'enfant appartient à la mère, le père est exclu dès le départ. Ceci

⁸¹ Tâche d'envie

fait d'ailleurs référence au code noir⁸², où l'enfant appartient au maître et suit la situation sociale de sa mère. C'est elle qui choisit le prénom de l'enfant et qui en informe le père puisque l'enfant c'est l'affaire de la mère.

Il est courant qu'un enfant porte un prénom mixte, un prénom masculin plus un prénom féminin, ou souvent, un seul prénom qui ne correspond pas au sexe de l'enfant, par exemple : Nicol pour un garçon et Georges pour une fille.

Le choix du prénom constitue une manière assez privilégiée de saisir la place que l'enfant occupe dans la vie fantasmatique de sa mère. Le prénom indique souvent une préférence pour le sexe désigné à l'enfant, mais aussi la place qui lui est réservée dans les liens qui unissent l'enfant réel et l'enfant imaginaire, ce qui indique la nature et la projection des désirs inconscients sur le bébé.

L'enfant, dès lors, est la propriété de la mère durant la grossesse et surtout si la mère pense fortement ou espère donner naissance à un garçon.

Elle interrompt tout rapport sexuel avec son mari ou concubin pour se réserver à son fils à venir. Les mères sont alors très fatiguées, passent leur temps au lit, elles abandonnent les tâches ménagères au mari, l'obligeant à participer à la grossesse.

L'enfant qu'elles portent, ce garçon, est alors censé tout accomplir, réparer, combler.

Il est déjà *pour* la mère et *contre* le père.⁸³

Lorsqu'il s'agit d'une petite fille, l'attitude de la mère est différente : il y a beaucoup plus d'harmonie entre elle et le père.

Lorsque l'enfant naît, il délivre la mère de l'angoisse, mais il la déçoit car il n'est jamais comme elle l'espérait. Les mères s'en résignent dans leur discours, elles disent : « *je l'ai accepté tout de même, je l'aime...j'aime tous mes enfants* ».

⁸² Code noir de mars 1685 articles 10 et 12 et, code noir du mois de décembre 1723 art. 8 et 9.

⁸³ Souligné par moi

DW. Winnicott (1969), émet l'hypothèse que la mère hait le petit enfant dès le début et cela pour diverses raisons, « l'enfant n'est pas sa propre conception (mentale), l'enfant n'est pas celui du jeu de l'enfance, l'enfant du père, l'enfant du frère. ». Enfin, pour beaucoup d'autres raisons. La mère doit pouvoir tolérer de haïr son enfant sans rien y faire, et DW. Winnicott d'ajouter :

« ...Ce qu'il y a de plus remarquable chez une mère, c'est qu'elle est capable d'être si maltraitée par son enfant et de haïr autant sans s'en prendre à l'enfant »⁸⁴.

C'est par l'observation et l'analyse du discours implicite que les choses deviennent claires. A peine né, l'enfant réel est décevant, « l'enfant du désir manque à l'appel ».

Ces mères « fonctionnent » avec leur bébé sur un mode opératoire, n'ayant pu faire coïncider le fantasme d'enfant imaginaire et leur indifférence aux besoins du nouveau-né.

Les relations mères/enfants sont très ambivalentes, à la fois fusionnelles et rejetantes, attentives mais aussi distantes.

III-II-B-2. Représentations du corps de la mère.

Durant la grossesse, mais surtout avant l'accouchement, les femmes prennent soin de leur corps par une alimentation équilibrée, appropriée et culturellement inscrite, elles prennent également des bains de feuillage. Le rituel est toujours présent.

Pour faciliter l'accouchement, les femmes utilisent, par exemple, des bains émollients avec des feuilles de fromagé⁸⁵ et de glycérine⁸⁶. Ces feuilles sont écrasées les unes contre les autres et macèrent dans une bassine d'eau mise au soleil, les femmes y prennent des bains de siège prolongés.

⁸⁴ Op. cit.

⁸⁵ Ceiba pentandra

⁸⁶ Anredera leptostachys

Depuis quelques années, ces coutumes disparaissent au profit des conseils médicaux. Il est vrai que la médecine occidentale a permis de faire de gros progrès en ce qui concerne la survie de la mère et de l'enfant, mais elle instaure par son asepsie trop poussée une distorsion dans les rapports entre traditions et modernité.

Les grands-mères ont du mal à transmettre la tradition car elles ne sont plus écoutées par leurs filles, ces dernières se tournent vers les soins médico-sociaux.

Madame T. me dit :

« ...Je ne suis pas sûre des résultats avec la tradition, je suis l'avis du médecin. »

Madame R. ajoutera :

« ...ça c'est chose de vieille femme, je n'y crois pas...je ne demande rien à ma mère, je vais voir le médecin...quand je suis enceinte, je ne fais rien de traditionnel, ni manger particulier, ni bain de feuilles... ».

Les bains de feuillage perdurent cependant dans les communes et les quartiers défavorisés des grandes agglomérations comme Fort de France, Lamentin, Schoelcher.

Dès les premières contractions du neuvième mois, certaines femmes qui s'adosent sur leur groupe d'appartenance, font systématiquement un ou plusieurs bains de siège.

Les feuillages sont parfois remplacés par des bains au « gros savon »⁸⁷. Dans une grande bassine d'eau tiède savonneuse, quelques gouttes d'alcali sont ajoutées, afin de se protéger contre les mauvais esprits, lutter ainsi contre la magie et la sorcellerie.

⁸⁷ Savon de Marseille

La famille met également de l'alcali devant la porte et nettoie la maison quand il y a un doute. Mettre de l'alcali dans le bain de la délivrance, c'est aussi désenvoûter éventuellement l'enfant à venir et le protéger du mauvais œil.

Les bains de siège sont accompagnés de massages du ventre, de haut en bas.

Madame M. raconte :

« ...Quand je suis sur le point d'accoucher, je me baigne avec du gros savon, j'accouche bien...le dernier, j'ai fait ça à 12 heures...j'ai accouché à 14 heures 30, je masse, ça accélère le travail, fait éclater la poche des eaux et l'enfant descend. »

Madame T. acquiesce :

« ...Quand je vais accoucher, je me baigne...un bain de siège...avec du gros savon et de l'eau tiède, comme ça, je ne sens plus les contractions et j'accouche vite. »

Au bain de feuillage, ou de gros savon, s'ajoute toute une alimentation composée de : *gombos*⁸⁸, légumes gluants que l'on consomme après les avoir fait bouillir dans de l'eau, d'infusions de bourgeons de *mombins*⁸⁹, de *christophines*⁹⁰ pour se rafraîchir, se nettoyer, se purger, de *chatrous*⁹¹, de soupe grasse, de bananes.

Toute cette alimentation permet de faciliter la délivrance « *afin que l'enfant glisse mieux* » disent les mères, cela calme également, les douleurs dues aux contractions.

Tous ces préparatifs *sur* et *dans*⁹² le corps de la mère permettent de la protéger elle et son enfant, cela permet aussi, de les préparer tous les deux au grand jour. Il s'agit également de recréer le lien avec la terre et avec les ancêtres, et d'inscrire l'enfant à venir dans sa culture.

⁸⁸ *Abelmoschus esculentus*

⁸⁹ *Spondias mombin*

⁹⁰ *Sechium edule*

⁹¹ Pieuvres

⁹² souligné par moi

Deux niveaux s'intriquent avec le développement de la grossesse :

- Le premier niveau, c'est celui de l'identification maternelle archaïque, en effet, en enfantant, la femme rencontre et touche sa propre mère ; précocement, la petite fille veut détruire le corps de sa mère, surtout le ventre et son contenu. Ceci se trouve réactivé à la grossesse, désir d'être pleine, grosse, la fille devient sa mère, la prolonge. M. Bydlowski (1978) précise : « *qu'enfanter, c'est reconnaître sa propre mère à l'intérieur de soi* ». (p : 62)
- Le deuxième niveau, c'est celui de la réalisation oedipienne. Pour S. Freud, le désir d'obtenir du père le pénis sera relayé par le désir d'en avoir un enfant, l'enfant remplace alors le désir du pénis.

En Martinique, depuis quelques années, les rapports mère/fille ont tendance à être très difficiles. La fille reproche souvent à sa mère de ne pas l'aimer et de lui préférer son ou ses frères. Sa grossesse se vit alors à deux niveaux : c'est faire cesser sur sa personne la mainmise de sa mère et c'est aussi accéder au statut de mère qui est très valorisé au pays.

En effet, l'image de la mère a tendance, bien que cela change très vite, à être la seule image féminine valorisée. Elle donne accès à un statut social, de respect et d'envie. Enceintes, les femmes se sentent et se vivent belles.

Madame P. déclare :

« *...Je ne me vois pas déformée, une femme enceinte c'est beau... son corps est beau à voir...* ».

Madame D. :

« *...La grossesse c'est quelque chose de beau, je me trouve bien...* ».

Madame H. ajoute :

« *La femme enceinte est belle, son corps est super* ».

Tels sont les discours que l'on peut relever tout au long des entretiens. La femme porte son ventre comme un trophée, elle le met en valeur par les vêtements, mais aussi et surtout par la démarche très particulière, les jambes légèrement écartées, elle est cambrée, presque arc-boutée tant elle pousse son ventre en avant.

Le ventre est alors une offrande à la communauté, car il est l'affaire de tous, les regards envieux des autres femmes et de la convoitise des hommes. Dans ce contexte, il s'agit du ventre et non du bébé.

Avoir un petit, c'est avoir quelqu'un qui rend des services aux parents et qui sortira peut-être la famille de la misère : c'est un consolateur. Avant sa naissance l'enfant est déjà inscrit dans ce projet, la représentation rejoint ici l'enfant du conte, Ti Jean.

La stérilité, l'enfant mort-né, l'avortement, résultent d'attaques sorcières, ou de l'action négative d'autrui sur soi.

Malgré toute la valorisation de la femme en « *situation*⁹³ », beaucoup de grossesses sont des grossesses à risque, selon les observations des travailleuses familiales, des sages-femmes et des gynécologues.

L'explication donnée par le corps médical tourne autour du fait que les femmes font des travaux pénibles trop longtemps, portant ainsi préjudice à leur état. Mais l'explication peut être ailleurs, dans le fait notamment que la grossesse est moins bien accompagnée qu'auparavant. En effet, les femmes vivent pour la plupart seules, sans soutien de leur propre mère, elles ne sont pas soutenues par le groupe des femmes, la constellation dont parle D. Stern. La grossesse est moins inscrite dans la culture. Souvent ces femmes n'adhèrent à aucun système de soin, ni celui de la médecine traditionnelle, ni celui de la médecine

⁹³ mot qui signifie que la femme est enceinte.

occidentale. Absence de suivi, absence de prise en charge, solitude et misère sociale et psychique, tout cela peut aboutir sur un drame, lorsque la grossesse présente des risques pour la mère et pour le bébé.

J'ai constaté que les malaises étaient plus intenses chez les mères attendant ou espérant un garçon.

Madame P. dira :

« ...Je n'avais envie que d'une chose, me coucher et dormir... ».

Madame R. :

« ...J'étais fatiguée, je voulais dormir, mon ventre était pointu...Je pensais que c'était un garçon... ».

Ainsi par cette attitude, les femmes forcent leur mari ou concubin à participer à leur état. Pour l'obliger à porter la grossesse, elles pratiquent le rituel suivant : elles enjambent le mari ou le concubin quand il dort, dans le but de déclencher la couvade. Madame A me confie :

« ...Pour que le père porte la grossesse, quand il est couché, je traverse dessus pour qu'il porte la grossesse avec moi... ».

Les femmes sont alors, même allongées, toutes puissantes, toute puissance qui ne peut s'exprimer qu'en ces circonstances. Après la naissance, rien ne sera plus pareil.

Elles seront de nouveau seules pour prendre toutes les responsabilités, ce qui n'est pas sans risque et sans danger pour la vie psychique de la mère et du bébé.

III-II-B-3. Représentations du corps du bébé.

Le bébé établit son premier contact avec le monde, par le contact physique avec sa mère, cette perception du corps de l'autre est alors une source de réconfort, de chaleur et favorise son ouverture et son adaptation à des situations nouvelles.

La psychanalyse met en évidence certains aspects de la relation mère/bébé, notamment en ce qui concerne la vie émotionnelle de la femme enceinte, l'allaitement, le bain, le contact peau contre peau.

Dans son ouvrage, « la peau et le toucher », A. Montagu (1979), met l'accent sur la peau et le contact physique. Le toucher de la mère a une incidence, dit-il, biologique très forte sur le développement harmonieux des fonctions respiratoires et nutritives de l'enfant. En effet, la stimulation cutanée active le système neurovégétatif qui agit, à son tour, sur les centres respiratoires et les viscères.

Il me semble que dans cette relation de « peau à peau », le bain reste un moment privilégié. En effet, l'élément liquide rappelle au bébé le bain « *du corps de la mère* », le liquide amniotique dans lequel il a vécu, élément qui ne lui est pas inconnu et moment où les contacts peau/peau et les échanges sont intenses.

Le bain traditionnel en Martinique est spécifique, tant au niveau de la préparation que dans la manière de le donner. Il a pour but d'inscrire le bébé dans le monde des ancêtres mais également de l'inscrire dans l'avenir. Le bain purifie et tonifie le bébé. Par certains aspects, il rappelle « *le ben démaré* », ⁹⁴ Il s'agit toujours d'un bain de feuillage. Les plantes utilisées sont : le *caca béké*⁹⁵, la glycérine⁹⁶, le corossol⁹⁷, *le fromagé*⁹⁸, l'hibiscus⁹⁹.

Ces plantes varient selon que l'on habite le nord, le centre ou le sud de l'île.

Elles sont mises au soleil dans de l'eau de pluie, puis y est ajouté, un peu de rhum, lorsque cette eau devient gluante et verdâtre, l'enfant y est baigné.

⁹⁴ le bain tonifiant donné par le thérapeute traditionnel, qui permet de se dégager des attaques sorcières.

⁹⁵Senna bicapsularis

⁹⁶ Anredera leptostachys

⁹⁷ Anoma uricatas

⁹⁸Ceiba pentandra

⁹⁹ Hibiscus rosa-sinensis

De par ses composants, ce bain a plusieurs vertus :

- le *caca béké* et la glycérine moussent, purifient et soignent les maladies de peau,
- le corossol calme et fait dormir,
- le rhum, dans l'imaginaire antillais, rafraîchit et désinfecte.
- l'ensemble de la préparation a une action saponifère et aseptisante.

Madame P. raconte :

« ...Je la baigne dans du feuillage, de la glycérine, du corossol pour dormir, de l'acacia ; je fais une glue en frottant les feuilles les unes contre les autres, je mets au soleil, je baigne l'enfant dedans afin d'avoir une belle peau. C'est ma mère qui m'a dit que c'est bon, d'ailleurs je faisais cela à mes neveux... ».

En complément du bain de feuilles, on fait prendre à l'enfant un bain de « serin¹⁰⁰ ».

A cinq heures du matin, la mère part avec l'enfant pour une grande promenade dans la nature. Le bébé est peu vêtu, c'est en quelque sorte un bain de rosée, « *C'est de l'oxygène en plus* » dira une mère. Mais, c'est aussi l'inscription dans le pays, si caractéristique le matin avec ses odeurs et bruits uniques.

Cette technique a également pour but de renforcer les défenses de l'enfant et d'établir une vraie proximité entre la mère et le bébé.

Au retour, le bébé est étendu sur une natte à l'intérieur de la maison, puis il est baigné à l'eau froide. La mère le lave des pieds à la tête afin qu'il soit résistant aux maladies.

Madame A. (soixante ans), me parle du bain de « serin » :

« ...Je le prends et l'emmène prendre un bain de serin dès qu'il a un mois d'âge ; à cinq heures du matin, je l'emmène faire un grand tour dans la campagne. Ensuite, quand je reviens, j'ouvre une toile épaisse sur le sol car la terre est mouillée. Je pose l'enfant dessus, il prend toute la fraîcheur, puis je le

¹⁰⁰ Le serin c'est l'aube.

baigne à l'eau froide, je le sèche et l'habille, je fais son lit et le mets dessus. Mes enfants n'ont jamais été malades ».

Le bain, c'est aussi « le ben de couche ». En effet, les couches du bébé sont trempées dans du bleu Guimet¹⁰¹, ce qui, selon les mères, calme et fait dormir. Ce bain n'existe plus, car les couches en tissu ne s'utilisent plus.

A chaque bain, la tête du bébé est rafraîchie avec une composition à base d'huile de carapate¹⁰², de rhum auquel la mère ajoute trois feuilles de corossol pilé. Ce bain d'huile ne concerne pas tout le corps et permet à l'enfant de supporter la poussée dentaire.

Le massage du crâne est aussi important, il permet d'éviter le « tet fann »¹⁰³, la pénétration des esprits malveillants, la déperdition de la force vitale du bébé. Ainsi le bain traditionnel est un moment privilégié et protecteur. La mère le prépare avec beaucoup d'attentions, elle prend son temps. C'est chaque fois un moment unique de la relation.

Toutefois les traditions et leurs fonctions se perdent au profit des produits pharmaceutiques et d'un bain fait à la va-vite, processus d'acculturation massif. Donner un bain traditionnel est vécu maintenant comme une sorte de déchéance sociale pour certaines. Par contre, acheter des produits vantés par la télévision, c'est montrer aux autres que l'on peut se permettre d'accéder à un statut social supérieur.

Madame K. :

« ...Quand il y a du soleil, je mets de l'eau avec du savon liquide lactacide ; si les boutons ne partent pas avec ces produits, après j'utilise les plantes ».

Madame T. :

¹⁰¹ Du bleu guimet

¹⁰²Palma christu ricinus communis

¹⁰³Tèt fen c'est une maladie culturelle indécélable par la médecine occidentale

« ...J'utilise des médicaments dans le bain, quand ça ne marche pas, je retourne à la tradition ; quand il y a des boutons de chaleur, j'achète une pommade à la pharmacie. »

Madame A. :

« ...Les grandes personnes disent de baigner l'enfant dans de l'eau avec des feuilles de glycérine, mais je ne connais pas, donc je ne fais pas...rien de la tradition, j'écoute le médecin ».

Madame L. :

« ...J'écoute ma mère, mais je n'ai pas confiance. Je pense que le médecin connaît mieux. C'est plus sûr ».

Le bain de feuillage parfumé et le bain de « serin » quotidien étaient utilisés préventivement contre les maladies. Ces bains inscrivent l'enfant et créent les liens avec les ancêtres. Actuellement, il n'est donné que de manière épisodique et seulement après avoir constaté l'inefficacité des soins médicaux.

La peau est une enveloppe physiologique et psychologique. De nombreux chercheurs ont souligné l'importance du vécu corporel dans la structuration de la personnalité. La façon dont la mère donne et dont l'enfant reçoit le bain, révèle beaucoup dans le rapport mère/enfant.

Pour B. This (1982), *« Le bain est indispensable à la sécurité fonctionnelle du bébé. Pour bien respirer, il faut, dans le bain, retrouver sa sécurité de base ».* (p. 150).

III-II-B-4. Les gestes du savoir.

L'enfant s'épanouit dans le bain, il y retrouve la sensation de légèreté qui était sa sécurité de base. En Martinique, le bain se fait à mains nues, ce qui renforce le contact avec le corps maternel. De plus, il se prolonge hors de l'eau sous une autre forme. On parle de grand bain et de toilette. Cette dernière se donne

quand il pleut. On ne lave que le visage et le sexe. Par contre, le grand bain est donné à l'eau froide, tout le corps du bébé est plongé dans la cuvette.

J'ai pu observer deux façons traditionnelles de donner le bain :

OBSERVATION 1

La mère prépare à l'avance une petite cuvette d'eau, elle ajoute un peu de « lactacide », elle prend délicatement mais fermement son bébé par les chevilles, puis elle effleure trois fois de suite le haut de la tête de son enfant, au-dessus de l'eau. J'observe le bébé, il bouge doucement ses bras qui sont en croix, ses yeux sont ouverts. Il ne pleure pas, il ne crie pas, mais déjà, alors qu'il n'a que 20 jours, il se redresse lorsque, pour la deuxième fois, sa mère approche sa petite tête de l'eau.

Ensuite, sa mère l'assied dans la cuvette en le tenant fermement par la nuque avec la main gauche. De la main droite, elle commence la première partie du bain. Une fois assis dans l'eau, le bébé bouge les jambes, il semble apprécier l'élément dans lequel il se trouve.

La mère et le bébé sont à l'aise dans la relation, la mère me confiera que plus jeune avec sa mère, elle a appris à baigner ses frères et sœurs, lorsqu'elle est devenue mère, le bain du bébé était pour elle une chose très naturelle.

OBSERVATION 2¹⁰⁴

Avec la main droite, la mère soutient le cou et le dos du bébé, le corps de la mère enveloppe le corps du bébé. Doucement, la tête du bébé touche l'eau, elle le redresse. Un filet d'eau coule alors le long de la colonne vertébrale, puis la maman l'assied dans la cuvette et la première partie du bain commence.

¹⁰⁴ Annexes 20,21,22,23,24,25,26, photos : techniques du bain traditionnel chez le bébé.

Le contact entre la mère et l'enfant est un contact proximal où l'importance du contact de peau à peau est fondamentale.

Il s'agit toujours de commencer par la tête du bébé. La tête est reconnue être le centre de l'individu. C'est aussi à cet endroit que l'enfant est le plus vulnérable aux agressions sorcières. Commencer ainsi le bain c'est le prémunir et le protéger.

Dans l'eau, le bébé est soutenu par la mère, sous les aisselles. Le corps de la mère est une seconde enveloppe pour le bébé.

L'attention première c'est le visage et le sexe, ce sont les parties qui seront lavées avec le plus d'insistance, bien que dans le discours implicite des mères, c'est le cou, les plis des bras et des cuisses qui sont le plus lavés.

La main de la mère légèrement humide se plaque sur le visage du bébé (comme en Afrique) et ses doigts nettoient les yeux, le nez, le menton.

La mère répète plusieurs fois de suite les mêmes gestes, c'est-à-dire main plaquée sur le visage et le sexe du bébé.

Elle établit ainsi un lien, une continuité entre le visage et le sexe. Le geste est ample, souple et doux, chargé d'affects. La main, c'est tout le corps de la mère. Le bébé réagit en bougeant ses jambes et en redressant doucement le corps.

Tout ce qui se passe dans les soins corporels indique des relations entre la mère et corps de son enfant. Les représentations que se fait la mère des zones du corps de son bébé, unissent donc en quelque sorte, un corps réel et un corps imaginaire.

Une fois le bébé hors de l'eau, il s'agit de le « *pwopté* », c'est-à-dire de le rendre « acceptable » dans le regard de l'autre, car c'est ainsi que l'on est reconnue comme une bonne mère.

Les gestes transmis durant l'enfance deviennent alors efficaces. La mère devient une technicienne. Elle nettoie son enfant, avec minutie (yeux, nez, oreilles). Le corps est manipulé, tourné, redressé. Le bébé acquiert alors les limites de sa peau. On sait comme cela est important dans la première ébauche du Moi.¹⁰⁵ Le bain se termine par le nettoyage de la langue qui se fait avec un

¹⁰⁵ Stork H., *Enfances indiennes*, Paris : 1986.

bout de couche trempé dans l'urine du bébé. La mère lui frotte les gencives et la langue pour enlever le muguet.

Les contacts entre la mère et son bébé dans le bain traditionnel sont proches, harmonieux et enveloppants. Il y a peu de paroles, mais le contact regard est omniprésent, ainsi que le contact avec le corps de la mère, ce qui rassure l'enfant.

Malheureusement, les jeunes mères ne s'intéressent que de loin en loin au corps du bébé, la cuvette traditionnelle qui grandissait avec l'enfant, est remplacée par la baignoire, cette dernière est parfois dangereuse. Pour pallier au danger, des sièges spécifiques sont achetés où l'enfant reste figé et attaché.

Le bain traditionnel proximal devient un bain distal, avec peu de contacts corporels. Le bain à mains nues laisse place à l'utilisation de gants, il n'y a plus de parole et le contact regard est souvent à contresens. C'est ainsi que nous nous trouvons de plus en plus confrontés à des dysfonctionnements importants de la relation mère/enfant.

III-II-C. L'allaitement, « tété ou matété ? »¹⁰⁶

Les premières perceptions du bébé s'organisent autour de la tétée. La tétée est une source de diverses sensations cutanées et tactiles. Le contact des lèvres, des mains, des doigts sur la poitrine de sa mère permet de mettre le monde à la portée du bébé.

¹⁰⁶ « Le sein ou la cuillère ? »

Cette expérience alimentaire est aussi déterminée par d'autres composantes : les regards entre la mère et le bébé, les sourires après la tétée, les paroles maternelles, les vocalisations du nouveau-né, les caresses, les bercements, les baisers, tout cela construit des interactions mère/enfant harmonieuses.

L'allaitement a fait l'objet de nombreux ouvrages. Nous savons maintenant presque tout sur ses bienfaits.

Pour DW. Winnicott :

« ...Le contact du mamelon avec la bouche du bébé donne des idées au bébé, peut-être y a-t-il là, en dehors de bouche quelque chose qui vaut la peine d'être trouvé, la salive commence à couler...Peu à peu, la mère lui permet de construire en imagination la chose même qu'elle lui offre et il commence à mettre le mamelon dans sa bouche, à aller jusqu'à sa racine et à le mordre et peut-être à le sucer. Puis vient une pause. Les gencives se détachent du mamelon et le bébé se détourne de la scène qui se joue ; L'idée du sein s'évanouit. »¹⁰⁷

Pour cet auteur et pour d'autres comme A. Montagu, S. Lebovici, I. Lezine, il est important de fournir un bon cadre au moment de la tétée car une mère disponible et à l'aise détermine un bébé à l'aise, cependant il faut du temps et un contact très intense de peau contre peau entre la mère et le bébé.

Selon les cultures, selon les traditions et les transmissions qui tournent autour du soin au bébé, l'allaitement construit ou non la relation mère-enfant. H. Stork (1970), faisant référence à l'allaitement des bébés africains, note que : « Ce type d'allaitement et le mode de portage au dos favorisent un grand nombre d'exercices tactilo-moteurs et d'ajustements posturaux qui sont riches en stimulation intéressant tous les domaines sensoriels. » (p. 147)

¹⁰⁷ Op. cit. 1975.

L'allaitement a longtemps été en Martinique un moyen contraceptif, les bébés étaient nourris au sein jusqu'à l'âge de deux ou trois ans, voire plus longtemps. L'allaitement se faisait à la demande, l'enfant était continuellement au sein de sa mère. Dès qu'il pleurait, elle l'apaisait en lui présentant le sein. Comme en Afrique, l'enfant passait la nuit dans le lit de sa mère et s'endormait le sein dans sa bouche.

P. Erny (1972), note :

« ...L'allaitement peut aussi réduire les anxiétés de la mère : la nuit, le sein reste facilement à la disposition du nourrisson car il faut, à tout prix, éviter les pleurs... » (p. 53).

Actuellement, le discours sur cette façon de faire reste ambivalent. D'une part, les mères disent préférer le sein au biberon *« L'expérience de donner le sein c'est bon, l'enfant est sur vous, suce le sein »* me dira une mère. D'autre part je constate que, très souvent, le nouveau-né prend plutôt le biberon, l'allaitement est arrêté assez tôt vers un mois. Les mamans se plaignent soit de douleurs dorsales insupportables lors de l'allaitement, soit qu'elles n'ont pas assez de lait.

Madame T :

« ...Je l'allaité très peu car j'ai des douleurs dans le dos...Je n'ai plus de lait ».

Madame A :

« J'ai allaité la première jusqu'à sept mois, c'était un moyen contraceptif qui n'a pas marché. La seconde, je l'allaité deux mois car je n'ai plus de lait. ».

Cette attitude semble assez fréquente. Une chanson antillaise dit : *« Quand mon enfant me demande à téter, je lui donne à manger du matété¹⁰⁸ ».*

¹⁰⁸ Matété : sorte de bouillie faite à base de féculent

J'ai noté que, pour les mères, le fait de nourrir leur enfant avec un lait maternisé est vécu comme une promotion sociale. Mais ce n'est pas sans risque, car on constate que certaines mères, qui sont dans des situations précaires, n'ont généralement qu'un seul biberon qu'elles stérilisent très mal par manque de connaissance et par manque d'argent pour en acheter plusieurs.

Des campagnes d'allaitement au sein sont organisées régulièrement depuis quelques années afin de pallier à ces inconvénients.

Certaines femmes, malgré tout, restent attachées à la tradition. Elles surveillent alors leur alimentation afin d'avoir du lait en « abondance », elles se vivent alors comme « une Mère satisfaisante » pour leurs bébés. Ces mères allaitent leur enfant de cinq à dix-sept mois et parfois plus.

Madame T. me dira :

« ...Je l'allaité jusqu'à dix-sept mois. Je vais à la crèche pour lui donner le sein car ça le protège des maladies ».

Madame L. :

« ...Pour avoir du lait, ma mère m'a dit de boire de la soupe de légumes et de manger des lentilles. J'ai beaucoup de lait, j'en ai partout, ça gicle, ça monte, il a six mois et je l'allaité toujours ».

Madame M. :

« ...Je l'ai allaité jusqu'à huit mois, j'avais du lait, je préfère lui donner le sein : le lait maternel c'est mieux que le lait dit maternisé ».

De manière générale, en ce qui concerne la différence de sexe, les petits garçons sont nourris au sein plus longtemps que les petites filles, bien que les mères s'en défendent.

Écoutons ce que les mères nous disent :

Madame J. :

« J'allaite ma fille jusqu'à trois mois, elle est trop grosse ».

Madame S. :

« J'allaite mon garçon jusqu'à dix-sept mois ».

Madame A. :

« Je l'allaite très peu ». Madame A. a donné naissance à une petite fille.

B. Edouard et C. Bouckson (1975) parlant de l'allaitement chez la mère antillaise diront :

« Il n'y a pas de frustrations orales, la mère donne le sein à la demande. En l'absence de discipline alimentaire, le bébé vit dans un monde douillet, la mère est souriante et épanouie, malgré les rigueurs de la vie de campagne ».
(p. 178).

Les dernières données recueillies, montrent que dans ce domaine, il y a des changements rapides. Peu de mères, actuellement, allaitent à la demande, le sein ou le biberon est donné toutes les trois heures. Lorsque le bébé réclame avant l'heure de la tétée, il obtient un peu d'eau sucrée.

Les mères disent :

« Il est trop vorace, gourmand. Je lui donne le sein et le biberon toutes les trois heures, avant, car il est gros, il a un biberon d'eau sucrée ».

Certaines mères vont jusqu'à chronométrer la durée de la tétée : il s'agit souvent de mères hyper angoissées. Les bébés masculins sont nourris à la demande plus souvent que les bébés féminins.

Madame P. a une petite fille et elle me dit :

« Je lui donne toutes les trois heures, je la laisse bien téter mais pas quand elle veut, car elle resterait dans le sein deux ou trois heures. Souvent, je regarde l'heure pour savoir si elle a assez bu ; Je lui donne cinq à six minutes un sein puis l'autre ».

Les mères ne sont pas disponibles et surtout ne veulent pas se rendre disponibles.

Pendant l'allaitement, il est assez rare que les mères se livrent à des jeux affectifs.

De façon générale, elles jouent peu avec l'enfant. L'éducation antillaise transmet l'idée suivante : jamais l'enfant ne doit « dominer » l'adulte. Une phrase est souvent employée : « fok pa y pran pié an le'w »¹⁰⁹. De plus, l'enfant ne doit pas regarder l'adulte dans les yeux, il doit être « respectueux », il faut donc maintenir des contacts que je qualifie de distants et, ne jamais se laisser aller avec sa progéniture. Cette attitude éducative résulte à la fois, des relents de l'esclavage et de la période post esclavagiste.

L'éducation rigide est bousculée par l'ouverture rapide de la société martiniquaise sur le reste du monde. Cette ouverture non préparée entraîne une perte de repères chez certains parents. On assiste alors à un autre extrême, un laxisme effréné dans l'éducation et une demande plus grande de réalisations des fantasmes de réussite des adultes.

Pour B. Edouard et C. Bouckson, le sevrage aux Antilles se passe de la façon suivante :

« ...C'est la mère qui décide du jour du sevrage, l'enfant est alors confié à sa grand-mère, la mère retourne au travail, ce changement de milieu et de nourriture intervient à la période où Spitz situe sa deuxième organisation, celle

¹⁰⁹ L'enfant ne doit pas te dominer

*où l'enfant reconnaît le visage de sa mère et le différencie de celui des étrangers. L'angoisse éprouvée en l'absence de celle-ci sera d'autant plus forte qu'elle coïncide avec le sevrage brutal. Ce dernier, quel que soit le procédé utilisé, s'accompagne d'une perte de poids sensible chez le nourrisson ».*¹¹⁰

Actuellement, le sevrage est mis en place pour l'entrée à la crèche ou à l'école maternelle. Il se fait parfois sans ménagement, mais de plus en plus les mères se font accompagner afin qu'il y ait le moins d'angoisse partagée.

III-II-C-a. interaction mère bébé.

Dans l'interaction mère enfant, l'accent est mis surtout sur le lien existant entre le comportement de l'enfant et la réponse de la mère et inversement, mais pas sur la nature de tel ou tel comportement et conduite.

Mes observations m'amènent à penser que, les jeunes mères semblent avoir de plus en plus de mal à répondre de manière adéquate aux signaux du bébé. Elles ont du mal à les percevoir et à les interpréter.

Très rarement, l'accrochage regard est établi entre les deux partenaires, du côté de la mère, elle peut chercher le regard du bébé et ne le trouve pas. Il a les yeux fermés lorsqu'il tète, par exemple, ou joue avec un objet dans le bain et ne répond pas aux sollicitations maternelles, ou encore il porte son regard vers une autre personne.

Du côté du bébé, nous assistons à la même chose. Lorsqu'il fixe son regard sur le visage de sa mère, cette dernière détourne la tête. On assiste ainsi à des relations dysharmonieuses. Pour M. Robin (1981), le regard a une signification vitale pour la mère :

« ...Tout porte à croire que le regard a une signification vitale pour la mère (en tant qu'indice le plus évident de la qualité d'être vivant de l'enfant) et peut déjà être perçu comme un début de communication ».

¹¹⁰ Ibid.

J. Rabain, (1979), explique l'absence de contact regard entre le bébé wolof et son partenaire, du fait que, le regard de l'adulte wolof vers l'enfant est frappé d'interdit :

« La discrétion de l'intermittence du regard sont les premières règles de conduite à observer ».

En Martinique, on retrouve ce même interdit. L'enfant doit soumission et la première marque de respect vis-à-vis de l'adulte, c'est ne jamais soutenir le regard de l'aîné.

Déjà, dès la prime enfance, tout sera mis en œuvre pour éviter le contact regard entre l'adulte et l'enfant. Il faut respecter le principe de « fok pa y pran pié an le'w ».

Pawlby et Hall ¹¹¹ ont étudié l'interaction mère/enfant dans un groupe de mères provenant de familles disloquées (parents divorcés, séparés, décédés). Ils ont constaté que ces mères parlaient, souriaient, regardaient moins leurs enfants, qu'il y avait moins de contacts physiques, qu'elles leur présentaient moins souvent des objets, qu'elles passaient moins de temps à les tenir dans les bras, qu'elles étaient moins proches et le plus souvent hors de vue du bébé et qu'elles répondaient moins aux communications de leur bébé que celle du groupe contrôle.

Cette étude démontre le lien qui existe entre l'attitude de ces mères et ce qu'elles ont vécu elles-mêmes dans l'enfance, privées d'une relation d'amour. Elles présentent une incapacité à fournir à leur enfant des soins maternels nécessaires à son développement affectif, relationnel et intellectuel.

¹¹¹ Etude de Pawlby et Hall (1980). Early interactions and later language development of children whose mothers come from disrupted families of origins. In T.M. Field, S. Golberg, D. Stern, A. M. Sostek (Eds), High, Risk infants and children Adult and interactions, New York, Academie Press.

De tels faits suggèrent donc un type d'organisation mentale chez la mère et renvoie certainement à des expériences particulières et parfois analogues avec leur propre mère.

Il est important de tenir compte également de la situation familiale et socio-économique réelle que vivent ces femmes.

Pour E. Shorter (1977), dans la société traditionnelle occidentale, les mères voyaient rarement en leurs enfants des êtres humains à part entière et dotés des mêmes capacités de jouissance et de douleur qu'elles-mêmes, il ajoute :

« ...Ces millions et millions de mères traditionnelles n'étaient pas des monstres. Mais, tout simplement, elles ne passent pas notre test de « sacrifice ». Si l'amour maternel leur faisait défaut, c'est qu'elles étaient contraintes par des circonstances matérielles et par l'attitude de la communauté à faire passer le bien-être de leur enfant après certaines autres considérations, comme la nécessité de faire marcher la ferme ou d'aider leur mari à tisser ».

P. Aries (1975) a montré comment le sentiment de l'enfance naît avec la famille bourgeoise, *« Cellule de base de la civilisation urbaine. Enfant, famille, villes se trouvent aussi associées ».*

Famille isolée et femme seule, tel est le schéma, en grande partie, de la famille martiniquaise.

En effet, en grande majorité les femmes sont seules, même si elles sont mariées ou vivent en concubinage, pour assumer l'enfant, une chanson créole dit « Mwen sé kréol, mwen ni courag...ti manman'y-la, mwen ké swen ba'w »¹¹², ce n'est que lorsqu'il a atteint deux ou trois ans que son père peut éventuellement s'en occuper, le plus souvent par une attitude sévère, autoritaire et distante.

¹¹² « Je suis créole, j'ai du courage..., l'enfant je vais l'élever seul »

DW. Winnicott ¹¹³ donne un rôle essentiel au père mais il note, qu'il dépend de la mère, que le père en vienne ou non à connaître son bébé, il ajoute :

« ...Le père est nécessaire à la maison pour aider la mère à se sentir bien dans son corps et heureuse en esprit. Il est nécessaire pour lui de donner un soutien moral pour être l'incarnation de la loi et de l'ordre que la mère introduit dans la vie de l'enfant ».

Greenberg et Morris (1974), ont trouvé que les pères présents à l'accouchement peuvent distinguer plus facilement leur bébé des autres bébés. Ils ont plus de désir de toucher leurs enfants.

Toutefois, comme je l'ai déjà signalé, ma recherche est orientée vers les comportements maternels, je ne me suis pas intéressé au rôle du père, donc je ne peux pas me prononcer sur ce point-là. Nonobstant je reconnais que la problématique : *« le retentissement de la naissance sur le père antillais ainsi que son impact dans la dyade mère/enfant »*, pourrait donner lieu à un intéressant sujet d'étude.

Une partie du maternage, chez l'homme comme chez l'animal, porte sur la réduction de la distance entre l'enfant et sa mère. On parle alors de comportement de retrieving, ramener l'enfant vers soi, le prendre dans les bras. RA. Spitz emploie le terme de « dyade » pour parler de la complémentarité entre la mère et l'enfant. Les relations à l'intérieur de la dyade sont isolées de l'environnement, elles émanent d'affects non dirigés, la mère et l'enfant s'influencent réciproquement, la mère devine les besoins de son bébé, comprend ses pleurs et son babil. Tout ceci est basé sur l'empathie de la mère et est maintenu par des liens affectifs très puissants. En contrepartie, le bébé perçoit l'humeur et les désirs inconscients de sa mère.

¹¹³ Op.cit. p. 78.

M. Mauss (1950), montre l'importance du contact du corps de la mère avec le corps du bébé. Il parle du portage :

« ...L'histoire du portage est très important, l'enfant porté à même la peau de sa mère pendant deux ou trois ans, a une toute autre attitude vis-à-vis de sa mère qu'un enfant non porté ; il a un contact avec sa mère tout autre que l'enfant de chez nous. Il s'accroche au cou, à l'épaule, il est à califourchon sur la hanche. C'est une autre gymnastique remarquable, essentielle pour toute sa vie. Et, c'est une autre gymnastique pour la mère que de le porter ».

En Martinique, une bonne mère ne doit pas avoir trop de contacts corporels avec son enfant. S'il pleure, s'il est changé, s'il a bu, il faut le laisser pleurer, car cela lui fait les poumons ! Un bébé doit pleurer, pas trop, mais il doit montrer son caractère par des pleurs.

Si la mère le porte trop souvent, le berce pour le faire dormir ou faire cesser ses pleurs, elle est une mauvaise mère qui se laisse dominer, manipuler par son bébé, elle lui donne de « mauvaises habitudes », le rend ainsi dépendant d'elle.

Avec la vulgarisation des méthodes « psy » et occidentales du développement, les mères se trouvent en prise entre deux systèmes de soin, deux et parfois plusieurs modèles éducationnels.

Les mères oscillent entre rigidité et laxisme, rompent avec la tradition, laissant un enfant sans limite, dominateur, sans respect, exigeant dans sa relation à ses parents.

J. Rabain, écrit sur les rapports mère enfant que la toute petite enfance est régie par l'investissement collectif du corps.

Elle ajoute :

« ...La première situation au corps à corps proprement dit, est celle d'un contact de masse. Le corps de la mère, assise ou allongée sur le sable, se présente à l'enfant, disponible dans sa masse. Il s'agira par exemple de se coller au dos de la mère, de plonger, sur sa poitrine et sa taille, de se blottir dans le creux de son ventre ou de l'enfourcher quand elle est allongée. Au pôle

« actif » de l'escalade, de l'enserrement et de l'envahissement progressif, s'oppose le pôle « passif » du blottissement, de l'encastrement et de la « coulée » de l'enfant sur le corps de l'adulte ». (1979, p.98)

En Afrique, le corps est construit et s'inscrit dans un territoire et un groupe social par diverses opérations symboliques, massage, portage, etc....

J. Rabain précise :

« ...Le massage (damp) du nouveau-né, forme et modèle le corps selon des caractéristiques sexuelles et sociales (il durcit le corps du garçon, épanouit les fesses et le ventre de sa fille). Le premier portage au dos articule l'enfant à une aînée inscrite dans une chaîne de collatéraux ; le rythme du pilon règle symboliquement le pas de l'enfant sur le rythme moteur d'une personne calme dont les démarches ont une pertinence institutionnelle ». ¹¹⁴

Pour la mère antillaise, le lien existe mais il semble distendu, par nécessité ?

A cause de l'histoire traumatique ?

Une petite phrase revient souvent dans la bouche des grands-mères, tantes, sœurs, et marraines :

« Pa lésé ti manman'y-la pran pié an le'w ! » ¹¹⁵. On dit également, « Pa bay lanmen ! » ¹¹⁶.

« Lanmen » c'est la main, c'est aussi le lien, le holding dont parle DW. Winnicott, par le holding, la mère tient son enfant mais également le retient, le soutient, le contient. Le holding traduit « une relation directe et transitive » entre les deux partenaires. Il protège contre le danger physiologique. Il comprend tout le maternage, handling, c'est aussi une forme d'amour qui tient compte de la

¹¹⁴ Ibid., p. 100

¹¹⁵ Ne laisse pas l'enfant te diriger, te dominer

¹¹⁶ Ne lui donne pas de mauvaises habitudes

« Sensitivité de la peau de l'enfant, de la sensibilité auditive, de la sensibilité visuelle, de la sensibilité de la chute ». ¹¹⁷

Ne nous trompons pas, la mère martiniquaise aime ses enfants, elle le dit volontiers, elle n'a qu'un cœur égal pour tous.

Cependant, l'enfant, dès la naissance, doit être sans « tache », avoir une apparence irréprochable, devenir très vite autonome, éviter les attaches. La mère sera alors valorisée, elle aura rejoint la femme forte, la femme *poto mitan* si présente dans l'imaginaire martiniquais, « à force de sacrifices », elle aura rempli son rôle.

Il ne s'agit pas de développer chez le petit enfant la recherche du plaisir mais la responsabilité. C'est cela être une bonne mère.

III-II-C-b. le bébé porté.

Madame P. m'explique :

« Je ne le prends pas...Je ne le porte pas...Il ne doit pas prendre la main, sinon je le gêne et après il ne pourra plus me quitter ».

Madame V. :

« Je la laisse pleurer, elle doit s'habituer...Je ne la prends pas car elle ne doit pas s'habituer à la main ».

Il y a donc une distance malgré tout entre le corps de la mère et celui du bébé. Pour M. Robin (1981), l'attachement de la mère à son enfant se construit progressivement en « *fonction d'un certain nombre d'expériences mutuelles* ».

La nature de ces expériences varie d'une mère à l'autre mais surtout du désir plus ou moins grand d'avoir un enfant. Cet attachement est le résultat aussi de son histoire personnelle. Le processus d'attachement, qui est universel, existe

¹¹⁷ Op. cit.

chez la mère antillaise mais l'expression du désir semble quasiment interdite. Voilà le malentendu.

Beaucoup d'études ont été menées sur l'attachement. R. Spitz, dans son étude sur les effets de la perte du lien maternel, constate que les enfants privés de leur mère en milieu hospitalier, dépérissent, même parfaitement soignés et nourris, ce qu'il appela l'hospitalisme.

Harlow modifia expérimentalement chez l'animal les conditions de la rupture du lien maternel suivant l'âge, la durée, le degré de la séparation. Il constata que les bébés chimpanzés privés de leur mère, préféraient en présence de mères artificielles, celles recouvertes de fourrures dans lesquelles ils pouvaient se pelotonner.

Pour J. Bowlby, l'attachement est un besoin primaire, instinctif à l'origine d'un certain nombre de comportements de l'enfant : s'accrocher, s'enfourir, sucer, sourire, suivre.

L'attachement ne dépend pas d'une situation, une fois formé, il dure.

Lezine I. (1975), précise que l'attachement est certes une totalité multimodale, mais ne peut être conçu comme l'addition du regard, de la voix, du contact peau à peau, de l'agrippement.

« Chacun de ces éléments ou plusieurs d'entre eux, peuvent agir isolément ou conjointement. Les cinq systèmes qui y contribuent : sucer, s'accrocher, suivre, pleurer et sourire, se manifestent sous des formes diverses au cours du développement et forment ainsi la base de ce qu'on appelle le comportement d'attachement, chacun des systèmes ayant ses caractéristiques temporelles de fonctionnement ». (p. 80).

Le corps de la mère permet à l'enfant d'exercer ses activités instinctives, s'enfourir, s'agripper, sucer. Nous avons vu que la relation mère enfant aux

Antilles a tendance à être empreinte de « rigidité ». La peau permet de contenir, de délimiter, de mettre en contact. Elle a un rôle déterminant dans la relation à l'autre, les contacts entre la mère et son enfant, trop proches, éloignés ou discordants, prennent une importance primordiale dans le développement psychique du bébé. Le concept de « Moi, peau » de D. Anzieu, s'étaye d'abord sur une peau commune de la mère et de l'enfant, puis il y a nécessité du déchirement pour se constituer une peau. C'est à ce moment-là ainsi qu'apparaissent des troubles de la peau ainsi que des troubles du Moi.

S. Lebovici parle de comportement de fouissage. En effet, quand la mère prend le bébé dans les bras, elle déclenche chez son bébé, un ensemble de réactions qui s'expriment au début dans le comportement de fouissage.

Le bébé se blottit contre la poitrine de sa mère et sa tête s'enfouit contre son cou en s'appuyant sur son épaule : ce comportement a valeur de communication.

Pour DW. Winnicott, une attitude de la mère est indispensable au bien-être de l'enfant.

C'est la « préoccupation maternelle primaire », stade « d'hypersensibilité transitoire » qui permet à la mère de s'identifier à son bébé, de s'adapter à ses premiers besoins, avec « délicatesse et sensibilité » ce qui permet l'établissement du Moi du bébé, qui repose sur un « sentiment continu d'exister ».

S'il y a carence d'adaptation de la mère à la phase la plus précoce, le résultat c'est l'annihilation du self chez le petit enfant.

La perte des traditions, l'absence de prise en compte des rituels de soins, la non disponibilité des grands-mères ne font que renforcer le comportement de distance dans la relation mère/bébé en Martinique.

La femme et l'homme antillais se trouvent « pris » entre deux systèmes culturels.

Ils tendent de plus en plus à être anéantis, la mondialisation, loin de tenir compte des traditions, les détruit. Or un peuple sans tradition, sans valorisation de cette dernière, c'est aussi un peuple sans vie, un peuple esclave.

Prenons l'exemple de l'utilisation du cordon ombilical, le cordon « re-lie », le bébé à sa mère, certes, mais bien plus, il le « re-lie » à la terre mère. Selon la tradition, l'ombilic était conservé puis « *fouyé an tè* »¹¹⁸, planté sous un arbre soit un cocotier pour le garçon, on parlait alors de force et de longévité, soit un bananier ou un arbre à pain pour la fille, arbres de l'abondance et de la générosité, protection de la vie. Car pendant longtemps, le fruit à pain a été la nourriture de base du peuple, ce légume est actuellement réintroduit dans l'alimentation en Martinique. « *Fouyé an tè* », enterré, c'est aussi l'attache avec la terre mère Afrique.

Actuellement, avec la disparition des matrones, l'ombilic est jeté dès la maternité.

Avec le refus et la perte des traditions, c'est aussi le refus de la parole de la mère, mais surtout de la grand-mère, au profit de la parole toute puissante de la médecine occidentale. On adopte alors des mœurs et des coutumes venues d'ailleurs sans faire de choix. On installe alors de la pathologie dans les rapports avec les adultes et surtout avec les enfants.

Très souvent, la pathologie de l'enfant est liée à la pathologie familiale, car un enfant malade peut être le symptôme d'un dérèglement familial.

Soigner un enfant, c'est prendre en compte tout un équilibre familial et le remettre en question quand cet équilibre s'est réalisé au détriment de l'enfant. En grande partie, selon certains pédopsychiatres, les problèmes des enfants viendraient des adultes, cette conception a cependant beaucoup culpabilisé les mères, sans pour autant dire que l'enfant est fou parce que la mère est folle, mais ils constatent que l'enfant est malade parce que la famille est malade, alors que la mère, elle, va désigner l'enfant comme seul membre atteint.

¹¹⁸ Enterré

Ceci est tout à fait parlant au niveau de la médecine traditionnelle, en ce qui concerne les attaques sorcières, parce que l'enfant malade apparaît comme ayant pris le sort destiné à sa mère. La mère, portant alors la protection « montée » par le guérisseur, pourra guérir l'enfant, sauver l'enfant de la mort.

Cependant, beaucoup de jeunes mères portent en elles comme une blessure narcissique que l'enfant devra soigner. L'enfant réel doit répondre à l'enfant idéal, c'est un enfant « conventionnel » c'est-à-dire « tout ce qui fait appel à la culture occidentale », tel que décrit dans les revues de vulgarisation sur le bébé et le tout petit.

L'enfant n'appartient plus à la communauté, contrairement à la tradition, se pose alors, ici la question de l'espace psychique de l'enfant. Lorsqu'un adulte, a des identifications bien structurées, Il peut se bâtir une identité forte et un espace culturel où il se reconnaît. En Martinique, « s'y retrouver » est très complexe, l'histoire est porteuse de tant de dysfonctionnements !

Ici, le comportement de l'enfant est « fixé » au regard de l'autre, de l'autre adulte, ce regard devrait, c'est important, lui renvoyer des images qui renforcent son sentiment d'être, c'est notamment ce qui doit marquer la relation mère enfant.

La société martiniquaise devient de moins en moins tolérante, entre adultes mais également envers les enfants et les adolescents. Il y a de moins en moins de grands-mères ou tantes capables d'accepter les enfants malades.

L'enfant doit d'abord obéir, ne pas créer de désordres. Pour être gratifié, il doit correspondre au modèle parental. Ici, la toute-puissance maternelle est en première ligne, la fonction paternelle est défailante.

Pour MM. Hilaire, la personnalité martiniquaise « *...résiderait dans un système de défense très souvent présent dans la relation à l'autre, défenses placées sous le signe d'un grand contrôle émotionnel et ce davantage chez les hommes que chez les femmes* ». ¹¹⁹

¹¹⁹ Op Cit

Il semble qu'il existe un terrain dépressif en rapport avec la dépendance, l'agressivité, la perte de l'objet amour, avec un sentiment de prostration intériorisé.

Somme toute, les recherches concernant les représentations et l'image des enfants martiniquais sont extrêmement rares. Cependant c'est à travers les proverbes et notamment les contes que l'on voit apparaître quelques éléments sur la psychologie de la famille et singulièrement de l'enfant.

III-III- REPRESENTATIONS DE LA FAMILLE.

III-III-1. De l'imaginaire du conte.

Césaire I. (2005) a fait l'analyse de nombreux contes : trois cents contes africains et huit cents contes antillais.

Elle note que dans le conte la femme est représentée sous divers aspects.

Elle est soit : mère, marâtre, sorcière, diablesse, jeune écervelée, nymphomane, épouse indigne.

La mauvaise mère existe, c'est la marraine qui fait de la sorcellerie. Souvent, dans le conte, la mère est avant tout présentée comme un objet de procréation. Le conte ne raconte pas son histoire ni d'histoire sur elle.

Dès qu'elle a enfanté, elle disparaît pour laisser place à son fils qui s'avère être le héros masculin par excellence. La figure héroïque du conte est le fils, la mère est donc sa conseillère et sa salvatrice.

Elle ne joue que rarement un rôle positif, lorsque c'est le cas, c'est seulement pour mettre en valeur l'inconséquence de son mari. Elle se dévoue à ses enfants en dépit des «...nombreuses exactions d'un père absent, brutal ou goinfre ».

Le conte précise que «...les femmes ne peuvent pas monter le morne Lacroix » c'est-à-dire que la féminité est vécue comme impuissante, la femme baigne dans la crédulité et la superstition.

Mais la femme apparaît également sous les traits de la jeune écervelée, l'épouse indigne, la nymphomane.

Le conte a en ligne de mire l'incompétence, la frivolité, la vanité féminine, défaut imputable à la femme, les hommes en sont dépourvus.

La jeune fille sera cantonnée dans un rôle traditionnel de prière et d'abstinence sexuelle. Si elle refuse de se plier à la tradition, elle sera durement punie. C'est la mort qui l'attend, ou bien vieille, elle deviendra acariâtre et mettra son époux en danger de mort.

L'épouse indigne est frustrée et hautaine : elle refuse l'amour de son mari et elle part en révolte contre ses devoirs conjugaux.

Pour tout ce qui concerne son statut, l'homme reste le maître et il est supérieur à la femme, l'enfermant alors dans un mutisme dont elle ne sortira qu'à la mort de son époux.

Cette femme, c'est aussi la marâtre qui passe sa vie à persécuter l'enfant innocent et à le calomnier. C'est une femme méchante, sorcière qui se transforme et prend des aspects monstrueux. Elle se défait de sa peau humaine pour devenir un oiseau maléfique assoiffé de sang et se nourrit de la chair des enfants. Son maître, c'est le diable. Elle est « engagée »¹²⁰ par un pacte diabolique et commet de nombreux méfaits.

C'est rarement une diablesse cependant lorsqu'elle est présente dans le conte, son apparence est belle et attirante, elle a des pieds fourchus qui sont dissimulés sous une longue robe vaporeuse. Dans la famille qu'elle pénètre, elle est souvent la marraine d'un enfant. Son rôle est de séduire les hommes, de les rendre fous. Toutefois, la bonne diablesse existe, elle défend alors le héros, lui apporte richesse et bonheur, elle est souvent dans le conte soit l'épouse, la fille, ou la sœur du diable.

Les agressions sont souvent dirigées vers l'enfant masculin qui est sans défense. Le stéréotype qui lie la femme au maléfice dirigé contre l'homme n'a pas épargné l'imaginaire antillais nous dira I. Césaire.

¹²⁰ liée

L'image de l'homme apparaît sous les traits du père, mais un père inconséquent, indifférent et intolérant. Il reste incapable d'assumer son rôle d'éducateur et de nourricier. Il est égoïste et comble avant tout ses propres désirs et besoins. De plus, son image est extrêmement négative. Il est brutal jusqu'au sadisme et en quelque sorte mauvais dans l'âme, indifférent du sort de sa femme et de ses enfants, il est présenté sous des aspects négatifs.

Il est indéniable que l'esclavage a entraîné la rupture de la cohésion familiale, le père esclave, nous l'avons vu, est vendu, séparé de la mère qui reste seule pour élever les enfants. L'absence du père est un phénomène frappant de la situation initiale du conte antillais. L'esclave est un homme maintenu dans l'infantilisme car il appartient au maître.

Le véritable héros du conte, c'est l'enfant, l'enfant masculin. Il naît adulte et sans gestation, ceci est une constante dans le conte. D'un point de vue mythologique, il est privé d'enfance, comme celui qui arrive sur les bateaux négriers.

Rares ont été les enfants capturés et lorsqu'ils naissaient dans les cales, ils finissaient leur courte vie au fond de l'océan.

Il est privé des neuf mois de gestation, c'est en fait le jeune homme arraché d'Afrique, arraché de la matrice maternelle, il arrive dans un pays qu'il ne connaît pas, un pays qu'il ne domine ni par la langue, ni par l'écologie, ni par l'espace et la façon de vivre. Dans le conte, l'enfant naît adulte. I. Césaire parle de « nouveau-né adulte ». Il a déjà tout un passé derrière lui, mais son passé est supprimé car il n'est ni toléré, ni accepté. Il se trouve spolié à double titre : « ...spolié de l'enfance intra-utérine et spolié de l'enfance naturelle ». ¹²¹

L'enfant du conte devient le héros social car il se bat contre la misère, mais c'est une enfance non représentée, cela fait symboliquement référence au fait que l'homme tenu en esclavage, doit se libérer pour devenir un « homme

¹²¹ Op. cit.

réel », sinon il reste un homme sans pouvoir. L'esclavage interdit le passage à l'âge adulte, à la prise de décision, à la responsabilité.

L'être, alors, se déprécie au point qu'il s'avère difficile, voire parfois impossible, de créer une famille réelle, car il sait qu'il peut être vendu du jour au lendemain. Dans le conte, l'enfant est Roi, car il n'a pas encore hérité de la violence qui est faite à l'homme adulte. Il naît, puis petit à petit, se révolte.

C'est le « Ti Jean l'Horizon », l'enfant mâle, celui qui revêt la plupart des caractéristiques accordées à l'adulte.

Césaire I. pense que :

*« ...Le système esclavagisme, destructeur de la personnalité, cantonne l'être adulte au stade de l'inconscience infantile et l'enfant mâle prendra tout naturellement le relais de la virilité défaillante, devenant par là même le véritable protecteur de sa génitrice ».*¹²²

Le héros, c'est cet enfant qui n'a pas de gestation, qui naît et tout de suite à sept-douze ans, qui part ensuite chercher fortune pour aider sa mère, la sortir de la misère, lui apporter enfin espoir et richesse.

Cet enfant mâle, n'est armé que de son intelligence et de sa ruse. Cet enfant, dans le conte, refuse la misère de l'esclavage ; il refuse le malheur, il détruit les maléfices et redonne joie à la famille.

Ti Jean, le héros positif sera toujours en contact avec les autres personnages du conte, avec le diable, la sorcière, le béké¹²³, le riche et le mendiant. L'enfant garçon, est également, le lien avec le courage, la force, la générosité et la bonté. Puis au stade ultime du conte, l'enfant domine la société à force de luttes, au lieu d'être dominé par elle, il sauve sa mère, même si elle est morte, il n'y a pas de temps pour lui. Il se sert uniquement de son intelligence, de sa générosité, de sa ruse et de sa bonté. C'est donc un héros positif, le seul

¹²² Op. cit. p. 26

¹²³ Colon propriétaire d'esclaves

personnage du conte, qui part d'une situation défavorisée et renverse les choses en leur contraire.

La figure négative du héros sera la fille, celle qui est dans la révolte et refuse les stéréotypes liés à l'enfance féminine, celle qui transgresse les valeurs traditionnelles et qui sera détruite.

L'enfance de Ti Jean est donc doublement escamotée, il n'y a pas de vie intra-utérine. Le conte commence toujours ainsi, « *Messieurs et dames, il était une mère, le jour où elle fut enceinte, ce jour-là, elle accoucha* », Ti Jean n'a pas d'enfance, le héros une fois venu au monde, se lève et parle pour dire qu'il refuse le destin de misère qui est celui de sa mère mais également le sien, son premier acte est alors de partir.

Né, il est déjà adulte et responsable, deux actes le fondent : la parole et l'action de partir.

Ce personnage de l'enfant dans le conte, ce héros va opérer la régénérescence du monde social négatif qui était le sien à l'origine grâce à son intelligence, il utilise pour son ascension sociale la ruse, et la débrouillardise, concept positif et libérateur ici.

C'est un révolté. Il s'est senti enfant rejeté par la société. Il refuse la situation sociale, refuse son statut d'orphelin, refuse le monde socialisé injuste et fuit pour un monde merveilleux et permissif. Il n'attend rien d'autrui et c'est seul qu'il agira son destin. Il n'a pas peur de la mort, il est à la fois courageux et inconscient, cette inconscience qui le sauve dans les situations difficiles. C'est un *nèg mawon*, c'est celui qui libère les autres de la plantation, de l'esclavage.

Telles sont les caractéristiques de la mère, du père et de l'enfant dans l'imaginaire du conte. Nous voyons là ce qui fonde entre autre, une certaine spécificité de l'enfant.

III-III-2. De l'enfant « fixé » à l'enfant « boomerang ». ¹²⁴

Avec l'accélération du processus de départementalisation et la perte des traditions, l'enfant est souvent dans l'errance, développant de nombreuses pathologies. Pour le soustraire de cette errance, l'enfant venant au monde sera inscrit dans sa culture par divers procédés. Je nomme cela : « *l'enfant fixé* ».

Nous l'avons vu, les relations parents/enfants sont régies surtout par les mères, grands-mères et les tantes. Le bébé sera ainsi entouré et protégé par les femmes.

Traditionnellement, le bébé est nommé. Il a un deuxième prénom en relation avec un saint. Mais surtout il possède un prénom caché, attribué par sa famille, il est ainsi protégé, il ne subira pas d'attaque sorcière, c'est déjà un premier élément de fixation.

Il sera également « *fixé* » par de nombreux rituels, observés et pratiqués par la famille.

Dès la grossesse, il s'agira de protéger la mère, mais également l'enfant à venir, contre le mauvais œil, provenant souvent du voisinage, jaloux et mal intentionné.

Contre les « quimbois »¹²⁵, on utilise un maillage de rituels et de prières. Par exemple : pour éviter « l'amarrage ¹²⁶ » du bébé dans le ventre, l'enfant entouré dans le cordon ombilical, la mère doit lire tous les jours et porter sur elle, écrit sur un parchemin, « l'invocation à la sainte croix », mettre sa chemise à l'envers afin d'éviter les malformations du bébé, lorsqu'elle croise sur son passage un crapaud ou un infirme.

¹²⁴ Souligné par moi

¹²⁵ Un sort jeté

¹²⁶ Enfant entouré dans le cordon ombilical

La grossesse doit être gardée secrète jusqu'au troisième mois, ceci pour se prémunir de la jalousie des autres femmes, car il y a risque de manipulation du foetus.

La femme enceinte ne peut aller ni au cimetière, ni aux enterrements, car l'esprit du bébé peut être capté par les morts. A l'accouchement, le placenta sera enterré sous un arbre, dans le jardin près de la maison.

Le corps de l'enfant est, de plus, considéré comme inachevé, les rituels ont pour rôle de le compléter et de clore les béances éventuelles. Les divers rituels permettent d'inscrire le bébé, dans la société, dans le monde des ancêtres, il s'agira également de le protéger et de lui promettre un avenir serein.

Avant que l'enfant naisse, sa mère doit se purifier, nettoyer son sang afin qu'aucune « inflammation »¹²⁷ ne « retombe », c'est-à-dire n'affecte, sur l'enfant.

La pathologie la plus redoutée est le « tet fann », qui est l'ouverture de la fontanelle, c'est une pathologie mortelle, le positionnement du corps de la mère, la façon dont elle porte la grossesse peuvent être la cause de cette pathologie. Ici le terme « porte » est très important, nous en reparlerons lorsque j'aborderai les pathologies spécifiques du bébé, ainsi la mère permettrait par ses attitudes la possession de son enfant par le mauvais œil. C'est une pathologie extrêmement grave qui demande une prise en charge rapide par le guérisseur. Pour soigner le bébé, on utilise plusieurs feuilles trempées dans de l'eau tiède, les feuilles telles que : *clotet*, lavande rouge, muscade et de la teinture d'arnica.

La tête de l'enfant est arrosée avec cette préparation puis on lui pose un cataplasme de feuille de *clotet* pendant neuf jours, il est « frotté¹²⁸ » quotidiennement jusqu'à ce que la fièvre tombe, il peut également prendre un *dité*.¹²⁹

¹²⁷ Fièvre

¹²⁸ Massage

¹²⁹ Un thé

J'ai pu me rendre compte que, selon le lieu d'habitation, le nord ou le sud de l'île, il y a plusieurs recettes pour soigner cette pathologie du nouveau-né.

Afin de renforcer les défenses de l'enfant, lui donner force et courage, dégager sa tête de toute emprise, éloigner le mauvais œil, il est frictionné avec une décoction de bois d'Inde¹³⁰, citronnelle¹³¹, de feuilles de tamarinier¹³² et de goyavier¹³³.

C'est le thérapeute traditionnel qui « fixe » l'enfant en priorité, même si, grâce à ses connaissances de la pharmacopée locale et des plantes existantes dans son jardin, la grand-mère maternelle a déjà, le plus souvent, commencé le travail.

C'est par le *ben*¹³⁴ et les frictions que l'enfant sera fixé dans sa culture, « *ben démaré* » ou « *ben* » stimulant selon les buts que l'on veut atteindre.

Le *ben* se compose de plusieurs plantes, là aussi cela dépend de l'objectif de la thérapeutique visée.

On trouve notamment le « *mandé voyé* », c'est le mille fleurs, on l'appelle aussi la *Marie-Derrière-l'Hôpital*¹³⁵.

On utilise également le « *Devant de Man Jean Pierre* », la verveine blanche ou « *ké a rat* », l'eau de carme, « *le florida* », le vulnéaire blanc ou rouge et l'hamamélis. Tous ces ingrédients sont malaxés à la main dans de l'eau. C'est un mélange glacial qui refroidit, selon la notion de chaud et de froid, développé par les thérapeutiques traditionnelles, on y baigne l'enfant.

Pour les enfants dépressifs, le mélange est différent. Il sera composé essentiellement de camphre, de rhum, de bourgeons de corossol, de persil « *bata* », dont on prend le jus, on y met une pincée de sel, le tout macère une semaine, puis avec cette lotion on masse doucement la tête de l'enfant.

¹³⁰Pimenta racemosa

¹³¹Cymbopogon citratus

¹³²Tamarindus indica

¹³³Psidium guajava.

¹³⁴Bain

¹³⁵Lantana camara

Ce sont les grands-mères qui dirigent les enfants chez le thérapeute traditionnel.

Elles y vont seules la première fois et expliquent la problématique, puis l'enfant vient avec sa mère, c'est alors que le guérisseur ausculte son jeune patient, donne le diagnostic et précise la médication. Le *doktè fey* donne souvent le premier bain, les deux suivants étant faits au domicile de l'enfant et donnés, soit par sa grand-mère, soit par sa mère.

Le père ne participe pas ou très peu aux consultations, c'est surtout l'affaire des femmes.

« Fixer » l'enfant, c'est aussi le faire porter des « protègements »¹³⁶, comme une chaîne en or bénie à l'église le jour du baptême, portant une médaille de Saint-Michel ou de la Vierge. Le « protègement » le préserve aussi bien des maladies physiques que des maladies psychiques ; ce « protègement » peut être aussi un collier fait en pomme de cajou¹³⁷.

Pour éloigner la folie, il s'agira de protéger au mieux la tête, la mettre dans un « *kwi*¹³⁸ », proscrire certains gestes, par exemple passer la main sur la tête d'un enfant car c'est lui voler son intelligence, le rendre « *ababa, tèbè* ¹³⁹», ne pas lui couper les cheveux avant qu'il n'ait dit ses premiers mots, afin d'éviter les troubles du langage, cette première coupe doit être faite exclusivement par sa mère.

Les jeunes mères consultent, aussi, les thérapeutes traditionnels, il est quasiment impossible dans ce domaine d'avoir des statistiques fiables car tout se passe dans le secret. On ne parle pas de « ces choses-là » mais on les fait. Il suffit de voir les files d'attente, dès quatre heures du matin chez les guérisseurs les plus réputés. Les puéricultrices signalent cependant une

¹³⁶ Protections

¹³⁷ *Anacardium occidentale*

¹³⁸ Récipient ovale issu de la calebasse

¹³⁹ Idiot

fréquentation importante dans le nord de l'île, Sainte-Marie, Basse-Pointe, Gros-Morne, Morne des Esses, Lorrain, haut lieu des révoltes des esclaves, haut lieu des danses traditionnelles, des contes et des veillées mortuaires.

Les femmes des bourgs ruraux font plus librement référence aux techniques thérapeutiques traditionnelles. La maladie infantile, corps et esprit, est conçue comme un état de douleur physique, morale, d'affliction et de contrariété.

La pharmacopée traditionnelle reste très importante, existant dans le secret et dans l'interdit aux yeux des lois médicales. Cet état de fait plonge en grande partie la population dans une errance en demande de soin, cependant depuis deux à trois ans, il y a un retour aux soins traditionnels avec valorisation de certaines techniques diffusées régulièrement en radio et sur les chaînes de télévision locale.

« Fixer » l'enfant, c'est donc le soustraire de l'errance, c'est faire de la prévention mais, c'est aussi éduquer les jeunes mères et leur permettre de contenir, soutenir et porter leurs enfants.

Le thérapeute traditionnel refait du lien quand il n'y en a plus, ou défait le lien lorsqu'il est pathologique : face aux troubles qui apparaissent sur le corps, face à *an blès* caché, pathologie culturelle indécélable par les médecins occidentaux, révélatrice de malaise chez l'enfant, face au *tet fann* et autre danger d'être capté ou pénétré par des esprits malveillants, le thérapeute traditionnel met du lien.

Le corps et les soins sont privilégiés. Les *ben* sont préparés par les parents dont l'enfant ne quitte pas leur psyché, les paroles répétitives de prières et de phrases porteuses de guérison, inscrivent l'enfant en souffrance dans son univers magico-religieux.

Le thérapeute traditionnel soustrait l'enfant de l'errance et le réinscrit dans sa culture, le corps exprimant la dépression est traité par la pression des mains, par des massages qui sont des messages, par des enveloppements de feuilles,

de sable, par des aspersion d'eau dans un bain de paroles, paroles créoles, paroles fondatrices.

Cependant de l'enfant *fixé*, la société martiniquaise, a glissé vers *l'enfant paquet et l'enfant boomerang*.

Certains chercheurs, comme J. Galap, parlent de la pratique de l'enfant paquet dans la migration.

Selon l'auteur, c'est une pratique culturelle qui répond à de nombreux problèmes de la relation mère/enfant. Pour lui, cette pratique consiste en une séparation brutale de la mère et de l'enfant et, est initiée par « l'envoi » de l'enfant en bas âge au pays auprès de la grand-mère maternelle ou paternelle.

Cet enfant voyage le plus souvent avec un « étranger », en tout cas avec une personne qui ne fait pas partie de son environnement habituel. Pour J. Galap, cette pratique engendre un certain nombre de dysfonctionnements, de souffrances, de pathologie mentale. Il en donne la définition suivante :

*« Un enfant paquet est celui qui est confié à toute personne pouvant s'en occuper et l'élever plus ou moins longtemps. En cas de difficultés matérielles, morales, psychologiques, médicales du ou des parents et pour des raisons propres à l'enfant (santé, scolarité, éducation) ».*¹⁴⁰

Que va-t-il advenir de cet enfant de retour au pays ? Mes analyses m'amènent à penser qu'il sera pris en charge par les anciens et qu'il consultera très rapidement un thérapeute traditionnel, c'est sa grand-mère qui l'y emmènera. Il sera « baigné » et « froté », inscrit ainsi dans sa culture, soustrait de l'errance.

Cette pratique qui dans l'immigration a un versant négatif, bascule avec le voyage dans un versant positif et, est structurante pour le sujet mais également pour ses parents restés en France.

La pathologie peut resurgir, lorsque l'enfant, cinq ou six ans après, retourne en France auprès de sa mère. Outre la séparation avec le milieu affectif créé par la

¹⁴⁰ Op. cit.

grand-mère, il y a rupture et non continuité des soins, la culture donnée est alors toute autre. C'est l'acculturation avec une inadaptation ou une adaptation tardive au nouveau milieu. Adulte, il développera une instabilité, car ayant subi des ruptures d'attachement successives.

Actuellement, nous sommes confrontés à une toute nouvelle conception de l'enfant.

Nous rejoignons la problématique présente dans toutes les grandes métropoles, cette conception c'est celle de « l'enfant champion », concept développé par MM. Hilaire¹⁴¹.

De la conception de l'enfant fixé, par l'usage de thérapie traditionnelle, nous sommes passés très rapidement à une déperdition des rituels. La conception et ce que l'on attend de l'enfant a changé. Le niveau de vie augmente avec les retombées de la départementalisation, les nombreuses lois sociales, l'exode rural, l'urbanisation accélérée. Tout ceci change le fonctionnement des familles. La télévision prend toute la place, il n'y a plus ou très peu de transmission parent/enfant et ces derniers s'attachent à des modèles identificatoires ambigus.

L'enfant paradoxalement est plus choyé, car il est plus rare, mais il n'est pas forcément mieux ou plus aimé. Il a tendance à être surprotégé et objet de projections fortes de ses parents. Il est mis, en fait, au centre des préoccupations parentales et par une opposition à une éducation rigide, nous constatons un laisser-aller éducationnel, une absence de limites.

Avoir un enfant, c'est avoir un désir d'enfant, ce désir contient des fantasmes parentaux, ce désir s'inscrit également dans un processus de réassurance sur l'image de soi, sur sa capacité à procréer, retrouver ses ancêtres. Cependant pour certains parents avoir un enfant c'est se donner l'occasion de réparer leur enfance malheureuse.

¹⁴¹ Op. cit.

Pour beaucoup de parents d'aujourd'hui, surtout ceux des grandes agglomérations, ceux qui ont immigré en ville, l'enfant devient précieux, mais paradoxalement il est de plus en plus livré à lui-même. L'enfant est plus solitaire, car les deux parents travaillent et les familles sont moins nombreuses, un à deux enfants en moyenne alors que par le passé, les familles étaient plus nombreuses entre cinq à douze enfants. De plus la cohésion avec la famille élargie est souvent absente tant les désunions sont nombreuses.

L'enfant solitaire recrée par le phénomène de bande, la cohésion familiale absente. « L'enfant champion » dira MM. Hilaire c'est un enfant merveilleux qui va réaliser le fantasme de réussite sociale de ses parents. Elle ajoute que c'est l'aspiration des parents d'aujourd'hui et pas seulement celle des familles monoparentales qui représentent 1/3 des familles martiniquaises.

Cet enfant doit satisfaire les besoins d'amour-propre, les illusions, les rêves déçus de ses parents. Ces fantasmes parentaux, on le sait, sont irréalisables pour l'enfant et trop lourds à porter. A l'adolescence, l'enfant revient avec une grande fragilité psychologique, et développe des pathologies sociales, parfois mentales, à base d'agressivité, de violence, de fugues. J'appelle cela *l'effet boomerang*, voilà le lourd tribut que paient les enfants et adolescents. Il n'y a plus là de spécificité, mais une réelle souffrance. C'est ainsi que s'est effectué le passage de l'enfant fixé à l'enfant boomerang. Beaucoup de familles martiniquaises, nous pouvons dire « *modernes* », ne présentent plus de stabilité et d'équilibre.

Il existe une défaillance importante de l'apport affectif fondamental de la mère à l'enfant avec un abandon du rôle essentiel et de la caractéristique privilégiée de la mère antillaise qui était vantée par le passé comme femme *poto mitan*.¹⁴²

Aujourd'hui, je constate, une démission de plus en plus grande des parents, notamment dans leur rôle éducatif, car eux-mêmes se trouvent dépassés par l'envahissement des normes et des modèles européens.

¹⁴²Poto mitan en référence à la colonne centrale dans le panthéon vaudou, représentée à la fois la stabilité, la force, mais également le retour aux ancêtres et à la fixation dans le monde.

L'éducation aura tendance à se faire par l'extérieur, notamment : la télévision et l'ordinateur qui ont induit un bouleversement des modes d'échanges, les identifications aux modèles européens et nord-américains, la rue avec une absence de dialogue entre adolescents et parents, l'augmentation d'une angoisse d'abandon et de séparation créent alors une confusion pour l'enfant.

Ces besoins tels que nourriture, affection, sécurité, communication ne sont plus tout à fait satisfaits de façon équitable par la manière dont la vie est organisée, il en résulte un décalage entre besoins et moyens de les satisfaire.

La conséquence, c'est une inadaptation sociale tournée soit, vers l'agressivité, soit vers l'inhibition.

La tendance à mettre l'enfant au centre des préoccupations parentales, de vouloir qu'il porte les projections fortes en termes de réussite scolaire, la déperdition des traditions de soins entraînent un mal-être généralisé au niveau de la jeunesse martiniquaise.

MM. Hilaire conclut ainsi son approche :

*« Ecole, famille et médias glorifient ces champions mais cette centration sur l'individu au détriment du groupe, fragilise les personnes qui ne bénéficient plus des savoir-vivre minima en groupe comme par exemple le respect du bien d'autrui... ».*¹⁴³

III-IV. Conclusion.

La représentation du monde véhiculée par la culture martiniquaise, désigne à l'homme et à la femme des rôles précis, cette société s'est organisée autour de la matrifocalité, assignant aux femmes un rôle maternel et aux hommes un rôle filial. Cette représentation du monde découle de l'histoire de la traite de l'esclavage, traite qui a installé des rapports de domination excessifs mais qui a

¹⁴³ Op. cit.

surtout retiré à l'homme noir sa fonction de représentation de la loi, il n'avait aucun pouvoir, aucun rôle social.

Dans la famille, la mère occupe le rôle central au niveau de l'éducation des enfants, elle se présente souvent comme étant à la fois la mère et le père, néanmoins elle n'exclut pas pour autant ce dernier, elle le convoque souvent par des rituels spécifiques, par exemple, lorsqu'elle est enceinte ou, lorsque le bébé est en souffrance.

La mère doit protection, éducation, elle nourrit et intègre son enfant dans la société, avec une attention toute particulière pour son fils.

Elle est souvent caractérisée de « *poto mitan* », solide, comme la poutre centrale du panthéon vaudou, autour duquel se déroulent les cérémonies, il y a là une dimension symbolique qui mériterait d'être étudiée, cela pourrait faire l'objet d'une recherche ultérieure.

Cette société a également organisé la prise en charge des adultes, des enfants et des bébés, lorsque la maladie s'infiltré dans la vie. Il y a des manières de concevoir la bonne santé, des manières de la préserver et des manières de prendre soin, pour ce faire, des thérapeutes sont désignés pour assumer cette fonction.

C'est aussi une société où cohabitent, pas toujours dans l'harmonie, deux conceptions du monde concernant la prise en charge du bébé souffrant, la prise en charge de la relation mère-enfant défaillante.

Dans Le dernier chapitre, j'analyserai l'approche traditionnelle du soin à travers les guérisseurs du *blès*, les relations entre thérapeutes traditionnels et thérapeutes médico-sociaux, les ponts possibles entre les deux médecines seront étudiés.

PARTIE IV

TRANSMISSION, VIOLENCE ET RESISTANCE

IV. THERAPEUTIQUE TRADITIONNELLE, THERAPEUTIQUE CLASSIQUE AUTOUR DU BEBE. OPPOSITION OU COMPLEMENTARITE.

IV-I. INTRODUCTION

Je m'intéresse dans ce chapitre, aux données quantitatives issues du questionnaire, ainsi qu'aux données empiriques issues des entretiens menés auprès des thérapeutes traditionnels, des psychologues, des pédopsychiatres et des familles. L'analyse de ces données me permet d'identifier trois grandes catégories : l'aménagement de l'espace thérapeutique, les pathologies touchant le bébé, les techniques de soin.

Tout d'abord, je parlerai de l'aménagement de l'espace thérapeutique, où la rencontre avec le *doktè fey* présente des singularités. Notamment, en matière de singularité j'insisterai tout particulièrement sur la transmission et le don qui construisent le guérisseur et l'inscrivent dans son rôle. Je chercherai aussi à savoir s'ils ont des références théoriques et quelles sont-elles ? L'utilisation du créole en thérapie sera également abordée avec les difficultés que cela entraîne dans la relation psychologue/patient.

Puis, je parlerai de la deuxième catégorie qui est celle des pathologies touchant le bébé et plus particulièrement de deux maladies culturelles : *an blès* et le *tet fann*.

Et enfin pour ce qui concerne la dernière catégorie, je m'arrêterai sur les techniques de soins proposées de part et d'autre et sur les relations *doktè fey*/psychologue.

IV-II. La recherche, l'implication du chercheur et la nécessité du décentrage.

Toute société oscille en permanence entre tradition et modernité. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, la médecine traditionnelle est :

« la somme des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont

utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé, ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir les maladies physiques et mentales ». ¹⁴⁴

Cela concerne, entre autres, l'utilisation de plantes, de parties d'animaux et de minéraux à des fins médicales, mais également les thérapies spirituelles, les outils qui permettent de diagnostiquer, prévenir la maladie ou préserver la santé.

La démarche du guérisseur est spécifique. Il propose d'emblée un acte ou un objet qu'il confectionne à partir de la logique du symptôme. Il n'y a pas de référence à une quelconque nosographie, il ne cherche pas à faire un diagnostic sur la maladie, c'est-à-dire qu'il ne cherche pas à modifier les mécanismes internes, mais à agir afin de restructurer les liens externes, il a une fonction sociale.

Le guérisseur, émet selon MR. Moro (1990, p. 8), un « diagnostic interactif » et prescrit une technique de soins qui a pour but de modifier l'interaction déficiente. Le guérisseur est l'instrument d'une technique transmise de manière rituelle.

Le *doktè fey*, bien que « caché » est reconnu par la communauté, plus précisément ses compétences sont reconnues et légitimées. Ceci pour plusieurs raisons : soit ses pouvoirs de guérison lui ont été transmis de façon toujours rituelle par son parent ou ses grands-parents du vivant de ces derniers, ici par observation, initiation et reproduction, soit ses pratiques lui ont été transmises en rêve par un saint, un esprit guérisseur, un membre de la famille défunte, soit encore, à la suite d'une maladie grave qui l'a confronté à sa propre mort.

¹⁴⁴ OMS, Promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : une stratégie pour la région africaine, Genève, OMS, 2000

Comme le dit B. HELL (1999, p. 66), la maladie « joue très souvent un rôle déterminant dans la prise de conscience du novice. Elle est le point de départ de son expérience personnelle, elle agit comme un révélateur ». La maladie est associée à une élection et le traitement à un parcours initiatique (Ibid., p. 167).

Le guérisseur dispose alors d'une certaine autorité, empreinte de crainte, car il est à la fois, l'élu des esprits et celui du groupe social, c'est lui qui représente la communauté en lien avec le surnaturel. Il dispose également d'un éventail très large de compétences, il soigne, il connaît les plantes, il sait comment utiliser les divers éléments de la nature, il connaît le langage du ciel et celui des ténèbres. Il est reconnu comme un expert par sa communauté.

Le rôle du guérisseur est de donner un sens au malheur, de le rendre pensable, pas encore acceptable. Pour B. HELL, dans les sociétés créoles, le guérisseur est un « passeur culturel » (Ibid., p. 349) qui s'impose comme un spécialiste du transculturel, il reprend ainsi l'approche de J. Benoist (1997), qui précise que le guérisseur sait utiliser les éléments de sa culture d'appartenance pour éclairer les zones d'ombre propres à une autre culture.

Les principaux acteurs du système thérapeutique en Martinique pour la petite enfance sont les guérisseurs¹⁴⁵ ou encore *doktè fey*, les psychologues et les pédopsychiatres.

Au cours de cette recherche, plusieurs contacts ont été pris. Tout d'abord, il a fallu intéresser mes relations professionnelles et extra-professionnelles à mon sujet d'étude. Quelques contacts m'ont été indiqués mais n'ont pas donné d'entretiens particulièrement intéressants, beaucoup de mes interlocuteurs ont été soupçonneux, plus que prudents et parfois rejetants.¹⁴⁶ Ce fut alors, une rencontre avec une partie de moi-même que je refusais encore, cette partie qui

¹⁴⁵ La population qui consulte ces thérapeutes ne les nomme pas par ce nom, mais parle de « en moun » (une personne), ou par le nom de famille ou par des surnoms également. Pour simplifier les propos, nous utiliserons le terme de *doktè fey* pour parler des thérapeutes qui soignent les enfants.

¹⁴⁶ L'un des *doktè fey* rencontré m'a dit : « pourquoi veux-tu savoir ? C'est pour nous vendre ! ».

me manquait pour être construite en tant que Martiniquaise, Caribéenne et, plus profondément, en tant qu'être « Humain Vertical »¹⁴⁷. Parcours initiatique si l'on peut l'appeler ainsi. Me retrouver en début de cette recherche de terrain, en présence de guérisseurs et guérisseuses a fait remonter en moi des souvenirs enfouis de l'enfance et de l'adolescence.

Mon père, lors d'un séjour–retour-vacances en Martinique avait emmené ses enfants aînés prendre un « ben démaré » auprès d'une guérisseuse, je n'ai d'ailleurs comme souvenir que d'y avoir été sans mes frères et sœurs.

Dans ce bain marinaient toutes sortes de plantes, la guérisseuse qui me baignait faisait des incantations dans une langue qui m'était totalement inconnue, ce n'était ni le français de France de mon père, ni le créole riche en proverbes de ma mère. Ce moment, ne m'a pas laissée exempte de peur et d'angoisse.

A l'issue du *ben*, un petit sac que je devais porter sur moi, bien caché, m'avait été donné. Cet objet, cette protection, ce « gad kò », je ne devais pas m'en séparer. Il était pour moi contraignant, il m'empêchait d'être comme les adolescentes de mon âge, libérée sous mes corsages, mais, ne pas le porter, c'était aussi être vulnérable aux attaques sorcières.

Mon père, par cette action, m'avait soustraite de l'errance pour m'inscrire dans ma culture, moi qui n'avais pas vécu au pays.

Malgré tout, je vivais les choses comme une double contrainte, d'une part l'immigration, immigrée en France depuis l'âge de 3 ans, après un voyage en bateau, long et difficile, d'autre part j'étais liée à mon pays lointain, avec ce « gad kò », cette protection, que je ne pouvais démonter, voir ce qu'elle contenait, m'inscrivait dans la contrainte du corps habité.

Plus tard, ce petit sac fut remplacé par un médaillon en or, c'était plus valorisant, mais les inscriptions gravées dessus devaient également être cachées au regard d'autrui.

¹⁴⁷ Selon l'approche d'Aimé Césaire.

Ce n'est que beaucoup plus tard, lorsque je me suis impliquée dans le mouvement étudiant pour des revendications identitaires, que les « gad kò » ont définitivement disparu.

Ces souvenirs enfouis ont émergé en moi, en salle d'attente des guérisseurs et lors des contacts téléphoniques. Souvenirs accompagnés d'angoisses importantes, travaillées lors de mes séances d'analyse.

Obtenir un premier rendez-vous, quelle difficulté !

Il m'a fallu presque deux semaines pour arriver à contacter M. L, il était souvent absent, c'est-à-dire en travail, on, parfois une voix de femme, parfois une voix de jeune homme, me demandait de rappeler tantôt vers 15 h, tantôt vers 16 h et même 17 h.

Lorsque je rappelais aux heures proposées, le téléphone sonnait et personne ne décrochait, et cela a duré presque deux mois. Puis, avec le temps, mes peurs anciennes des choses secrètes, se sont dissipées sous l'effet d'un désir de rencontre.

J'ai pu avoir le contact avec le « docteur » comme on l'appelle dans sa commune.

Une petite voix douce et monocorde acceptait, avec une certaine gaïté, de me rencontrer. Le rendez-vous fut pris après mes occupations professionnelles.

Le jour dit, la météorologie annonçait un ouragan, qui arrivait très lentement mais aussi sûrement que peut le prévoir la météo sur les petites Antilles et notamment sur la Martinique, je n'y prêtais pas attention : « *comme d'habitude cet ouragan va nous éviter* ».

Sortant du nord caraïbe, avec beaucoup de détermination, je me dirige vers le nord atlantique, au Morne des Esses, rencontrer M. L. Ma détermination petit à petit « fond comme beurre au soleil », plus le temps devient menaçant, plus la

pluie est présente et moins j'ai envie de rencontrer « le docteur ». Puis la pluie s'est mise à tomber à tonneau ouvert, du jamais vu, une horreur, un danger, plus j'avancais plus je reculais, aller au Morne des Esses par ce temps et avec cette voiture qui ne tient pas la route, c'est un suicide.

J'ai « rondi »¹⁴⁸ tout naturellement et me suis retrouvée à mon domicile, tremblante de peur mais reconnaissante de ne pas avoir dérapé. Une heure plus tard le soleil dardait et le ciel était d'un bleu pur.

M. L. toujours avec sa voix douce : « reprenons rendez-vous, il n'y a pas de problème ».

Samedi 12 h je prends la route des Mornes, qu'il pleuve, qu'il vente, j'y arriverai, mais d'autres difficultés m'attendent, trouver M. L n'est pas facile, il m'a fallu demander aux passants que je rencontrais sur la route, ces derniers m'ont aidée avec des explications claires et précises.

La maison de M. L est en bois, pas très bien entretenue de l'extérieur, en un mot, elle est vétuste.

La salle d'attente est digne de celle des médecins de Fort de France, le téléviseur indique que l'attente peut être plus ou moins longue, le nombre de chaises révèle que le docteur est très connu, mais samedi à 13 h 30 je suis seule à attendre, la secrétaire me reçoit et me demande de patienter.

Il y a un travail qui se fait de l'autre côté de la fine cloison, j'entends des pleurs et des chuchotements, puis un jeune homme sort et revient, sort et revient, puis disparaît.

Le « docteur » est petit et frêle, seuls ses yeux dénoncent son âge, pas loin des 79 ans, c'est un ancien, son sourire est à l'égal de sa voix, son visage est lisse sans aucune ride. Il m'invite à m'asseoir devant lui, d'un geste de la main il m'indique un siège, entre nous, sur la table en bois il y a trois bougies qui se consomment et témoignent des consultations précédentes. Devant lui, une

¹⁴⁸ J'ai fait demi-tour

grande feuille de papier remplie de signes mystérieux, il me fixe de son regard pénétrant et tient à la main gauche un crayon de papier.

Il attend que je me livre et semble surpris lorsque je lui parle de ma recherche, visiblement, il avait oublié le pourquoi de ma visite, mais sa capacité à rebondir et à maîtriser la situation est rapide et directe. Il se présente comme un psychologue, me disant d'emblée il n'y a pas d'esprit, « *les gens pensent qu'on leur a fait du mal mais ce n'est pas vrai, tout mon travail consiste à leur faire comprendre qu'ils se trompent* ».

Nous sommes donc pareils lui et moi, deux psychologues, je n'en suis pas convaincue. Il me parle de ses séances et étrangement chaque exemple pris se rapproche de ma propre histoire, je me sens très mal à l'aise.

Le téléphone sonne sans arrêt, décidément quelle popularité !

J'en profite alors pour laisser aller mon regard, six bouteilles d'eau minérale de marque locale, sont placées sur une étagère pas loin du regard du consultant ; beaucoup plus haut, toute une série de livres, il faut se déplacer pour en lire les titres. Puis, comme pour vous rassurer, une encyclopédie de médecine en huit volumes, cette encyclopédie est ancienne et poussiéreuse, des paquets de bougies aussi nombreux que les paquets de crayons, M. L utilise l'écriture automatique.

La pièce est sombre, comme pour favoriser la confiance, une petite lucarne permet à la lumière du jour de pénétrer timidement, le mélange avec la lueur des bougies rend l'ambiance secrète.

M. L, personne, selon ses dires, ne l'a initié à quoi que ce soit : il a des dons. Il a commencé à 14 ans par les lignes de la main, il en connaît toutes les stratégies, puis les cartes l'ont attiré, il les maîtrise parfaitement, il a appris dans les livres. Puis enfin l'écriture automatique c'est actuellement la méthode qu'il utilise, il y ajoute des prières et l'utilisation de plantes médicinales du pays. La rencontre a lieu en créole.

M. L ne se livre pas vraiment, « *Alors ! Il n'y a pas d'esprit... alors vous donnez aux gens qui viennent vous voir juste quelques bains de plantes ?* », Je l'ai piqué au vif et il réagit avec beaucoup de vigueur.

Il me regarde, je sens alors une vérité qui passe... « *Il y a chez nous des plantes extraordinaires et des prières bienfaisantes* ». Nous y sommes, mais nous y sommes aussi pour l'heure, nous y sommes aussi pour ma concentration, je demande alors de prendre congé. Depuis quelques minutes, je baisse souvent les paupières et me sens entraînée quelque part.

M. L accepte une nouvelle rencontre, c'est un homme plein de ressources et de découvertes.

Le rendez-vous suivant fut pris sans trop de difficultés, mais le jour dit, compte tenu du fait que je partais en retard de Fort de France, j'appelai M. L, mais personne n'a répondu. Je décide tout de même de me rendre au Morne des Esses, j'arrive avec ½ heure de retard et la maison est close. La maison familiale de M. L se situe à côté de son espace de consultation, je m'y rends.

A l'intérieur de cette maison basse il y a quelques personnes : 4 hommes et une vieille femme.

4 hommes autour de trois bouteilles de rhum, dont une bouteille de « la survie ». On me demande si je viens voir le patron, je réponds : je viens voir « le docteur ». M. L est dans sa chambre, il vient après trente minutes, il règne une ambiance de secret : « *attends, il va passer mais il a fini de travailler, il doit aller à son jardin...* » « *... Attends il vient et tu vas discuter avec lui...* ».

M. L apparaît, habillé d'un vieux pantalon troué aux genoux, une vieille chemise sale et déchirée laisse apparaître son ventre bedonnant, aux pieds des bottes vertes et une ceinture en ficelle, il est débraillé, la braguette ouverte, il me demande si je suis prête à visiter son jardin de plantes aromatiques.

J'ai su tout de suite que j'allais décliner l'offre, j'ai prétexté une trop longue attente, un rendez-vous urgent, je n'ai plus jamais pris contact avec M. L

L'accès aux thérapeutes pour la recherche, en tant que femme, sans personnes ressources, expose à toute sorte de danger.

J'ai donc changé de méthode et ai cherché une personne ressource qui connaisse le milieu de la tradition et qui puisse m'introduire auprès des thérapeutes traditionnels. M. S fut cette personne ressource. Il a permis des rencontres fructueuses avec des hommes et des femmes qui soignent.

Mme R de la commune du Marin dans le sud de l'île, femme de 93 ans, me reçoit chez elle entourée de ses enfants, petits et arrières petits-enfants. Elle me reçoit allongée sur un lit car elle est très malade, elle me dit : « *je t'attendais...* ».

L'ambiance est chaleureuse et curieuse, curiosité de part et d'autre, la famille, les enfants et moi.

D'autres thérapeutes m'ont reçue devant la porte de chez eux, dans le jardin, sur le trottoir devant la rue, au vu de tous, assis sur un petit banc traditionnel, comme à l'africaine sous l'arbre à palabre. Ils avaient revêtu leurs plus beaux habits, signe de l'importance de cette rencontre, contents et fiers de transmettre leur savoir. Très peu ont souhaité être filmés mais ils ont accepté d'être enregistrés.

Ma dernière rencontre, remonte au mois de juin 2012, Mme G 65 ans, habite le nord caraïbe, accepte comme elle le dit : « *que tu travailles avec moi, tu peux enregistrer, filmer, je t'apprendrai tout, je dois tout transmettre... tu rencontreras également les personnes qui viennent se soigner chez moi. Ce que tu fais, c'est très important...* » me dit-elle.

Il est courant pour les familles et, singulièrement, pour les femmes en souffrance de passer, de circuler de la médecine occidentale, psychologue, pédopsychiatre, pédiatre, aux thérapeutes traditionnels, passer du visible à l'invisible et vice versa.

Lorsque la famille, la mère va voir un *doktè fey*, c'est pour qu'il, ou elle, dise une certaine vérité. Le *doktè fey* dit une vérité sur soi, la personne va chercher

la parole, celle qu'elle n'entend pas chez le psychologue. Elle va chercher également un sens pour accepter l'infortune, elle va chercher aussi la guérison lorsque celle-ci ne peut être réalisée par la médecine visible.

Cependant, les familles, interrogées, ne livrent pas si facilement leur parcours de soins.

IV-III. Questionnaire auprès des parents en crèche, restitution et analyse.

Un questionnaire de 28 items a été construit par mes soins. L'objectif était de faire émerger chez les familles leur connaissance des troubles afférant leur enfant, l'expression de ses troubles et le parcours de soins entrepris soit, médical soit, culturel.

Deux directrices de crèches ont été contactées, celle de St Esprit centre de l'île et celle de Schoelcher sur la côte caraïbe.

Je leur ai expliqué le but et le contenu de ma recherche. Nous avons travaillé ensemble lorsque j'étais psychologue des crèches. Elles ont alors accepté que leur établissement soit un terrain d'expérimentation.

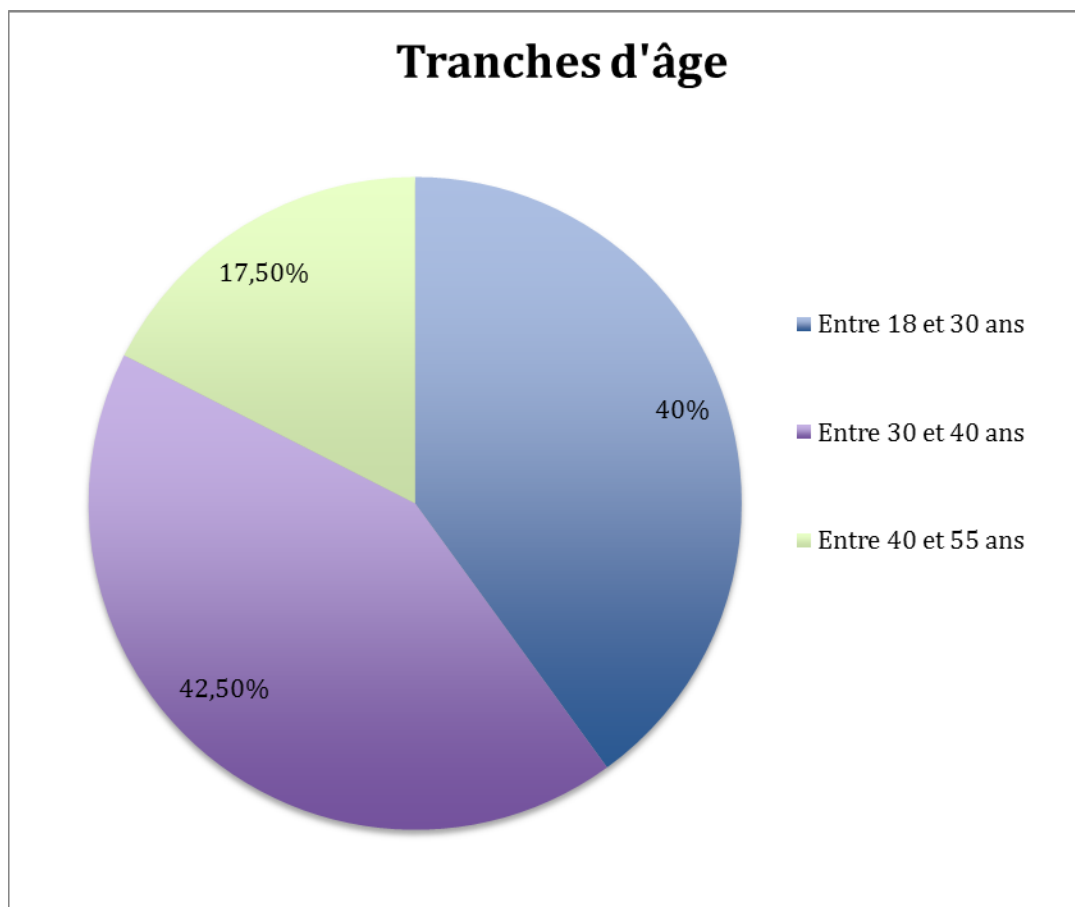
Lors d'une réunion parents/professionnels, elles ont expliqué la recherche entreprise, les buts et ont insisté sur l'anonymat des réponses avant de distribuer le questionnaire.

Deux mois après, j'ai eu en main 40 % des questionnaires renseignés sur 100 initialement déposés.

Ces questionnaires ont été remplis essentiellement par les mères ayant des enfants âgés de trois mois à 26 mois.

L'âge des mères se répartit de la façon suivante : 40 % ont entre 18 et 30 ans, 42,50 % entre 30 et 40 ans et 17,50 % entre 40 et 45 ans.

FIGURE 1



Pour la plupart des items, seuls ceux faisant référence aux guérisseurs n'ont pas été ou très peu renseignés.

Je m'arrêterai au niveau de l'analyse sur les questions en lien avec mes hypothèses.

Question 2 : Comment reconnaissez-vous cette sorte de maladie ?

Réponses : les réponses révèlent que le diagnostic a été fait par le médecin, parfois en regardant la télévision elles font elles-mêmes le diagnostic de la souffrance de leur enfant.

Question 3 : Comment cela s'appelle-t-il en créole ?

Réponses : il y a peu de réponses, lorsque cela est renseigné, les réponses se font en créole, « ti manman'y ki pa ni plas », « tèbè », « blès », « malélivé », « y pa ka dòmi ».

Question 4 : Comment cela se guérit-il ?

Réponses : également peu de retour, certaines mères parlent de plusieurs moyens : médicaments occidentaux ou médicaments culturels. L'une dira : « par des coups ».

Question 5 : Par qui est-il suivi ?

Réponses : médecin – voisine

Question 8 : Est-ce qu'on lui a donné un bain ?

*Réponses : peu renseigné : NON
OUI ... elles parlent de cataplasme.*

Question 9 : Qui vous a recommandé cette personne ?

Réponses : grands-parents, tante, vieille femme du quartier.

Questions 12-13 : Est-ce que votre enfant est mieux soigné par les moyens traditionnels ?

Est-ce que votre enfant est mieux soigné par les moyens modernes ?

Réponses : les réponses sont équivalentes. Les mères insistent sur la formation médicale des médecins, cette formation les rassure.

Question 14 : Êtes-vous d'accord avec les moyens traditionnels de soins ?

Réponses : *les mères qui renseignent le OUI, précisent qu'elles ont confiance dans ces méthodes et qu'elles sont efficaces.*

Questions 18 et 19 : **A votre avis, est-ce qu'il y a des maladies qu'il vaut mieux faire soigner autrement que par un médecin ?**

Si OUI, avez-vous des exemples de maladies ?

Réponses : *les deux questions sont liées. Les exemples de maladies mieux soignées par la médecine traditionnelle sont le « blès », les maladies nerveuses, les maladies psychologiques.*

Question 20 : **Consultez-vous à la fois les moyens traditionnels et les moyens modernes ?**

Réponses : *OUI, lorsque la médecine occidentale n'arrive pas à soigner leur bébé.*

NON, les mères insistent sur l'aspect illégal de la médecine traditionnelle.

Question 21 : **Si vous allez voir un séancier pour un problème de santé, en ferez-vous part au docteur de l'enfant ?**

Réponses : *NON, « cela ne le regarde pas » « il peut me le reprocher » « il ne comprendrait pas »*

OUI, « s'il est assez ouvert » « oui, car c'est complémentaire ».

Question 23 : **Selon vous, qu'est-ce qu'un(e) psychologue ?**

Réponses : *règle les problèmes, spécialiste qui soigne les fous, aide à comprendre l'enfant.*

Question 25 : Selon vous, qu'est-ce qu'un « centre médico-psychologique » ?

Réponses : centre de soins gratuits pour les enfants.

Question 26 : Qu'est-ce qu'un séancier ?

Réponses : il enlève le mal, il devine et voit des choses. Il obtient des résultats sur la maladie.

Question 27 : Qu'est-ce qu'un guérisseur ?

Réponses : il guérit par les plantes, personne qui guérit par des moyens traditionnels, il guérit les plaies, c'est un médecin qui a le pouvoir de guérir.

Question 28 : Qu'est-ce qu'un quimboiseur ?

Réponses : c'est quelqu'un qui fait le mal.

DISCUSSION

C'est la première fois que les familles ont été interrogées sur cette problématique sensible. Le questionnaire a beaucoup dérangé les mères et peu d'items ont été renseignés, l'anonymat ne garantit pas la révélation de leur itinéraire de soins. Le tabou de la parole est actif.

Le thérapeute traditionnel fait partie du domaine de l'invisible, du secret et on ne parle pas de ces choses-là sur la place publique. Une étude faite par une psychologue, c'est la place publique, révéler le choix de l'illégalité peut s'avérer dangereux pour les familles.

Les familles ne sont pas habituées à être interrogées avec un questionnaire qu'elles doivent renseigner. Cet outil, s'il n'est pas accompagné d'une prise de notes et de relation duelle, n'est pas très efficace.

Le caractère d'illégalité reste très présent. Illégalité qui a renvoyé les guérisseurs dans la clandestinité. Ce sont des personnages avec les matrones, qui ont été persécutés mais qui ont résisté, on peut même dire que dans une certaine mesure, la population a protégé leurs *doktè fey*, en ne révélant ni leur présence, ni leur nom, mais toujours en y allant avec leur enfant ou pour eux-mêmes.

Pour résister face à une déperdition des traditions, la population s'est appropriée certaines techniques de soins, par exemple les bains, les massages, l'utilisation de certaines plantes, les thés.

Ce questionnaire nous montre que les mères consultent les deux médecines, d'abord la médecine dite « légale » (R. 5-20), celle qui est visible, celle qui est incontournable tant le maillage du système de soin est serré, maternité, infirmière, PMI, école. Puis la médecine dite illégale, celle des *doktè fey*, lorsque la première est vécue comme non efficace (R. 8-9-14-20).

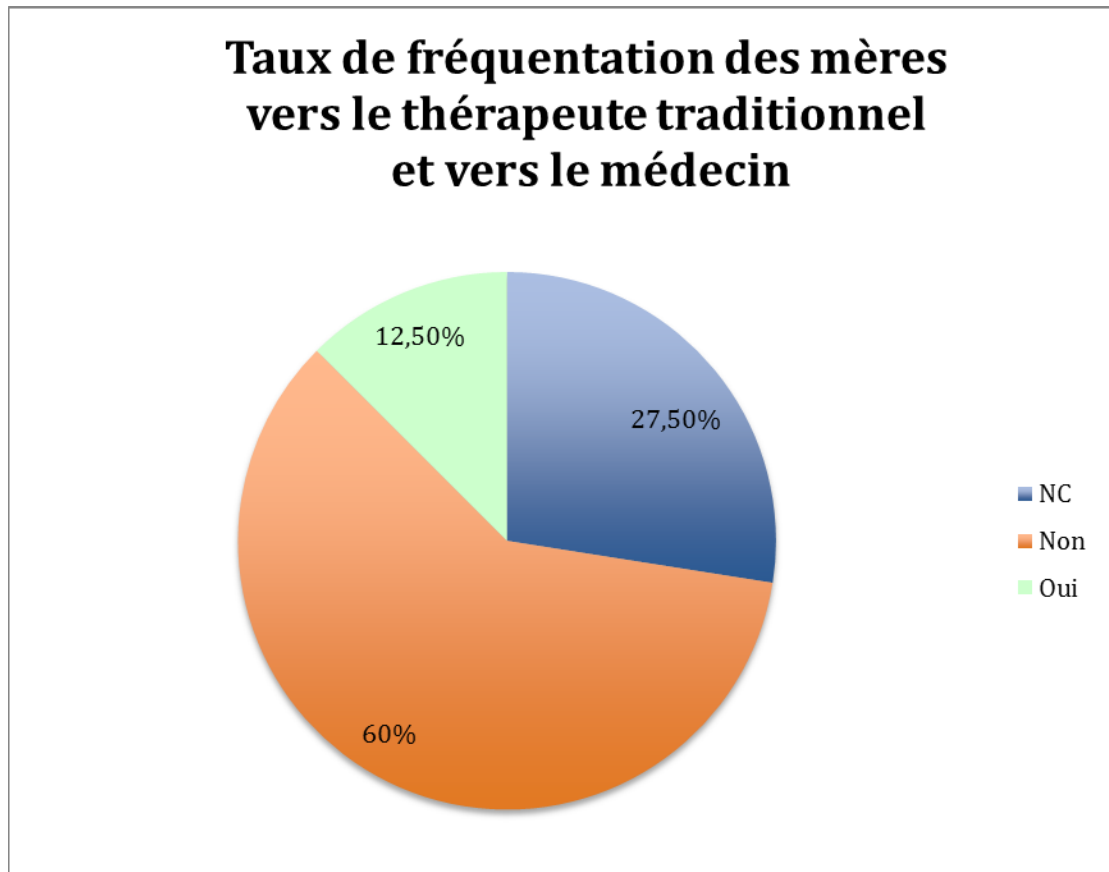
Fig.2. 12,50% des mères interrogées, consultent la médecine traditionnelle surtout pour les problèmes de troubles psychologiques. Elles entendent ainsi : l'agitation, les troubles du sommeil, les troubles du caractère, les manifestations traumatiques résultant de violence familiale, l'enfant *tèbè*, l'enfant violent, triste ou désobéissant (R. 3). L'étiologie est en lien avec la possession, l'enfant ayant été marqué par le mauvais œil.

Lorsque le médecin consulte ce genre d'enfant, il peut le soigner avec des médicaments mais c'est le *doktè fey* qui le guérit, soigner n'est pas guérir. Ici, les termes sont parlants (Q-R. 23) et (Q-R. 26-27). Guérir c'est identifier le mal, savoir qui l'a envoyé et c'est l'enlever par des techniques de soins appropriés,

par des objets actifs selon le terme de Nathan, dont seul le *doktè fey* a le secret.

Les mères ne consultent pas seules, elles sont accompagnées souvent par la famille et conseillées par les grands-mères ou les vieilles personnes du quartier (Q-R. 9) et cela quel que soit le milieu d'appartenance.

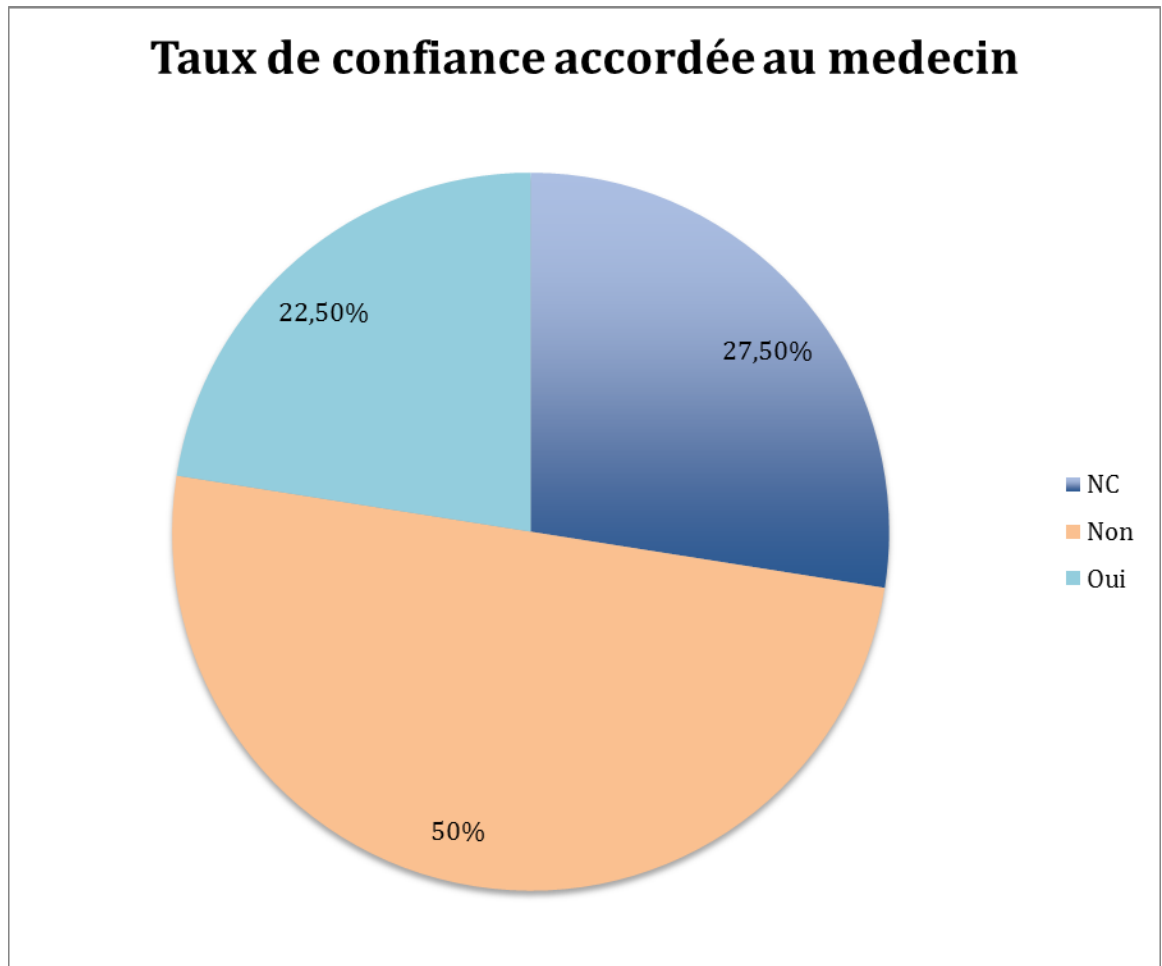
FIGURE 2



Les mères fréquentent les deux médecines, elles sont tout à fait conscientes du côté illégal de la médecine traditionnelle, mais elles la considèrent aussi efficace (Q-R. 12-1-14), bien que complémentaire : la première soigne, la seconde guérit. La première ne peut guérir car elle ne connaît pas l'étiologie traditionnelle des troubles des enfants, d'ailleurs elle ne s'y intéresse pas. Sur ce sujet, le dialogue avec le médecin est inexistant sauf s'il est assez ouvert (Q-R. 21). La Fig. 3. nous renseigne, 50% des mères interrogées ne parleront pas

à leur médecin traitant de leur double démarche, seulement 22,50% le feront si leur médecin peut entendre cette double recherche.

FIGURE 3



Kleinman A. (1980) propose deux manières de classer les représentations des maladies, il parle de maladie *disease* dans le sens médical qui se réfère au dysfonctionnement physique, biologique et parfois psychologique, c'est le premier terme. Le second est la maladie *illness* qui fait référence au sens et à l'expérience psychosociale de la maladie, c'est-à-dire à l'interprétation culturelle de la maladie.

Le médecin occidental s'intéresse à la dimension *disease*, les familles à *illness*, ces deux entités cependant sont complémentaires mais non superposables.

Les mères ici sont en recherche de soins, elles identifient bien les fonctions de chacun, sur cette recherche de stratégie de recours aux soins.

Kleinman A. parle de *health care seeking behavior*, il a développé le concept de *health care system*. Pour lui, le système de soins est comme un réseau, les croyances étiologiques, le choix des traitements, le rôle des uns et des autres, les relations de pouvoir, font partie de ce système. La réalité clinique est construite d'une part par ce système, *clinical reality*, mais également par d'autres facteurs, comme les facteurs économiques, politiques et historiques.

La réalité clinique, selon A. Kleinman, comprend trois secteurs : le secteur populaire qu'il nomme *popular sector*. Il comprend le système de la famille et du quartier où souvent les premiers soins sont donnés après une identification du trouble. C'est à mon sens un système presque visible. Le secteur professionnel, A. Kleinman le nomme *professional sector*, c'est l'institution du soin qui dépend de l'état, c'est celui de la médecine scientifique, je le nomme le système visible. Et enfin le secteur traditionnel, nommé par A. Kleinman, *folk sector*, c'est celui des matrones et des *doktè fey*, utilisant des rituels spécifiques de soins.

Je le nomme le système invisible : c'est le système « *pris dans sa totalité qui guérit et non seulement les thérapeutes* » (A. Kleinman, 1980, p. 72).

En Guadeloupe, une étude a été menée auprès de 27 familles d'enfants suivis en institution de santé mentale infantile. Il s'agit d'une recherche menée en 2002 par toute une équipe de psychiatres, pédopsychiatres, psychologues et chercheurs (Joly P, Taïeb O, Abbal T, Baudet T, Moro MR, 2005).

L'objectif de cette étude était « de comprendre les troubles des enfants par leurs parents, les théories étiologiques et les itinéraires thérapeutiques » (Ibid., p.537). Les familles ont été évaluées avec un questionnaire qui s'inspirait de la

méthode EMIC (Explanatory Model Interview Catalogue) élaboré par Weiss en 1997, méthode issue à la fois de l'anthropologie médicale et de la psychiatrie transculturelle.

Pour Weiss, cette technique, qu'il met au point, avait pour but de :

« donner une méthode pour évaluer et comparer de façon fiable et valide les modèles explicatifs d'un trouble donné dans des groupes différents et d'analyser ainsi les relations entre les représentations et les théories étiologiques des patients et des variables de santé publique dans l'idée de pouvoir être complémentaires avec les autres instruments utilisés en épidémiologie psychiatrique ». (Ibid., p. 545)

Les résultats de l'étude menée en Guadeloupe confirment, en partie, les résultats issus de l'enquête que j'ai menée dans les deux crèches, bien que l'outil et le terrain soient différents.

Les familles guadeloupéennes ont exprimé des théories étiologiques variées, dans 75 % des cas l'explication des troubles est culturelle, 4/5 des familles avaient recours simultanément aux deux médecines, comme c'est le cas pour notre étude, elles y avaient recours et leur attribuaient des fonctions complémentaires, l'aspect culturel s'attachant à la cause de la souffrance, cette double démarche générerait un mieux-être chez l'enfant.

Les chercheurs concluent leur étude par le fait que l'expression de théories étiologiques culturelles pouvait coexister avec l'expression de théories étiologies de type médical, ce que l'on retrouve en partie dans notre étude.

Cependant, dans mon étude, du fait de la force du secret, du faible nombre de participation et, de l'outil questionnaire, il ne m'est pas permis de généraliser les données statistiques.

Il est toutefois possible d'améliorer la méthodologie en étayant le questionnaire sur la méthode EMIC, en améliorant le contenu des questions et,

en changeant de terrain d'investigation. Je pense que la PMI et les contacts avec les familles visitant le *doktè fey* permettraient d'obtenir des résultats plus généralisables. Le but de l'étude serait d'améliorer la prise en charge des enfants et de montrer l'importance de l'expertise parentale.

Dans la société occidentale, le médecin est un notable, le *doktè fey*, lui, est un marginal, le consulter c'est rentrer dans la clandestinité, mais c'est aussi entrer en résistance.

Le travail du *doktè fey* porte à la fois, comme le précise B. Hell, sur la maladie vécue par le malade et, la maladie vécue par le groupe social. B. Hell reprend ici les termes de A. Kleinman (1980) de *sickness* et de *illness*. Il précise que le soin du guérisseur cherche à rééquilibrer l'ordre social dérangé par l'irruption du malheur, du désordre.

IV-IV. Rencontres avec des thérapeutes traditionnels et classiques.

M. S est la personne ressources, elle a pris son temps pour juger du bien-fondé de ma recherche. Faire un travail sur la tradition du soin demande du temps et beaucoup de patience : le temps de faire connaissance, le temps surtout de se faire confiance avant de vous emmener auprès du *doktè*.

Les thérapeutes rencontrés pour cette recherche ont tous entre 75 ans et 85 ans, hommes et femmes, ils habitent en commune, à la campagne, dans des lieux où la tradition reste préservée, lieux des conteurs, du *bèlè* et du *danmié*¹⁴⁹. Personnages impressionnants et abordables à la fois.

Le Père D, grand homme de 76 ans, buriné par le soleil, œil perçant, habite une petite maison en tôle. Il nous reçoit M. S. et moi, accompagné de son épouse brésilienne qui elle-même est thérapeute traditionnelle. Elle travaille en Guyane et traite, elle soigne les enfants. Le Père D n'accepte pas de rencontre future

¹⁴⁹Danse traditionnelle de résistance et de combat

s'il n'a pas fait une séance, c'est-à-dire s'il n'a pas demandé au saint l'autorisation de travailler avec moi.

Man R, femme de 70 ans, lorsqu'elle nous reçoit ne parle qu'à M. S bien que je sois présente, lui pose toutes les questions concernant mon travail et ma demande auprès d'elle. Elle n'accepte de travailler avec moi qu'après six rencontres, toujours accompagnée de la personne ressources.

Man R a reçu son nom d'un saint, on l'appelle « La Sagesse », elle précise :

« Je m'appelle La Sagesse. Ce nom est venu, je dormais un jour, dans mon sommeil un esprit est venu me parler. Il m'a dit que mon propre nom c'est La Sagesse... Il m'a dit de chercher la signification dans la bible, ce que j'ai fait...La Sagesse, c'est le nom de Dieu ».

Le nom est donné par un saint, souvent rattaché à la bible, cela inscrit le *dokté fey* dans la société religieuse, l'église catholique notamment, le sortant ainsi, un peu de la clandestinité et lui donnant une certaine légitimité.

Pour ces thérapeutes, tous les médecins ont un don car, il est impossible de faire le travail de soignant sans un don. Nous sommes donc semblables en tant que soignants, nous avons un don en nous. Pour les uns, il est maîtrisé, ce sont les guérisseurs reconnus et les médecins formés, conscient, travaillé. Pour les autres, il est en sommeil. Il peut nous « battre » car il est actif, nous dominer, il faut donc le maîtriser, le réveiller sinon il y a risque de tomber dans la maladie mentale.

La Sagesse est une « chabine » au teint d'indien, son regard brille comme des étoiles, elle est voûtée sous le poids des secrets, sa voix est forte et directe, forte de frustrations et de souffrances subies depuis l'enfance. Il n'est pas facile d'être thérapeute du peuple, il n'est pas si facile de faire commerce avec les saints et le diable.

Dans sa salle d'attente ce jour-là, il y a un homme et une femme qui attendent leur tour. Cette salle est petite, sur les murs trois images pieuses et des recommandations aux clients. Deux images du Christ, l'une avec ses apôtres : le Christ à la main levée, trône près d'un miroir sous une branche de rameau séché. La seconde image représente le Christ enfant avec sa mère et son père, cette image représente la trinité et l'idéal de l'harmonie familiale. Une troisième image représente la Vierge Marie avec un cœur enflammé et apparent. Près d'un coin de mur, il y a un balai avec la tête vers le haut, symbolique des mauvais esprits ou des indésirables chassés dans ce lieu.

Sur une petite table, sont disposés pêle-mêle d'autres objets signifiants : une bouteille de Javel ouverte, une gourde vide, des feuilles séchées et de nombreuses petites fioles.

Près de la porte d'entrée, un fer à cheval et une croix.

Les recommandations sont inscrites en rouge sur la porte qui mène au cabinet de consultation :

« Il est formellement interdit de me déranger lorsque je suis en consultation. Par qui que ce soit ! Car je risque de perdre la tête. Sinon je ne pourrai plus jamais vous recevoir (dessin d'un doigt levé d'un feu tricolore rouge et d'un petit homme qui part en courant).

Vous êtes pressé ? Vous repassez !

Retirez vos chaussures ou je ne consulte pas. Pas de visite à crédit.

Ceci est valable aussi : pour tous (tes) amis (es) ou ennemis (es). Il n'y aura pas de visite sans argent, trop d'abus et beaucoup trop de « à plus tard » !

Nul ne franchira cette porte sans avoir vérifié qu'il a la somme en main.

Faites donc comme au supermarché, une fois installé, ne partez pas sans payer !!!

Et ne dites surtout pas que vous avez oublié.

MERCI ».

Puis elle signe.

Ces recommandations sont des injonctions. Man R se présente comme une professionnelle qui fait un travail de qualité, « si vous me dérangez, je risque de perdre la tête » signale ses capacités de rentrer en transe, d'être ailleurs avec les esprits. Si elle perd la tête, elle ne répond plus d'elle-même, elle ne maîtrise plus les esprits, il y a alors danger pour celui ou celle qui « la dérange ». Mais c'est aussi une professionnelle qui fait payer ses services.

Dans la salle d'attente, les personnes sont à l'aise, une dame me fait la conversation, elle est détendue. Elle m'explique pourquoi elle est là, plus elle parle, plus elle s'agite, plus elle s'adresse directement de la salle d'attente à « la sagesse », qui est en consultation, il y a là anticipation de sa propre consultation.

Cette patiente vient d'une commune retirée. Elle a des problèmes de couple et de voisinage, elle me dit : « *j'ai failli mourir il y a 10 ans...on a « tiré » sur moi et mes enfants* ». Elle mélange le créole et le français, « tiré » c'est le fait d'avoir été agressé par le mauvais œil. Elle a déjà consulté la médecine occidentale mais elle n'a pas trouvé soulagement, elle ajoute :

« Le docteur H doit avoir un petit don, il m'a dit « Je vous donne des médicaments mais, c'est pas le médicament du docteur qu'il vous faut car ce que vous avez ne relève pas de la médecine !».

Elle consulte alors Man R, elle pense que le mal vient de son voisinage.

*« Les gens te disent bonjour mais c'est pas ça, yo ka mangé'w pandan tan a »*¹⁵⁰

Etonnée je répète « *ils te mangent* ». Elle ajoute : « *oui kon poul-bwa blan* »¹⁵¹

Le cabinet de consultation de Man R est sombre, empli de livres et de bougies. Man R consulte pieds nus en contact direct avec le sol en terre battue.

¹⁵⁰ « Les gens sont hypocrites, ils t'attachent par de la magie toi et tes enfants. »

¹⁵¹ « Oui comme des mites, petit à petit sans t'en rendre compte, puis un jour tu pourris sur place, tu te démontes et t'écroules ».

L'aménagement de l'espace thérapeutique, comme le signale T. Nathan (1994, p.143), représente la pensée du thérapeute, comme ses paroles et ses actes. Cet aménagement salle d'attente et cabinet de consultation matérialise un univers second avec les images de saints, des images pieuses. La matérialisation avec une chapelle, chez le Père D par exemple, la chapelle existe dans une petite pièce attenante. T. Nathan précise (Ibid., p. 144) :

« La pensée thérapeutique pourrait s'exprimer ainsi : il existe un univers second, non ordinaire et, je suis le seul médiateur capable de te relier à cet univers ».

Le dispositif thérapeutique commence déjà par la présentation physique du thérapeute, sa voix et son regard sont travaillés. Ce dispositif comprend également la maison puis le cabinet de consultation. La maison est entourée d'un jardin créole où se trouvent toutes les plantes médicinales nécessaires à la fabrication des remèdes, pour les bains, les thés, les frictions. Le cabinet de consultation est riche en images pieuses, croix, vierges, figurines et fioles de toutes sortes, aux couleurs vives et aux noms évocateurs : *mennen-vini*, défense, victoire, secret, amour. ...

Pour travailler, c'est à dire recevoir les patients et faire les invocations, le thérapeute traditionnel doit se protéger des attaques, il dépend également d'un saint et exécute ses ordres.

La Sagesse précise :

« Les gens doivent m'appeler par ce nom, le saint m'a dit de porter ce nom sur une chaîne dans mon cou...La Sagesse c'est le nom de Dieu, je porte toujours la chaîne, il m'a dit qu'avant de mourir, je dois la donner à l'un de mes enfants ».

Ici, La Sagesse parle de son don, elle est en relation directe avec Dieu, elle parle également de la transmission, elle initiera l'un de ses enfants aux gestes de soins, comme sa mère l'a probablement fait avec elle.

Le Père D reste plus secret, il est devenu *doktè fey* après un rêve et une maladie grave, il s'est lui-même donné son nom mais il a un saint attiré qui le visite continuellement, il est fixé sur un saint qui lui est personnel. C'est un homme qui veut transmettre son savoir à la jeunesse mais il ajoute : « *Maintenant les jeunes sont particuliers, ils ne croient pas, ils refusent notre savoir* ».

Puis il dit : « *Certains secrets m'ont été donnés sous l'engagement de ne pas être dévoilés* ».

C'est également ce qu'il me demandera de faire.

Mme T, autre thérapeute, dira : « *à quoi sert de donner aux jeunes quelque chose s'ils sont incapables de s'en servir ?* ».

La question de la préservation des savoirs transmis par les anciens reste un vrai problème. Le risque est grand de perte, ou pire de laisser la place aux charlatans de toutes origines.

Le *doktè fey*, à travers son dispositif, ses techniques de soins, le créole qu'il utilise, est un guerrier et un révolté. Nous verrons par la suite comment depuis l'enfance ces thérapeutes se posent en opposants très souvent à la mère ou au père, pratiquement jamais à la grand-mère.

Un guerrier, un *nèg mawon*, qui se situe en marge du système et cherche à maintenir la tradition du soin, l'un d'entre eux m'a dit : « *un doktè fey ne reçoit d'ordre de personne* ».

La formation de ces thérapeutes peut être le fruit d'un apprentissage plus ou moins long, le fruit d'une inspiration spontanée, d'un rêve, d'une transmission.

En Martinique, il y aurait de 200 à 300 *doktè fey*, plus nombreux donc que les psychologues et les pédopsychiatres, dont une grande partie de charlatans, cependant les relations entre eux restent aléatoires.

Père D précise :

« ...je les fréquente très peu, ma grand-mère et mon épouse défunte marchent avec moi tout le temps ».

La grand-mère et l'épouse défunte ont été toutes deux guérisseuses, il est donc paré, protégé par le *boukliyé* que représentent ces deux femmes, il est encadré.

Il y a toutes sortes de *doktè fey*, ceux qui ont un don et un saint, ceux qui prennent des cours avec des vieux, des *séanciers*¹⁵², « quimboiseurs »¹⁵³, ceux qui apprennent seuls avec des livres et des cahiers et qui travaillent selon ce que leurs saints leur ordonnent à travers les rêves. Il y a donc les « mauvais » et les « bons », c'est selon ce que l'on recherche. Ils sont connus de la population et toujours craints.

Père D poursuit :

« ...la science du doktè fey qui a des dons... il travaille la médecine du bon Dieu, il a un don depuis la naissance, quand la personne a des médicaments à donner, il fait une invocation des saints ou une invocation de Dieu ».

¹⁵² Sorciers

¹⁵³ C'est celui qui jette un sort, ses pouvoirs sont issus des livres de sorcelleries, il pratique la magie noire, pactise avec le diable, pour avoir plus de pouvoirs, soit à midi sous un fromager ou à minuit sous un figuier maudit. Il utilise le « cout zèb », filtre mortel à base de plantes, il est proche du fossoyeur car il a besoin de terre du cimetière, d'ossements ou de différentes parties du corps des morts.

Il travaille seul, parfois à deux avec une dormeuse, ce dernier cas devient de plus en plus rare.

Père D précise :

« ...il a un don naturel, comme somnambule, la personne s'endort toute seule et peut se réveiller toute seule, mais la personne ne peut rien écrire pour vous, il y a quelqu'un comme secrétaire à côté pour prendre des notes pour lui, défunt Madame Hortense dormait, les yeux ouverts, mais elle ne peut rien toucher et rien faire, il s'agit d'une voyante somnambule ».

En Martinique, il existe une hiérarchie dans le milieu du soin traditionnel, c'est souvent en premier lieu la grand-mère qui fait le premier diagnostic et donne les premiers soins, puis la tante ou la voisine âgées, et enfin le *doktè fey* renommé. Les familles peuvent aller très tard le soir ou très tôt le matin à l'autre bout de l'île pour consulter, il s'agit de se faire soigner par le plus fort, le plus renommé.

Les *doktè fey* rencontrés possèdent quelques références théoriques ou plutôt quelques livres que l'on retrouve chez chacun d'eux et qui sont incontournables dans la profession.

« L'astrologie pour tous ou l'horoscope sans calcul »¹⁵⁴ « Le livre secret des grands exorcismes et bénédiction »¹⁵⁵, « Grands secrets merveilleux »¹⁵⁶, « Prières liturgiques »¹⁵⁷. Ces ouvrages peuvent être considérés comme les références théoriques de base.

La formation de la plupart des *doktè fey* passe par la lecture de ces ouvrages auxquels s'ajoutent d'autres ouvrages, selon M. T. : « ...on travaille avec le livre, le dragon rouge, vert, le grand et le petit Albert... ».

Les livres ne suffisent pas car « mal lus » ils sont nocifs et peuvent vous entraîner à la folie. L'apprentissage se complète par des pèlerinages, des

¹⁵⁴ Garnier et Frère (1946-1950), édit 229

¹⁵⁵ Abbé Julio 1987, édit Buisnière, Paris

¹⁵⁶ Abbé Julio 1987, édit Buisnière, Paris

¹⁵⁷ Abbé Julio 1987, édit Buisnière, Paris

bains, la fréquentation de l'église et des cimetières, le lien entre la vie et la mort. On ne peut être guérisseur sans être protégé, avoir son « boukliyé » que l'on porte sur soi.

Père D

« ...alors dès que vous êtes fidèle à Jésus, le diable marche avec vous, jour et nuit, alors il vous faut une protection sur vous, un boukliyé...alors vous repoussez le démon ».

Le guérisseur marche toujours avec « le bien et le mal ». Il sait faire le bien, guérir, soulager la souffrance, trouver un sens au malheur, mais pour cela il doit connaître aussi selon Père D « *les forces du mal* ».

Pour le montage, c'est à dire la fabrication, du *boukliyé*, le guérisseur est guidé par son saint, il lui dit de quoi il doit être composé, de quelle sorte de feuillages, de quelle sorte d'éléments solides, comment associer ou ne pas associer les divers éléments entre eux, quels coquillages, quels ossements, quelles prières.

Père D

*« Mwen ka mandé sen a boukliyé'a, i ke di mwen manniè mwen pou monté'y ».*¹⁵⁸

Les références théoriques des thérapeutes traditionnels sont non seulement les livres cités plus haut, le *boukliyé* mais c'est aussi la protection du lieu d'habitation, du lieu de consultation avec les arrosages réguliers, le positionnement du lambi¹⁵⁹, au nord et à l'est de la maison.

Le métier de thérapeute traditionnel est dangereux à plus d'un titre, vis-à-vis des autres *doktè fey* d'une part, car la concurrence est rude et les relations agressives, vis-à-vis de la loi d'autre part car les guérisseurs sont toujours sous l'interdiction du code noir, ils sont relégués dans la clandestinité.

¹⁵⁸ « Le saint m'indiquera comment fabriquer le bouclier. ».

¹⁵⁹ Coquillage

Le code noir pendant l'esclavage condamnait à la mort les sorciers, les guérisseurs que l'on considérait comme étant purement et simplement des empoisonneurs. Enfin, ce métier est dangereux vis-à-vis des esprits, car le risque est grand de tomber sous la coupe des « esprits mauvais », que l'on appelle les « larves ».

Il faut donc se protéger par le *boukliyé*, nous l'avons déjà vu, mais également par des purifications régulières.

La Sagesse : « ...Je mets de la lavande blanche sur mes deux bras, mon visage, partout où je sais que l'esprit va me toucher ».

Avant toute consultation et devant le patient, le rituel de purification du thérapeute et du lieu prend place.

La Sagesse poursuit :

« ...Ensuite j'allume trois bougies au nom du père du fils et du saint esprit parce que c'est Dieu qui commande, c'est Dieu qui est avant, j'ai un verre d'eau qui représente l'esprit, l'âme, le corps, c'est pour laver l'esprit, ce verre d'eau est recouvert avec un globe, ce globe que je n'utilise pas souvent, je le mets là simplement, je n'en n'ai pas besoin ».

La vraie pensée des guérisseurs se trouve en fait dans leurs pratiques et non dans leurs théories. Ils disposent d'un arsenal thérapeutique très varié : les parfums, les prières, les bains, les protections montées dites encore *boukliyé* ou *gad kò*, les thés, les frictions.

Dans l'espace thérapeutique, on retrouve le *lambi* que le *nèg mawon* faisait sonner pour réveiller la révolte chez les esclaves ou pour annoncer la mort d'un des leurs. Nous retrouvons également diverses croix, des rosaires, des épées, des photos de la Vierge, de l'Ange Michael, du Christ en croix, ainsi que des serpents en bocaux et des fioles.

Pour le *doktè fey*, un médicament est un remède, un remède est une recette pour faire une tisane, une friction, un sirop, le principal ingrédient c'est la plante, plante pour soutenir la santé, pour faire des cataplasmes, des enveloppements, plantes toujours utilisées en trois feuilles.

Ces recettes sont transmises de génération en génération par la tradition orale ou retranscrite sur des cahiers, cahiers tenus secrets, brûlés ou transmis aux successeurs éventuels à la mort du guérisseur.

Père D poursuit :

« Célestine a laissé pour moi une trentaine de cahiers et j'en avais déjà au moins une quarantaine, elle faisait des invocations à n'importe quelle heure de la journée, à n'importe quelle heure de la nuit. Notre Dame de la Délivrance lui dit : Célestine, un message. Elle ferme le gaz, elle sort de la cuisine et puis après elle travaille comme ça... ».

La Sagesse : *« choisir toujours trois feuilles, Dieu le père, le fils, le saint esprit ».*

Les bains font également partie du rituel thérapeutique, bain de feuillage pour enfants et adultes, bains à la mer, à la rivière, « ben démaré » ce dernier est un bain stimulant, une bougie est toujours allumée avant chaque rituel.

Les thérapeutes traditionnels connaissent parfaitement les vertus médicinales et thérapeutiques des plantes, mais ils insistent tous, sur le fait que c'est l'Esprit qui établit le diagnostic et la composition des remèdes qui peuvent être le bain, la prière, l'enveloppement.

Ce qui fait le *doktè fey*, le thérapeute traditionnel, c'est le don et son pouvoir de guérison, la transmission du savoir, les rituels de purification, ce ne sont pas les théories.

Les thérapeutes disent posséder un don naturel, mais bien qu'ils en parlent très peu, il y a souvent au départ une transmission des pouvoirs et des techniques de soins.

Dans le processus de révélation, le don doit être accepté, le jeune enfant hyperactif est considéré posséder un don trop fort pour lui, il faut alors le « traiter » afin d'atténuer le don, et permettre à l'enfant de grandir sans être envahi. Il doit par des rituels et des prières maîtriser le don, s'il est trop jeune c'est sa mère qui « portera » la protection, ce don il pourra alors l'utiliser pleinement dès l'adolescence.

Le refus du don entraîne la maladie, maladie grave qui peut amener à la mort.

Man L nous dit :

« Dieu m'a donné un don de naissance, j'ai travaillé pour cultiver ce don en l'honneur de notre seigneur Jésus Christ pour le bien de tout le monde ».

M. T :

« ...je travaille depuis pas mal d'années, dès mon enfance que j'ai ce don ».

Père D :

« ...je suis né avec le don d'Archange Michael, c'est le chef ministre céleste de l'éternel ».

Man R :

« Il y a des gens qui tombent malade mais moi c'est comme une passation de pouvoir ».

Lors du refus du don manifesté par la maladie grave, l'enfant est soigné par sa mère ou sa grand-mère dans un premier temps, si la guérison ne vient pas, la famille fait appel au guérisseur qui identifie le don.

La Sagesse me raconte comment à l'âge de 6 ans, elle a « vu la mort » après une grave maladie difficilement diagnostiquée par la médecine, sa mère, elle-même possédant le don, n'arrivait pas à la soigner, « *J'avais un chancre, c'est quand la chair est morte en-dedans...* ».

Cette maladie lui arrive alors qu'elle est en révolte contre sa mère qui la frappe souvent. Petite fille elle pense au suicide, elle « tombe » gravement malade juste après le décès d'une voisine avec laquelle elle entretenait une relation enrichissante et valorisante, elle mangeait chez elle et lui apportait de l'eau, cette voisine était comme une bonne mère pour elle.

Elle reste en maladie deux mois, sa mère fait appel au guérisseur et au prêtre. Après cet épisode, elle commence à faire des rêves prémonitoires, elle injurie, le juron est très important, car il révèle le don, puis se met à parler en dormant. Sa mère avait un « don détourné », c'est-à-dire qu'elle n'a jamais pu l'utiliser, sa mère était autre, elle me dit :

« Elle avait le don, mais on lui a fait beaucoup de méchanceté... Détourner le don c'est donner la forme à un autre sujet, par exemple en disant : je vais détourner cette personne, sa voix, ses pensées, ses vocations, donc tu vois c'est un peu comme ça le détour du don ».

Puis elle ajoute :

« Pour ne pas être détournée, j'ai porté le nom de mon grand-père ».
Elle s'inscrit alors dans la lignée masculine et s'adosse sur son ancêtre.

Pour certains, le don dès la naissance se transmet de génération en génération, les enfants sont alors protégés par leur mère.

Mme R précise : « *j'ai plusieurs enfants qui ont le don, tous sont protégés par moi, ils sont tous encadrés sur moi* ».

Tout un chacun naît avec un don, mais tous ne le développent pas, c'est pour la plupart à l'adolescence que le don s'exprime véritablement. C'est aussi à cet âge qu'il est accepté et mis en action.

Père D

« Il y a des initiatives à prendre, si tu veux que le don vienne à toi, c'est tout un défilement d'esprits. Il faut savoir chasser le mauvais et prendre le bon, tu peux faire ce travail seul, mais il faut que tu sois en stabilité en toi-même, pour ne pas te laisser dépasser, pour ne pas te laisser influencer. La seule chose que je peux te dire c'est de ne jamais appeler un mort ».

En « stabilité en toi-même » nécessite une initiation. Cette initiation dure sept ans en moyenne au côté d'un *doktè fey* avant de pouvoir exercer en tant que soignant guérisseur.

L'origine du don vient de l'Afrique, Père D me disait :

« Ce don que j'ai vient de Guinée, je connais mes ancêtres, je sais que la famille vient de Guinée. Il y en a qui sont restés en Martinique, on les a emmenés comme esclaves, mais il y en a d'autres qui se sont transformés en chauve-souris, ils sont partis car ils étaient possédés. ».

Sur la transmission le *doktè fey* conserve le secret, il en dit peu, très souvent dès la naissance c'est la matrone qui voit le don chez le bébé, alors avec des prières et des gestes sur le corps de l'enfant, elle le protège pour qu'on ne le détourne pas.

Mme R : *« c'est ma grand-mère qui a fait l'accouchement, elle a su me protéger ».*

Pour certains, il y a un interdit de la transmission.

M. V :

« J'ai un exemple personnel de cet interdit de la transmission qui me vient de ma grand-mère. Elle m'a transmis mon don pour guérir les autres, ça a toujours marché mais avec l'interdiction de transmission, c'est plus difficile, je pourrais le transmettre à mes enfants mais pas à mes petits-enfants ».

D'autres *doktè fey* veulent transmettre, mais ne trouvent pas « d'élèves » pour cela.

Père D :

« Lorsque je vais partir au tombeau, il y a beaucoup de choses que je n'ai pas écrit, j'ai des secrets, alors c'est pourquoi je vais donner quelque chose avant de partir. Ici, il n'y a personne mais en Guyane j'ai des élèves ».

Le don ne se révèle pas sans transmission, sans initiation, les secrets des soins sont identifiés comme venant d'Afrique, des Caraïbes et des esclaves. Ce sont les anciens qui transmettent. Dans l'expérience du Père. D, dès l'âge de huit ans il accompagne sa grand-mère matrone et guérisseuse, lors des accouchements et des soins à la parturiente et au bébé, à travers les bois¹⁶⁰ et la campagne. Il l'accompagne avec une vierge en main pour se protéger du mauvais œil, puis il observe les pratiques rituelles mises en œuvre.

Il dit :

« Aussitôt après l'accouchement, elle met la vierge de la délivrance sur le nombril de la mère, puis elle fait une prière pour arrêter le sang. Il y a prière pour chasser les mauvais esprits, il y a prière pour commander la santé, il y a prière pour toute chose ». Il ajoute : « c'est d'abord la prière parce qu'il y a le saint pour chaque maladie et il y a des psaumes pour toute maladie ».

La transmission de ces savoirs ancestraux, qui sont des savoirs métissés de techniques provenant du Brésil, d'Haïti, de Cuba et d'Inde, se fait pour l'essentiel dans le milieu familial, très rarement à l'extérieur de la famille, bien

¹⁶⁰ Forêt

que cela reste possible. Un enfant sera choisi par le *doktè fey* et initié très jeune à la reconnaissance des plantes et à leur vertu curative, à l'utilité et au rôle de la prière, aux gestes thérapeutiques dans la reconnaissance des maladies, tout ceci sera fait dans le secret, l'enfant participera également aux soirées des conteurs, aux danses rituelles.

Peu de jeunes cependant, acceptent cette transmission, ils disent : « *sé bagay vié moun, sé mansonj !* ». ¹⁶¹ Les anciens meurent alors avec leurs secrets, on pourrait penser que les savoirs se perdent entraînant de ce fait une déperdition des traditions de soins. Cependant, de façon implicite et explicite, la transmission culturelle opère.

IV-IV- A. Cas clinique, quand bébé assigne à chacun sa place. Mme A et Line.

Notre entretien se déroule au domicile de Mme A.

Mme A est une jeune femme de 29 ans, elle est très élégante, elle est mariée depuis quelques années à un notable. Elle exerce une activité libérale pour laquelle elle était partie en France faire ses études. Son mari est un homme politique de renom.

Mme A est la seconde épouse. Mr A a eu trois fils d'une première union, il est plus âgé que Mme A.

Madame est la cadette d'une fratrie de quatre filles, les sœurs sont très « liées ». Ses parents sont mariés mais son père n'est pas très présent.

Le couple donne naissance à une petite fille que je nommerai Line. Ce bébé est très attendu et bien accueilli par l'ensemble de la famille. En effet, c'est « LA FILLE » de Mr A et la première petite fille chez Mme A. C'est aussi un bébé très convoité.

La sœur aînée de Mme A, qui n'a pas eu d'enfant, joue un rôle très important dans la famille. Line est « *devenue sa chose, son produit* » me dit Mme A, elle lui a trouvé son prénom et devient sa marraine. Le rôle de la sœur aînée dans

¹⁶¹ « Ce sont des choses des vieux, c'est pas intéressant, ce sont des mensonges ».

la famille traditionnelle en Martinique est spécifique. Elle est le substitut, la confidente de la mère, elle remplace cette dernière en cas de défaillance. Le reste de la fratrie lui doit un respect sans faille, dans la famille de Mme A la parole de sa sœur fait force de loi.

Line naît avec un léger handicap, elle a de « *petites jambes* », cela crée un trouble chez Mme A, mais également chez toutes les femmes de la maisonnée y compris la nounou. Par exemple, cette dernière lui fait des massages à l'eau glacée pour la fortifier car tous craignent qu'elle ne marche pas.

C'est donc un bébé très protégé dans la famille. Mme A dit « *hyper-protégé* », par crainte du mauvais œil, par crainte de la jalousie toujours présente aux portes de la maison. Pour Mme A, le léger handicap de Line a à voir avec une attaque sorcière.

La grossesse de Madame a été soutenue par toutes les femmes de l'entourage, elle s'est sentie portée, cette grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans problème. Mme A a d'ailleurs fait les rituels appropriés : alimentation, respect des interdits, massages.

Line naît à 4 kilos, c'est un beau bébé qui « *a beaucoup de cheveux* », Line comble alors sa mère, « *tout allait bien* ».

Le handicap de petites jambes de Line est verbalisé en premier par la grand-mère et la marraine, c'est alors que Mme A est interpellée, Mr A quant à lui, ne trouve rien à redire.

Lorsque Line a eu trois mois, Mme A constate un arrêt de croissance chez son bébé, la grand-mère et la marraine la trouvent chétive, peu active, triste, le terme exact est *chimérik*.

Mme A consulte alors la pédiatre, aucun diagnostic n'est émis, des vitamines sont données après une série d'analyses qui ne révèlent pas de pathologie particulière.

Les mois qui suivent n'amènent pas d'amélioration. Certes, le bébé ne perd plus de poids mais elle n'en gagne pas non plus, son état ne plaît pas à sa grand-mère.

La sœur aînée rappelle à Mme A sa négligence avec Line. En effet, Mme A qui est assez « moderne » dans son comportement, fière de sa fille, la présentait souvent, la faisant passer de bras en bras, ce qui ne plaisait pas à la marraine.

La sœur aînée avait à plusieurs reprises mis en garde contre le mauvais œil et les attaques sorcières de femmes peu scrupuleuses. Line était trop touchée, trop manipulée, on lui touchait la tête, il y avait là un risque de lui prendre sa force, Line était un bébé « exposé ». Sa faiblesse actuelle était, pour les deux femmes, grand-mère et marraine, le résultat de cette négligence, elles font alors un premier diagnostic de *blès* et veulent le confirmer en proposant à Mme A de consulter une guérisseuse qui soigne *an blès* et, par ailleurs est une amie de prière « catholique » de la grand-mère.

Mme A, devant ce diagnostic et cette proposition est assez perturbée, elle me dit : « *moi je crois dans la médecine, je suis une intellectuelle doublée d'une fervente catholique, c'est mon éducation, tout ça : blès, quimbois, feuilles, les choses occultes, je ne maîtrise pas* ».

Cependant, souhaitant faire au mieux pour sa fille et ne pouvant contredire sa mère et sa sœur, elle les accompagne, non sans angoisse, chez la guérisseuse Man S.

Le premier contact avec Man S se passe bien, la douceur de cette femme avec son bébé, qui ne cesse de pleurer, la rassure. Man S confirme le diagnostic de la grand-mère, « *w ni an ti blès* » dit-elle en s'adressant au bébé, après l'avoir ausculté et palpé. Puis, elle explique à Mme A comment elle va procéder, ce qu'il faut faire pour faire sortir le mal, elle lui dit également que ce n'est pas grave et que Line va reprendre du poids et aller mieux. Elle fait alors un soin d'enveloppement, un cataplasme de feuilles, elle enveloppe Line du torse au bas du ventre. Cette enveloppe doit rester en place pendant une semaine, sans change, sans bain, juste une toilette.

L'enveloppe tient le bébé, le soutient, le contient. Bien que rassurée, Mme A est tout de même angoissée par ce soin, elle ne sait plus comment porter Line. Elle a l'impression d'avoir dans les bras une enfant figée, momifiée, ce sentiment de

momification la renvoie à des images enfantines traumatisantes, lorsqu'elle allait rendre visite à son père, à l'époque hospitalisé.

Man S a préconisé que ce soit la mère qui s'occupe de son bébé, lui fasse la toilette et maintienne en place l'enveloppe durant une semaine.

Mme A ne peut supporter cette situation plus de trois jours, elle dit ne pas voir d'amélioration chez sa fille, cette image d'un bébé inerte est difficilement supportable, elle souhaite alors dé-faire ces liens, cette enveloppe mise en place par la guérisseuse.

Mme A sollicite alors son mari afin qu'il « coupe le bandage avec des ciseaux ». J'interprète cela de deux manières, la première : le père, comme la matrone aux ciseaux, réintroduit de la vie. La deuxième : par ce geste, M. A soutient son épouse dans son devenir mère et lui permet ainsi de se dé-faire de la double emprise maternelle ou féminine, celle de la grand-mère mais également celle de la sœur aînée. Puis Mme A se tourne de nouveau vers le pédiatre à qui elle confie ses troubles, comme si elle reprenait ainsi le contrôle de la situation, s'émancipant des liens familiaux vécus comme mortifères.

Line sera hospitalisée pour une infection urinaire. La marraine, la grand-mère et Man S diront que le soin traditionnel a « *fait sortir le mal du corps du bébé* » sous la forme d'une infection urinaire qui n'avait pas été diagnostiquée lors des premières visites chez le pédiatre.

Analyse.

Ce cas clinique est assez caractéristique du parcours de soins fait par les jeunes mères et de la situation de malaise qui les habite lorsque l'enfant va mal. Parcours de va-et-vient entre la médecine d'experts et celle plus cachée des *doktè fey*.

Mme A, durant sa grossesse, a suivi les prescriptions rituelles en les associant au suivi médical. Lorsque son enfant naît, elle prend de la distance avec la tradition et c'est sa sœur, et sa mère, qui lui rappellent les risques encourus :

effraction, pénétration, exposition, vulnérabilité. Tant que Line se porte bien, elle remet en cause les paroles maternelles, mais, devant la souffrance de son bébé et l'inefficacité du soin médical, elle se tourne alors vers les femmes de son entourage et réinscrit sa fille dans la lignée maternelle. C'est également l'insistance des paroles culpabilisantes de sa mère et de sa sœur, qui l'amènent bien malgré elle à consulter. Cela ne se fait pas sans difficultés.

Afin de se sentir compétente, Mme A a eu besoin de s'appuyer sur son mari qu'elle réintroduit de façon symbolique comme étant « le tiers séparateur », celui qui la libère de la double contrainte. Ce n'est pas son mariage qui a fait ce travail, mais la maladie de sa fille.

Mme A reste toujours un peu distante avec le corps de Line, elle me dit : « *Line a gardé une hyper-sensibilité, dès que je la touche, elle a mal* ».

Pour être parent, il ne suffit pas « d'avoir » un enfant, comme le dit D. Mellier (1999. p.9) : « *la parentalité résulte d'expériences successives qui tout en pouvant construire l'identité de parent constitue l'enfant* ». La parentalité s'inscrit dans le maternage, dans un maternage créatif et quotidien.

N'y avait-il pas là une situation de dysparentalité, Mme A pouvait-elle se positionner comme mère avec Line ? Qui était le parent ? La grand-mère ? La marraine ? Assurément le père était absent, il trouvait son existence hors du milieu familial, milieu qui restait féminin.

Cependant, pour Mme A, l'enveloppe de la mère et du groupe des femmes était trop contraignante, comme c'est souvent le cas chez les jeunes mères en Martinique, jeunes mères qui souvent refusent les traditions de soins au bébé. Pour prendre leur place de mère, elles ont alors besoin de s'opposer à leur propre mère. Durant la période prénatale, il y a une phase de réaménagement du système familial, car la naissance est un passage d'un état à un autre. Il fallait, dans cette situation groupale et familiale, que chacun trouve sa place. Le père de Line en se rapprochant de son bébé, le mari de Mme A en soutenant sa jeune épouse, la grand-mère et la sœur aînée en faisant confiance aux capacités de Mme A, et enfin cette dernière en vivant pleinement sa parentalité sans culpabilité.

IV-IV- B. De l'utilisation du créole en thérapie.

Dans la relation thérapeutique, l'utilisation de la langue reste un élément essentiel. Cette utilisation peut poser des problèmes dans un contexte de domination d'une langue par une autre.

Lors d'une communication orale, R. Confiant¹⁶² parlait du mal diglossique dans la relation thérapeutique, il note :

« ...en pays diglotte, le médecin emploie la langue officielle, prestigieuse, celle qui manifeste son savoir, c'est-à-dire dans le cas de la Martinique, le français, cela qu'il soit un médecin autochtone ou non autochtone...Ce médecin, très souvent interroge un malade qui est non seulement en situation d'insécurité linguistique mais aussi en état d'insécurité culturelle ».

R. Confiant définit l'insécurité linguistique comme un complexe d'infériorité du Martiniquais face à « *l'interlocuteur placé plus haut que lui sur l'échelle sociolinguistique* ». Cette insécurité linguistique, dans le cas de relation médecin/malade, rend ce dernier incapable alors d'exprimer son mal, de ce fait il répond de manière laconique et peu précise aux questions du médecin.

Les psychologues rencontrés lors de cette recherche utilisent le français en priorité durant leur thérapie, mais ils disent aussi que l'utilisation du créole reste parfois nécessaire, bien que cela soit rare.

W.R me dira :

« les entretiens se font en général en français, c'est rare qu'on ait des parents avec qui ça glisse en créole, c'est-à-dire que quand je me rends

¹⁶² R. Confiant., *Langue et relation thérapeutique en milieu diglossique : le cas de la Martinique*, non publié, 2007.

compte de la difficulté de la personne à parler français, je peux essayer de la mettre à l'aise, mais c'est relativement rare que l'on ait à fonctionner comme ça ».

Je constate ici la difficulté dans laquelle se trouve le thérapeute « autochtone », face aux parents en difficulté dans le maniement de la langue française, difficulté qu'il peut essayer de contourner en utilisant le créole, mais là encore les choses ne sont pas si simples.

W.R continue ainsi, lorsque l'entretien se fait en créole :

« ils utilisent une langue après l'autre, il y a des gens qui prennent ça mal, le fait qu'ils croient qu'on pense qu'ils ne savent pas parler le français, ...mais il m'est arrivé une ou deux fois où j'ai dû reprendre le français parce que j'avais l'impression qu'on ne se rencontrait pas ».

Pour R. Confiant, c'est cela l'insécurité linguistique. Le patient vit cette situation comme une preuve de « condescendance » et de « mépris », il ajoute : *« que ce soit donc en français ou en créole, il y a donc un blocage partiel de la communication dans la relation thérapeutique en Martinique ».*

B. C psychologue en CMP précise :

« ...c'est quand même plus souvent en français, quand je sens que la relation peut permettre de m'exprimer en créole, j'y vais...le créole parfois permet d'apporter un matériel émotionnel plus riche, il y a des images et une certaine complicité s'installe ».

C'est souvent le signe que le patient a accepté sa prise en charge. Avec les enfants, dans notre éducation, on ne parle ni ne répond aux adultes en créole, c'est le signe d'un irrespect total.

Des expériences sont tout de même menées, notamment au CMP de Saint Pierre, dans le nord-ouest de l'île, le créole a été introduit en thérapie par le conte, ainsi pour le Dr P :

« Il faut vaincre la culpabilité de parler créole, c'est une langue qui a été minorée, qui n'est utilisée que pour les jurons, les plaisanteries, il faut affirmer toute sa valeur, lui donner toute sa force d'affirmation de soi ». ¹⁶³

Chez le *doktè fey*, le travail ne peut se faire qu'en créole, « *créole avec le patient* » disent-ils tous, c'est le « *lieu de nous-mêmes* », c'est la famille « *qui nous y envoie* » ajoutent les patients.

Le deuxième aspect du mal diglossique, c'est l'insécurité culturelle, car dit R. Confiant, le patient consulte à la fois le praticien de la médecine occidentale et le thérapeute traditionnel, comme nous l'avons déjà signalé dans un va-et-vient régulier. Pour R. Confiant, il s'agit de « contestation du pouvoir médical », la clinique montre qu'il s'agit d'une certaine « maîtrise » sur le pouvoir médical classique. En effet, le patient, dans le cas qui nous intéresse ici, la mère ne conteste pas le rôle du psychologue ou du pédopsychiatre. Face au trouble de son enfant, elle consulte les deux médecines, elle choisit de prendre chez chacun ce qui lui convient, elle utilise les deux approches sans en contester aucune. Elle dit au psychologue « *mwen ka wè an moun* » ¹⁶⁴, elle dit au thérapeute traditionnel « *mwen wè en psychologue* », elle signale ses aller-retour lorsqu'elle pense qu'il est bon de partager.

Face à certaines pathologies qui touchent le bébé, après avoir été en PMI, et seulement s'il n'y a pas de résultat, la mère du bébé, sur les conseils de sa grand-mère, consulte un *doktè fey*. Il s'agit notamment de maladies non reconnues par le corps médical comme *an blès*, le *tet fann*, la cohésion familiale lorsqu'elle existe protège de l'insécurité culturelle dont parle R. Confiant. Je reviendrai plus en détail par la suite sur les deux pathologies qui affectent le petit enfant, leur étiologie, leur sens et leur traitement.

¹⁶³ Travail qui est mené depuis plus de 15 ans par Jean Bernabé et Raphaël Confiant qui ont développé une écriture, une grammaire, un Capes et un doctorat créole.

¹⁶⁴ « Je consulte un *doktè fey* »

Pour revenir au créole, R. Confiant parle de « désamour » de la langue, « désamour » qui pose problème dans le travail thérapeutique, car ce dernier ne serait pas pourvoyeur de bien-être. Les collègues psychologues, même lorsqu'ils notent un certain malaise dans la relation thérapeute/patient, mettent en place des techniques afin de créer du lien. Je parlerai d'une thérapeutique métisse pour justement apporter du bien-être à leurs petits malades.

La diglossie c'est l'existence au sein d'une même communauté de deux langues, l'une est réservée aux usages quotidiens, elle est vécue comme inférieure, l'autre est réservée aux usages officiels, elle est vécue comme supérieure. Le mal diglossique selon R. Confiant et J. Bernabé proviendrait de trois raisons :

- la première raison est historique, car le créole a d'abord été la langue maternelle de tous en Martinique, puis elle fut reniée par les blancs créoles, puis les mulâtres, les noirs et les indiens, car elle ne permettait pas la progression sociale après l'abolition de l'esclavage.
- la seconde raison est sociologique, elle rejoint la première raison, la classe dominante des békés rejetant le créole dans la « nègrerie », cette langue devient « le patois des Noirs ».
- enfin, la troisième raison est pour R. Confiant linguistique, le créole ayant été décrété être une sous-langue, car dépourvue de vocabulaire, de grammaire et ne s'écrivant pas, alors même qu'elle a été écrite dès le XVIIIe siècle.

Cette insécurité linguistique entraîne alors une insécurité de la personne, je dirais de l'Être martiniquais.

En fait la langue créole réactive une certaine partie de l'ancêtre, une partie de la mère. A ma question sur l'utilisation de la langue en thérapie médico-sociale, les réponses de mes collègues varient. Certains disent :

« ...au niveau du créole, ça n'arrive pas très fréquemment que les gens parlent en créole durant la consultation, parfois ça donne de la couleur et marque quelque chose d'important ».

D'autres diront :

« ...tout en créole c'est un enfermement, j'utilise tous les registres, ça dépend du parent que je reçois, je n'ai pas un registre de travail, le plus souvent avec les enfants, je parle français, avec les parents, ça peut dérapier dans la complicité en utilisant le créole et peut faire dérapier le travail thérapeutique, ...c'est au feeling...je m'autorise à utiliser toutes les langues ».

MT psychologue répond à la question suivante :

« Les entretiens, tu les fais en français ou en créole ? »

« L'un ou l'autre, c'est quand même plus souvent en français. Quand je sens que la relation peut me permettre de m'exprimer en créole, j'y vais. Les fois où j'ai eu à utiliser le créole, c'est soit parce que j'ai eu des gens qui sont mal à l'aise en français, soit on est arrivés à un moment d'alliance thérapeutique qui me le permet ».

Dr P. répondant à la même question dira :

« Actuellement il y a l'importance de la langue, l'importance du sens de la langue c'est-à-dire l'aspect thérapeutique, l'augmentation de l'affirmation de soi ».

Langue comme thérapie ? On traite, on soigne en français, en anglais, en allemand, pourquoi ne peut-on soigner en créole ?

A la question suivante :

« Mais quand tu mets un parent « à l'aise », est-ce que le parent adhère à la langue créole ? »

La réponse de Mme L psychologue, reflète toute la réflexion précédente de R. Confiant :

«... En général ça marche. C'est-à-dire que l'entretien se passe en créole, mais certains hésitent. Ils utilisent une langue, après ils passent à l'autre. Il y a des gens qui prennent ça mal, le fait qu'ils croient qu'on pense qu'ils ne savent pas parler le français...moi je persévère en général dans le créole pour voir s'ils adhèrent à nouveau. En général, ça marche, mais ça m'est arrivé une ou deux fois, où j'ai dû reprendre le français parce que j'avais l'impression que l'on ne se rencontrait pas ».

Ici pourrait se poser la question du bilinguisme chez l'enfant et son utilisation en thérapie. Le bilinguisme étant la capacité à utiliser deux langues avec aisance, bien que la maîtrise totale des deux langues soit souvent inégale.

La définition de la langue maternelle n'est pas univoque, comme l'explique D. Rezzoug (2010), bien au-delà de l'aspect linguistique. C'est la langue « mamelle » de la culture, elle est un outil qui permet de donner du sens et de construire la pensée.

En Martinique, comme en situation migratoire, deux langues coexistent, l'enfant se construit bien « malman »¹⁶⁵ dans ce contexte particulier, tant le créole a été bafoué, diabolisé, interdit même dans les relations premières.

¹⁶⁵ Difficilement.

Pour Kohn, cité par D. Rezzoug (Ibid., p. 235), lorsque l'on parle de langue maternelle, on veut dire le fusionnel qui existe entre un sujet et une langue. La langue maternelle c'est ce qui lie l'enfant à sa mère, son père, ses grands-parents, ses ancêtres. Anzieu parle de l'enveloppe sonore qui entoure l'enfant dès sa naissance.

L'auteur cite Ben Geloume, qui propose que la langue maternelle soit considérée comme la langue dans laquelle le « sujet entre dans le langage » (Ibid., p.236), ce qui poserait problème en Martinique, tant le rapport au créole reste encore pathologique, malgré les efforts faits par les linguistes « militants ».

La langue parlée dans la plupart des familles n'a pas le même statut au sein de la famille et dans les institutions, notamment l'école.

A mon sens, lorsque l'immersion dans les deux langues est suffisante, l'enfant arrive à construire le langage dans les deux langues : créole, français. D Rezzoug parle alors de bilinguisme simultané précoce.

Ce bilinguisme est alors efficace car il conduit au bilinguisme additif et au bon développement cognitif qui se manifeste par une flexibilité cognitive, de bonne capacité d'attention, effet qui perdure avec l'âge.

Cependant, l'installation de ce bilinguisme équilibré, demandera en Martinique un combat politique, social, intellectuel, culturel, afin de mettre un terme au processus de dénégation dont les Martiniquais sont victimes.

Durant l'enfance, le langage est utilisé pour partager les émotions, les affects, que dire lorsque le créole n'est utilisé par les familles que pour les interdits, les affects de colère et de violence ? L'enfant ne peut grandir qu'en développant une mauvaise estime de soi, la clinique au quotidien le rappelle.

Transmettre sa langue, c'est également transmettre sa culture dans la mesure où l'on considère sa culture comme une chose précieuse.

Dans le contexte thérapeutique, la langue maternelle est un levier thérapeutique, au sens de G. Devereux, c'est un support de l'élaboration psychique.

La clinique nous montre que, lorsque le lien entre le thérapeute et le patient est suffisamment empathique, ce dernier va utiliser les deux langues : le français et le créole, puis petit à petit au détour des séances le créole prend toute sa place. Chez le thérapeute traditionnel, il en sera de même cependant, souvent d'entrée de jeu, c'est le créole qui est utilisé. Ce passage entre les langues se fera selon les envies et surtout selon l'importance du récit que construit le patient. Il y a donc nécessité de bien connaître la culture de son patient ainsi que sa langue ou alors travailler avec un ethno-clinicien médiateur, comme c'est le cas du dispositif ethno-psychiatrique mis en place par T. Nathan et MR. Moro.

IV-V. Les Pathologies du bébé.

Il ne m'a pas été possible de rencontrer les patients ni chez le *doktè fey* ni au CMP. Les premiers, sans jamais dire non, n'ont pas souhaité de rencontres, les seconds ont décliné la proposition en décrétant la difficulté d'avoir un observateur lors des entretiens avec leurs patients.

Les données reportées ici sont issues d'entretiens menés auprès des psychologues, des guérisseurs et auprès des familles qui ont consulté des *doktè fey*. Les voies d'accès aux thérapeutes traditionnel et médico-social ne sont pas les mêmes.

Dans le premier cas, on consulte sur les conseils donnés par un membre de la famille, très souvent la grand-mère maternelle de l'enfant souffrant qui émet le premier diagnostic et donne souvent les premiers soins. Puis elle conseille la visite chez *le doktè fey*, la mère sera alors accompagnée de son mari, sa propre mère, une sœur ou un frère ou bien une tante.

Dans le second cas, c'est le pédiatre, l'école, la PMI ou le médecin généraliste qui conseille avec fermeté la consultation en centre médico-psychologique. Ce

dernier point se trouve confirmé lors des entretiens avec les collègues psychologues.

Ainsi, Mme B psychologue :

« C'est très souvent lié à la scolarité, l'école est l'écran sur lequel se projettent les problèmes... ».

Elle poursuit :

« ... (les enfants) étaient à la maternelle quand les écoles me les envoyaient...l'école envoie les enfants dès leur première année, ils entrent à l'école et sont en difficulté d'adaptation ».

Les enfants arrivent pour une demande d'intégration scolaire, les troubles ont souvent commencé avant deux ans ½, trois ans. Cependant, les parents ont déjà fait leur démarche auprès du thérapeute traditionnel, notamment pour les enfants de cet âge : la frotteuse ou la matrone.

Parfois les conflits entre mère et grand-mère concernant la prise en charge de l'enfant sont criants au CMP. La mère suit les conseils des médecins mais la grand-mère souhaite que l'enfant soit soigné de manière traditionnelle.

W.R psychologue :

« ...on a dit à la mère de nous amener l'enfant. La consultation a eu lieu en présence de la grand-mère qui refusait notre diagnostic...plus tard, dans la prise en charge, nous avons constaté que l'enfant portait un « gri-gri » attaché sous son vêtement ».

Les deux systèmes de soins sont actifs. Le recours au *doktè fey* dans le discours des parents et des enfants est beaucoup plus ouvert et direct dans les communes rurales du nord et du sud de l'île, communes qui préservent les traditions.

Les enfants confient avec naturel au psychologue : « *je suis allé voir une personne qui sait tout* ».

Mme B. psychologue :

« *...dans le nord, les enfants parlent plus facilement des visites chez le guérisseur. A 4-5 ans, ils disent : « avant de venir chez toi, on m'a envoyé voir une dame qui sait tout », sous-entendu que toi tu ne sais pas.*

Les enfants disent souvent : « *ma maman m'a envoyé voir quelqu'un d'autre* ». Ces visites se font soit avant, pendant ou après la prise en charge médico-sociale.

Les parents consultent le *doktè fey* avec une demande précise.

Voilà ce que dit une guérisseuse, La Sagesse :

« *On m'amène l'enfant sous prétexte, les parents pensent qu'on a passé la main sur la tête de leur enfant, parfois c'est vrai, mais d'autres fois c'est tout à fait le contraire* ».

Les parents demandent au thérapeute traditionnel de « contrer », d'arrêter, le sort jeté sur leur enfant, l'étiologie du trouble étant souvent d'ordre surnaturel, c'est le sort jeté, c'est l'amarrage, l'emprisonnement de l'enfant.

Dans les cas simples, le guérisseur utilisera une médication à base de plantes médicinales.

Père D :

« *...en cas de coup dur, les mères viennent me voir. Oui, on donne des plantes pour soigner et ça s'appelle le soin de l'enfant pour maladie, quelle qu'elle soit : physique ou psychique, c'est une maladie quelconque ...il y a des enfants qui sont possédés dès la naissance, l'enfant qui est comme ça n'est pas capable de supporter cela* ».

L'enfant possédé dès sa naissance c'est celui qui est attaché par un esprit mauvais, le diagnostic, le travail et le soin seront différents et spécifiques.

L'enfant est ainsi attaché soit parce que la mère n'a pas fait les rituels, durant sa grossesse ni après l'accouchement, soit elle n'a pas donné au bébé les premiers soins.

Les parents n'ont pas de demande, pour la plupart, vis-à-vis du psychologue. Ils suivent les conseils de l'école, ils ne participent pas vraiment aux réunions, « ils confient leur enfant et c'est tout » signale un psychologue. Beaucoup de professionnels de la santé se plaignent de ce fait.

Les pathologies diagnostiquées par les psychologues sont à 80 % celles des carences affectives graves et précoces, qui donnent des enfants fragiles et anxieux, avec des troubles du comportement : agitation ou retrait.

Pour Mme B. psychologue, l'explication est la suivante :

« ...les mères ne sont pas forcément jeunes, elles sont dans une problématique assez compliquée... au moment où elles ont eu leur enfant, elles n'étaient pas en mesure psychique de le porter comme il faut ».

Les guérisseurs signalent également souvent dans les troubles des enfants, des dysfonctionnements familiaux.

Le Père D :

« ...il peut (l'enfant) avoir également un trouble intellectuel, si l'enfant n'est pas assez développé, je leur dit qu'il faut suivre cet enfant afin de faire un développement d'esprit et assez souvent ce sont des enfants qui ont des blocages, le plus souvent au niveau de la famille...la mère qui néglige l'enfant, l'enfant peut avoir un trouble moral ».

Le guérisseur alors « re-fait » du lien entre la mère et l'enfant, par la mise en place de soins qui impliquent toute la famille.

Dans la culture traditionnelle, un désordre est à la fois psychique, somatique, familial, social et religieux. C'est une conception différente de la maladie et non

une confusion de sens. L'étiologie est à chercher dans le mal, les attaques sorcières, la malchance, le *quimbois*, la magie.

Selon la tradition, mais aussi selon notre clinique et le terrain de notre recherche, l'interprétation des troubles de l'enfant est à chercher soit dans les relations familiales qui dysfonctionnent par un mauvais portage, par exemple les maladies telles que *an blès* et le *tet fann*, soit vers la magie du fait d'un mauvais esprit envoyé sur la mère causé par la méchanceté d'autrui.

Père D :

« La maladie psychologique de l'enfant en général en créole, moi je n'ai pas de nom spécial à ça, sel bagay mwen sav, ti manman'y ta la, tet li pa bon¹⁶⁶ et s'il y a un problème, c'est que peut-être ça vient de sa famille parce que si sa famille était bien, il serait un enfant normal ».

Mais il précise tout de même :

« ... Il y a des gens qui ont le mauvais esprit sur eux, il y en a aussi dans la maison, il y a des choses que l'on envoie sur la mère ou le père et ça retombe sur l'enfant ».

Le thérapeute traditionnel travaille alors à protéger en même temps la mère et l'enfant, il protège également la maison.

Selon le *doktè fey*, chaque enfant est habité par un « possédé » qui est soit un « possédé » du démon ou un « possédé » d'un saint. La bonne santé de l'enfant dépend du respect des rituels et des soins pendant la grossesse et après la naissance, en conséquence, le médicament que va fabriquer le *doktè fey* se fera à partir d'une invocation.

Père D ajoute : *« ...Il (le doktè fey), ne peut pas vous donner des médicaments comme ça, il fait une invocation de saint ou une invocation de Dieu. ».*

¹⁶⁶« Ce que je sais, c'est que cette enfant-là possède un trouble, un problème psychique ».

Trois maladies touchent le bébé et le jeune enfant, ces maladies ne sont ni diagnostiquées, ni reconnues par la médecine officielle, pour cette dernière il n'y a rien de scientifique il s'agit donc de superstition. Il s'agit du *flum dan*, du *tet fann* et du *blès*, ces pathologies ne sont soignées que par des techniques traditionnelles. C'est la matrone qui s'occupe des maladies de la femme et de l'enfant.

Les recherches sur les matrones ne sont pas nombreuses, il y a cependant quelques travaux comme ceux de H. Atine (1994) et ceux de P. Lavra (2009). Jusqu'en 1956, les matrones travaillent en Martinique auprès des femmes enceintes. A partir du développement de la profession de sage-femme, elles furent véritablement persécutées avec interdiction d'exercer. Le Dr C. gynécologue obstétricien à la retraite, regrette la déperdition des techniques des matrones, il parle avec nostalgie de la période où lui-même a exercé avec l'aide de certaines matrones. L'ensemble de leur savoir : savoir être et savoir-faire, semble avoir disparu avec elles.

Les premiers à agir contre les matrones furent les médecins, soutenus par l'église. Ils se plaignaient de ne pas comprendre le langage des *doktè fey*, ils jugeaient leurs pratiques dangereuses, ils ne reconnaissaient pas leurs théories étiologiques du chaud et du froid, ils refusaient l'identification des maladies infantiles comme an *blès* ou le *tet fann*.

Les croyances populaires sont alors condamnées et les porteurs de ces croyances pourchassés. L'évêché dans leurs journaux, parle « d'œuvre d'assainissement moral », « d'entreprendre une campagne destinée à purger le pays » des « faiseurs de séances des deux sexes qui infestent les campagnes et même les villes ».¹⁶⁷

IV-V-1. La transmission traditionnelle : savoir être et savoir faire des matrones.

¹⁶⁷ La paix, 25/02/1922-14/01/1925, cité par Lavra.

Le savoir des matrones n'est pas homogène, cependant on retrouve de grands traits identiques du nord au sud de l'île et d'une matrone à l'autre. Certains savoir-faire semblent se retrouver également dans la Caraïbe, notamment en Haïti (O. Damus, 2012).

Pour pouvoir exercer, la matrone devait être capable d'accoucher seule, elle fait alors preuve de courage, de force et d'intelligence, elle connaît les gestes du savoir transmis par les anciens.

Pour H. Atine, (1994. P. 132) : « *ni moun te ka ni kouwaj akouché ko yo, yo té ka fé y, kon mwen. Ni téka kriyé an lot, pas se pa tout moun ki té ka sa délivré koyo. Sé pa tout moun ki té ka sa fè sévis la yo menn* »¹⁶⁸

La transmission autour de la naissance se fait dans la famille, de grand-mère à fille, de mère à fille. Cette transmission se fait par l'observation lors de l'accompagnement de la matrone qui identifie chez l'une de ses filles celle qui porte le don.

C'est un apprentissage progressif dès l'enfance, la petite fille est impliquée dans les soins. Tout d'abord dans la cueillette des plantes médicinales, puis dans la fabrication des médicaments : thé, cataplasme. C'est une phase d'apprentissage dite sans ciseaux (P. Lavra, 2009, p. 137).

H. Atine ajoute (1994) : « *man té ka fè tou ti bagay ba'y, men man pa té ka koupé lombric, alos sé sa ki akouchez san sizo* »¹⁶⁹. La novice a alors accès aux savoirs sur la naissance, sur la sexualité, sur l'enfantement.

Il y a donc l'acquisition des connaissances procurées par l'expérience, cependant on peut aussi devenir matrone par injonction divine, ainsi c'est Dieu qui guide, c'est « *sé sicré a sé bondyé* »¹⁷⁰, autrement dit les rituels sont transmis dans le secret.

¹⁶⁸« Il y a celles qui avaient le courage d'accoucher seules, comme moi, car il n'est pas donné à tous la capacité de se délivrer seul, ni de s'infliger des sévices » (traduction par moi, le travail d'Atine est en créole).

¹⁶⁹« Je faisais toutes les petites choses simples, mais je ne coupais pas le cordon, c'est ce que l'on appelle la matrone sans ciseaux ».

¹⁷⁰ « Les secrets sont donnés par Dieu ». Atine op. cit. p : 133.

La matrone s'occupe également de la mort, elle lave et habille le défunt, elle lave et habille le nouveau-né, le soustrait de la mort, lui donne les *protègements* et le sort ainsi de l'errance. La matrone c'est la vie.

Ce savoir s'exerce tout au long du cycle de reproduction, au moment de la grossesse, lorsque mère et fœtus sont vulnérables, pendant et après la naissance.

Ces interventions sont à la fois thérapeutiques et magiques, fondées sur la théorie du chaud et du froid, la santé du corps est en lien avec son équilibre thermique, la dimension magique explique et combat la causalité surnaturelle du désordre.

La femme enceinte, le fœtus et le bébé sont vulnérables à la dimension naturelle et surnaturelle. Les rituels sont nécessaires pour protéger et faire cesser les désordres afin de rétablir l'équilibre. C'est la matrone qui porte cette dimension.

La matrone intervient lors d'anomalies et lorsque les rituels n'ont pas été respectés.

Un corps de la femme enceinte est sujet au désordre, il est vulnérable aux attaques sorcières.

Ce corps doit être refroidi car il est constamment en déséquilibre. P. Lavra (2009. p. 111) précise que la chaleur de la matrice, pour former le placenta, baisse. Si le froid est excessif, le sang stagne, il faut donc l'évacuer.

Les rituels d'accompagnement commencent par la prévention. Durant la grossesse, la femme doit se rafraîchir avec des plantes spécifiques, prises sous forme de tisanes. Cette pharmacopée peut varier d'un lieu à l'autre, d'une matrone à l'autre, on y trouvera presque toujours du balai doux¹⁷¹, *zeb gra*¹⁷² et racine *can dlo*¹⁷³.

¹⁷¹ *Scoparia dulcis*

¹⁷² *Commelina diffusa*

¹⁷³ *Amonum petiolatum*

Il s'agit ainsi de purifier et protéger la mère et le fœtus. Le rituel se prend à partir du troisième mois de grossesse, pendant huit jours, le neuvième jour est celui de la purge. Il s'agit ici déjà de la dimension de contenance et d'inscription du fœtus/bébé. Il faut le fortifier, le rendre solide. Puis ce rituel se poursuivra sous une autre forme par l'importance toute particulière accordée au placenta, double du bébé, et au cordon ombilical.

Etre *en situation* c'est-à-dire être enceinte, c'est porter et contenir son enfant. Nous avons vu l'utilisation des thés, les rituels se déclinent également par les massages du ventre par la matrone et le soutien du ventre avec un tissu madras.

On parle de « maré vant », c'est un acte magique qui protège du mauvais œil. Le terme créole « maré » dans ce contexte signifie à la fois, le maillage des liens mère enfant et, le fait d'être prise au piège par des liens magiques, en soit le fait de subir un sort, on parlera alors de « maré » l'enfant dans le ventre maternel par exemple.

Ce rituel de *l'amarrage* du ventre conjure symboliquement les maladies *voyé*¹⁷⁴.

Les rituels mis en acte par la matrone permettent de consolider l'enfant, c'est-à-dire de prévenir tout désordre pour le fœtus, de rafraîchir la mère et de permettre un accouchement serein pour la venue au monde d'un enfant sain.

La matrone reconnaît les douleurs qui annoncent l'accouchement en interrogeant la mère sur l'intensité de ses souffrances. Elle contient la parturiente par des massages en façonnant le corps de cette dernière, elle l'accompagne dans la position de l'expulsion, « ouvre » et « ferme » le corps après l'accouchement.

Une attention particulière est accordée au placenta qui est considéré être le double de l'enfant, un double convoité par le mauvais œil et par les attaques

¹⁷⁴ Il s'agit ici, des mères qui sont vulnérable à la magie.

sorcières. Il faut donc le soustraire au regard des autres et l'enterrer dans un lieu protégé.

Dès la naissance du bébé, la matrone met en place les rituels de protection et de purification.

Atine H. (1994, p. 128) signale que les ciseaux utilisés pour la section du cordon ne peuvent être réutilisés avant que ne tombe l'ombilic. La section du cordon sera alors enterré par le père, ici la symbolique de la fixation du bébé dans son monde est opérante, on dit en créole « foyé lonbrik an tè »¹⁷⁵.

On retrouve dans la Caraïbe et notamment en Haïti ces mêmes techniques concernant le placenta et le cordon ombilical. O. Damus,¹⁷⁶ précise : « *on enterre dans un lieu secret ces organes en vue de les mettre à l'abri des esprits malveillants ou des loups-garous* », il poursuit : « *on croit que si un loup-garou retrouve le placenta et le mange, l'accouchée n'aura jamais d'autres enfants* ».

La purification du bébé, en Martinique, se fait avec un bain de feuillages et du rhum. Le bébé sera massé vigoureusement, il s'agit de le réchauffer et d'éviter qu'il ne refroidisse, ce qui serait dramatique pour lui. La matrone récite des prières lorsqu'elle s'occupe du nouveau-né. Les soins rituels permettent d'humaniser le bébé d'une part et, d'autre part, de le sortir d'un monde, le monde des ancêtres pour l'introduire dans le monde des vivants. C'est l'intégration du bébé dans la communauté.

Aussi le rituel a du sens par ceux qui le partagent. L'absence de rituels laisse place à l'errance et à la perméabilité de la mère, fœtus-bébé, au désordre. Je crois que le corps de l'enfant est façonné notamment par l'emballage afin de l'humaniser. Il sort ainsi de sa position fœtale, pour prendre sa position d'humain debout, d'homme vertical comme dirait A. Césaire.

IV-V-2. Trois maladies « culturelles » du bébé, leur prise en charge.

Le « flum dan », « tet fann » et « an blès ».

¹⁷⁵« Prendre appui sur la terre pour se relever ».

¹⁷⁶ Damus, op. cit. p.109.

De mes entretiens auprès des thérapeutes traditionnels, des psychologues et des familles, trois maladies « culturelles » sont nommées, il s'agit du *flum dan*, du *blès* et du *tet fann*.

Le *flum dan* est une maladie du chaud et du froid. Elle peut comme les deux autres entraîner la mort, si elle n'a pas été diagnostiquée correctement et donc soignée. C'est une maladie qui provient d'une négligence de la mère et/ou de la famille vis-à-vis du bébé et des rituels non faits.

On retrouve une variante de cette pathologie à l'île de la Réunion, il s'agit d'une maladie infantine nommée l'*oppression* ou *katar*. Pour L. Pourchez, (2002 p. 317), c'est une maladie du chaud et du froid, un refroidissement suite à une négligence familiale ou maternelle, il y a aggravation de l'état du bébé. Pourchez L. précise : « *L'enfant qui est victime d'oppression a du mal à respirer...il faut évacuer le rhume et le réchauffer.* ». Le bébé est soigné par les plantes comme la fleur de papaye, les racines de safran, mais la maladie peut aussi être détournée par des amulettes, elle signale l'utilisation de ventouse pour faire sortir le « vieux sang ».

La matrone Man R, âgée de 84 ans, soigne les bébés, elle me dit :

« *...s'il fait ses dents et s'il n'est pas habitué au froid, sa mère l'amène dans un courant d'air, il peut attraper un flum dan* ».

Les symptômes sont les suivants : encombrement thoracique entraînant des pauses respiratoires, bouche sèche, elle précise : « le bébé ne bave plus », ce n'est pas une crise d'asthme, le *doktè fey* ou la matrone compose un sirop après avoir demandé à la mère d'en apporter les composants.

Man R explique la composition du médicament :

« *...Tu prends un navet, tu coupes des petites rondelles, tu les mets dans une assiette plate et puis tu mets du sucre, et le sirop que ça va faire, il faut lui donner à boire. Tant qu'il y a du sirop, tu le lui donnes parce que c'est sur son estomac que c'est* ».

L'enfant va alors éliminer le mal en vomissant ou par ses selles.

L'un des troubles le plus caractéristique est le *tet fann*. Les causes du *tet fann* proviennent le plus souvent de la grossesse, l'interprétation populaire est la suivante : la mère est attaquée à la tête par le mauvais œil et c'est l'enfant en naissant qui porte la pathologie. Il naîtra avec la « *tête ouverte comme unealebasse* » me dit Man R. Le bébé est alors sujet aux insomnies, pleure sans cesse, il est fiévreux, il est important alors de le rafraîchir.

Le diagnostic est établi lorsque le thérapeute traditionnel touche le haut de la tête de l'enfant et constate sous la peau fine une ouverture de deux doigts.

Le *tet fann* peut également résulter de mauvaises manipulations de la mère, lors du bain notamment lorsqu'elle lave la tête du bébé, ce qui est interdit car selon la tradition, on ne lave pas la tête, on la nettoie.

Mme R précise :

« ...ma grand-mère me disait toujours qu'il ne faut pas laver la tête de l'enfant, mais il faut la nettoyer avec une serviette, parce que la tête prend froid... il y a des cellules dans le cerveau...l'enfant n'est pas fou, mais il n'apprend rien, parce que son cerveau n'est pas bon ».

La référence à la théorie du chaud et du froid est encore présente ici. Autrement dit, il sera « ababa »¹⁷⁷.

Le traitement de cette pathologie dure six mois. Le premier soin sera donné par *le doktè fey* en présence de la mère de l'enfant car ainsi il lui enseigne les manières de faire. Dans un premier temps, il s'agit de créer une enveloppe, une seconde peau autour de la tête du bébé, puis de procéder à des massages de haut en bas et de droite à gauche en exerçant de légères pressions. L'enveloppe est composée d'une « pommade » contenue dans une feuille que l'on appelle *fey tet*, pour maintenir le tout. La tête est enveloppée avec une

¹⁷⁷Expression créole signifiant retard mental et/ou folie infantine.

couche en tissus, puis le soin se termine par des arrosages qui sont des aspersions.

Mme R :

« ...on prépare la pommade, on met dans la feuille et on réchauffe, afin de désinfecter, on met la feuille sur la tête de l'enfant, on fait des arrosages. L'arrosage est chronométré, jugé, selon l'âge de l'enfant. Dans l'arrosage, la tête de l'enfant est attachée, ça donne une fraîcheur parce qu'avec une feuille sur la tête, l'enfant a complètement chaud, alors il faut arroser la tête pour le refroidir ».

La pommade c'est « *le travail purement créole* » me dira Père D, il n'en dira pas plus.

L'enveloppement va durer neuf jours, toute la famille se retrouve à porter l'enfant, afin d'éviter toute rechute. Le soin s'accompagne d'une prière, les « âmes guérissees.. » à laquelle on ajoute le nom de l'enfant.

Il y a également une similitude avec une pathologie qui touche les bébés réunionnais, L. Pourchez, (2002, p. 320) parle de la méningite, qu'elle présente comme une pathologie de la fontanelle, c'est une maladie que « *le docteur ne connaît pas et qui provient d'un échauffement dans le corps de la mère* ». C'est également une maladie mortelle si les soins traditionnels ne sont pas appliqués dans l'urgence. Les médicaments, dans le sens rituel, ne sont pas les mêmes. Cependant, la conception de la fontanelle comme un lieu sensible chez le bébé correspond à la conception martiniquaise. La fontanelle c'est un lieu de vulnérabilité, car il peut être pénétré par un mauvais sort, il faut donc fermer cette ouverture par des massages, des cataplasmes, par des prières, qui sont des soins extérieurs. Des soins internes sont également donnés par les tisanes qui ont pour but de rafraîchir et de clore les béances.

Mais la pathologie la plus courante c'est *an blès*, pathologie spécifique, qui se retrouve dans toute la Caraïbe francophone, anglophone et hispanophone et

touche exclusivement les bébés et le petit enfant. Je note cependant que depuis quelques années, certains adultes disent avoir an *blès*.

Vilayleck E., (1996), émet l'hypothèse qu'il s'agit d'une maladie culturelle. En effet, comme *le flum dan* et le *tet fann*, elle n'est diagnostiquée ni par le médecin ni par le psychologue d'ailleurs, elle est le plus souvent ignorée. L'enfant vomit, maigrit, est fiévreux, abattu et fatigué. L'étiologie provient d'une chute, d'un coup, d'un effort violent, d'un accouchement difficile, qui entraînerait un traumatisme interne. La représentation de la maladie correspond à un sang noir, un sang figé, un sang mort en dedans.

C'est une maladie que les médecins ne peuvent diagnostiquer car elle ne fait pas partie de leur nosographie. E. Vilayleck décrit *an blès* comme une blessure qui touche essentiellement les très jeunes enfants. Elle ajoute dans la description qu'elle donne de la maladie : « elle se caractérise par des douleurs au niveau du thorax, du dos. En outre, l'enfant est faible, il a de la fièvre, il maigrit, « y chimérik », « il est abattu ». Le savoir populaire, pense alors qu'il y a « *an san nwé, an san figé, an san mô, an san kayé andidan, se kon an woch andidan* »¹⁷⁸.

Certains informateurs parlent même d'un corps étranger à l'intérieur de la poitrine. Elle précise également que c'est une maladie causée par un traumatisme, une chute, un coup, un effort violent (Ibid., p. 58).

Ces observations rejoignent mes propres observations auprès des guérisseurs et guérisseuses. Certains pensent que *an blès* résulte d'un accouchement difficile et traumatisant pour l'enfant.

L'enfant a été lâché, personne n'a rien vu, ni su, ceci est très important car personne ne sait comment cela a pu se produire. L'enfant a chuté mais personne ne l'a vu tomber, il n'a aucune marque sur le corps, les guérisseuses disent que l'enfant a été mal porté.

¹⁷⁸ « Un sang noir, un sang durci, un sang mort, un sang caillé à l'intérieur du corps, c'est comme une pierre à l'intérieur du corps ».

Pour faire le diagnostic, *le doktè fey*, suit le protocole suivant : l'enfant est allongé sur un plan dur, les deux jambes bien collées, si une jambe est légèrement plus longue, cela se voit sur les orteils, le diagnostic de *an blès* est posé. Le thérapeute interroge aussi la mère pour retrouver les signes d'autres troubles comme : absence de sommeil, agitation, fièvre ; il cherche à connaître ses sentiments par rapport à son bébé, il l'interroge également sur la situation familiale. Il y a des signes de déséquilibre physique sur le bébé et des signes de déséquilibres familiaux dans l'environnement de l'enfant.

Le diagnostic posé, le principe de traitement consiste en des soins externes sous forme d'enveloppement, de constitution d'une autre peau, de bains de feuillages, de massages, de prières et, de soins internes par la prise de thé.

Ces soins ont pour objectif de contenir l'enfant et de rendre la mère plus compétente dans sa relation à son bébé. Le fait de nommer la maladie est source de soulagement pour l'entourage, une grande part de l'angoisse est levée.

Mme R guérisseuse précise :

« Tu tâtonnes mais ne frotte pas », le mouvement du massage se fait de bas en haut, il faut sortir le mal, faire fondre le « vieux sang ».

Le massage se fait avec une composition de muscade, *chandele*¹⁷⁹, ce sont des ingrédients réputés chauds. Certains guérisseurs parlent de *ramasser* l'enfant lors du massage. *Ramasser* c'est réunir, pour moi, faire une unité d'un enfant éparpillé. Le bébé est enveloppé de la poitrine, jusqu'au bas du ventre. Ainsi contenu, il peut de nouveau être porté par sa mère et son entourage.

Lorsque Mme R parle de ses soins, elle dit :

« On met les enfants assis sur des fey grenn, il faut qu'il y ait une qui est la face vers le haut et l'autre la face vers le bas. Il faut également une bande de

¹⁷⁹ Suif de mouton additionné de beurre de muscade et de quelques gouttes d'arnica.

la largeur de deux mains, envelopper l'enfant dé l'estonmak », elle ajoute : « cet enfant doit rester comme ça avec un petit tricot. Lorsque la feuille se déchire alors le bandage se desserre d'elle-même et l'enfant est guéri. Si la feuille ne tombe pas, elle reste collée sur la peau de l'enfant, alors le bébé n'est pas guéri ».

Avant l'enveloppement, la mère baigne l'enfant trois jours de suite. Dans le bain on retrouve trois feuilles de *figié-modi*¹⁸⁰, trois feuilles pour le premier bain, deux pour le second et une pour le dernier bain. La guérisseuse ajoute trois gros grains de sel puis de l'eau chaude sur de l'eau froide, pas le contraire, elle termine par un filet de rhum pour aseptiser.

J'observe que le bain se donne de haut en bas, à main nue, en faisant glisser l'eau doucement sur le corps de l'enfant. Le bébé n'est pas essuyé mais tapoté en douceur, puis le *doktè fey* procède à l'enveloppement.

Mes observations m'amènent à penser que, le bain est le soin externe, mais l'intérieur est aussi soigné, notamment par le thé, que l'on donne trois fois par jour, thé de *fey de plantin*¹⁸¹, feuille cassée en trois avec trois gouttes de teinture d'arnica. Le nourrisson prendra ce thé pendant 6 jours, l'enfant de 5 à 15 ans pendant 9 jours. Ce thé rafraîchit l'enfant c'est-à-dire le nettoie, rééquilibre les humeurs. Cette thérapeutique sollicite également beaucoup la mère qui reste très présente auprès de son enfant. Grâce à ces soins le bébé reprend vie et le narcissisme de sa mère se renforce.

Le chiffre de trois est à mettre en relation avec la notion catholique, du mystère de la trinité : le père, le fils et le saint esprit. Dieu en trois personnes, mystère du dogme chrétien.

J'ai constaté qu'il existe d'autres variantes du soin qui sont également appliquées avec des massages qui ont pour but de « fondre » le sang à l'intérieur.

¹⁸⁰ Clusia sp

¹⁸¹ Plantago major

Pour moi, l'enveloppe est une seconde peau, elle réintègre la mère dans des soins de plaisirs, lorsque la relation mère-enfant est de bonne qualité, il s'agit de redonner la santé au corps, en le fermant. Seconde peau pour la mère et, seconde peau pour le bébé.

Quelques chercheuses en Martinique se sont penchées sur cette pathologie, voilà ce qu'elles en disent :

Pour J. Wiltord, (2002), « *un blès est un ensemble de symptômes, symptômes culturels attribués à un traumatisme corporel dont personne n'a rien vu ou su au moment où il a eu lieu et qui a laissé à l'intérieur du corps une blessure qui ne peut se voir* » (cité par MJ. Coentin Vigon, op cit p. 124). Elle précise que l'efficacité thérapeutique relève du guérisseur, car c'est lui qui a le pouvoir de nommer, prescrire, et guérir cette pathologie.

Pour S. Henri-Valmore, (1988, p. 2), « *le blès est une plaie originelle non cicatrisable, une blessure fondamentale même* ».

Vilayleek E., (1996, p. 65), en donnera une explication en deux lectures. En première lecture, *an blès* « *serait l'expression, la mémoire de la peur, cette peur lointaine pouvant être associée à une crainte plus actuelle* ». En seconde lecture, l'expression du *blès* serait une dramatisation visant à conjurer la situation de l'esclavage, mais également une angoisse plus actuelle. Pour elle, c'est une maladie refuge.

Il me semble que, dans l'interprétation traditionnelle, *an blès* c'est la manifestation d'un corps lâché, perméable, c'est-à-dire vulnérable à toutes sortes de pénétrations. Il s'agira donc de fermer ce corps, par une enveloppe mise en place par des femmes, la guérisseuse, la grand-mère ou la mère. « *La fonction enveloppe est une fonction de contenance qui consiste à contenir et à transformer* » comme le dit A. Ciccone, (2001).

An blès, c'est pour moi, l'expression d'une souffrance primitive du bébé et d'une souffrance maternelle, d'une souffrance de la relation première mère/enfant. Considérer *an blès* comme une blessure est réducteur à mon sens, il s'agit beaucoup plus d'un défaut dans le maillage, un défaut de contenance, une défaillance de l'objet maternant. Il s'agit d'un enfant en souffrance et, d'une mère en souffrance.

An blès est non seulement une souffrance de la mère « contenante » mais également du groupe primaire, l'ensemble du socius. *An blès* renvoie au rituel d'humanisation du bébé, ce dernier sort de l'informe, de l'éparpillement pour prendre forme humaine.

Plusieurs auteurs ont déployé cette notion de « contenance », entre autres WR. Bion, (1962), a développé la notion d'objet contenant et de fonction contenante de l'objet. Pour lui, le bébé vit une expérience confuse, il a besoin d'un contenant capable de transformer pour lui cette expérience chaotique. Le bébé projette un contenu brut, Bion parle d'élément bêta, qui se fixe au contenant, il se forme alors « un contenant-contenu » qui est réintrojeté par le bébé, qui en se développant devient le propre appareil à penser du bébé.

Bion WR., appelle cette fonction de l'objet « fonction alpha », cette fonction est tributaire de la capacité de rêverie : l'objet contient la détresse du bébé. Cette partie émotionnelle projetée du bébé, l'objet transforme dans la rêverie ces éléments « bêta » en éléments « alpha », éléments qui sont alors disponibles pour la pensée.

La fonction contenante est une fonction symbolisante pour A. Ciccone (2001, p. 82) car ce qui détoxique l'expérience pour cet auteur c'est le processus de symbolisation.

Cependant, si l'objet ne peut faire ce travail, le bébé tombe dans une « terreur sans nom », car il réintrojette sa détresse, en plus des failles de l'objet.

E. Bick (1987), succède à WR. Bion, elle décrit la fonction psychique de la peau dans le développement du bébé. Pour que l'enfant puisse se sentir contenu dans sa propre peau, il est impératif qu'il fasse l'expérience d'un objet

contenant qui est éprouvé comme une peau, une première peau. Pour E. Bick, l'objet contenant optimal c'est le « mamelon dans la bouche ». Ce « mamelon dans la bouche », c'est également les diverses modalités sensorielles, le portage, l'accrochage regard, le bain de parole, l'enveloppement et le nourrissage. Si cette fonction première peau est défaillante, cela peut conduire au développement d'une formation qu'elle appelle « seconde peau ». C'est une seconde peau psychique qui prend place lorsque l'objet contenant fait défaut.

Anzieu D. (1985), développe la notion du Moi-Peau. La fonction contenante est l'une des trois fonctions du Moi-Peau. Les expériences que fait le bébé, les stimulations tactiles, le nourrissage, le contact sécurisant avec le corps de sa mère, le conduisent à distinguer d'une part un dedans et un dehors, une surface ayant une face externe et une face interne et, d'autre part un volume qui lui donne la sensation d'un contenant et le sentiment d'intégrité de l'enveloppe corporelle, ce sentiment donne au Moi une enveloppe narcissique et un bien-être de base.

Pour A. Ciccone ¹⁸², l'enveloppe résulte de l'intériorisation de l'objet contenant ou de la fonction contenante de l'objet. L'objet contenant doit remplir un certain nombre de qualités comme celles développées par D. Winnicott lorsqu'il parle du handling, holding et objet presenting. Mais également celle des capacités de rêverie, la fonction alpha, la sollicitation, la rythmicité des expériences, les capacités d'attention.

Je crois que, par le soin traditionnel, l'enveloppement, le bain de feuillages, les massages, le bain de parole, l'attention et la sollicitude de la mère et, également du groupe familial en entier, l'enveloppe symboliquement se reconstitue en une enveloppe contenante sans défaillances.

Lorsque l'enfant va mal, lorsqu'il est en situation de survie, la mère interroge les deux médecines, en considérant que l'une n'est pas meilleure que l'autre. Il me semble que le fait pour la mère de s'étayer sur les rituels ne l'empêche pas de

¹⁸² Op. cit. p. 92

compléter les soins rituels avec d'autres soins, le va-et-vient des familles en est la démonstration.

Peuple métis, soins métis, pour devenir mère, c'est-à-dire savoir ce qui est bien pour son enfant lorsqu'il va mal, la mère martiniquaise s'étaye, en fait, sur les deux systèmes, la PMI, le pédiatre mais également sur sa propre mère ou sa grand-mère et sur la guérisseuse. La mère s'en remet alors aux mères et aux ancêtres. Le *doktè fey* est une partie de la mère, il réaffirme l'unité mère/enfant. Le *doktè fey* lui réapprend et symboliquement la rend compétente.

Lorsque les relations sont fragiles avec sa propre mère, lorsque la transmission est en souffrance, la jeune mère s'étaye alors sur la PMI ou le pédiatre et, sur les institutions. Seule elle ne peut pas conflictualiser auprès de sa propre mère.

A l'époque de l'esclavage, devenir mère c'était ne pas donner la vie. Dans ce système d'aliénation et de violence fondamentale, les mères s'étaient sur la matrone qui était faiseuse de vie et faiseuse de mort, accusée par les colons de résistance et de révolte en mettant au monde des enfants mort-né ou en transmettant aux mères les plantes afin d'avorter. Les mères s'en remettaient alors au groupe.

Des questions alors émergent en moi. Comment donner la vie et faire fructifier la vie dans un système de violence indicible ?

Les derniers dépositaires de la transmission de la vie sont les ancêtres et les rituels. L'ancêtre c'est la matrone dans la lignée des femmes mais c'est aussi le *doktè fey*, car lorsque l'accouchement était rendu très dangereux, qu'il y avait risque de mort pour le bébé ou la mère, la matrone aux « sizo », faisait appel au guérisseur et à ses techniques magiques. L'ancêtre, c'est l'homme et la femme. L'ancêtre sait et réinscrit avec le rituel. Dans l'ancêtre il y a le bénéfique et le maléfice, ce qui a été déposé, les ratés de la transmission et aussi ce qui réussit, il est dépositaire du savoir sur la vie. Il réunit là où la mère était dépossédée du fruit de ses entrailles par le colon.

La transmission, selon O. Douville, (2001, p. 42), concerne une part d'ombre et d'indicible entre histoire individuelle et histoire collective. Le symptôme pour cet auteur est alors un maillage, il parle de « nouage » entre la culture et l'objet du fantasme. L'accouchement permet deux mouvements, retrouver la matrice ancestrale et s'en détacher, les rites de naissances ont alors pour fonction de définir, peu après sa naissance, l'enfant comme un étranger.

En Martinique, il s'agit, pour moi, non de définir le bébé comme un étranger, mais d'un étranger, en faire avec les rituels un humain, un des nôtres. A qui appartient l'enfant ? A la mère, à la grand-mère, à l'ancêtre ?

En fait, je suppose que le rituel réduit l'étranger, le cordon et le placenta « fougé an tè »¹⁸³ inscrivent le bébé dans son humanité, dans sa famille, dans sa lignée, il n'est plus un étranger.

Les parties du corps de la mère, les parties du corps du bébé appartiennent à la fois à la terre familiale et au socius.

Douville O. ajoute :

*« Il s'agit à chaque fois par le rituel de réduire l'étranger que l'enfant est supposé représenter afin qu'il puisse y avoir retour de l'enfant vers la mère, afin que l'enfant puisse également porter sa mère, culturellement, après avoir été réellement portée par elle ».*¹⁸⁴

Lorsqu'il y a souffrance, l'enfant ne peut être porté que par la communauté dans son entier.

Certaines équipes en CMP cherchent à savoir comment les parents pensent et pansent leur enfant. Ces équipes empruntent alors certaines techniques utilisées par les *doktè fey*, comme l'enveloppement ou le bain de sable chaud, mais sans pour autant travailler avec eux, ni prendre contact avec eux.

C'est le cas de l'unité de pédopsychiatrie de Fort de France.

Dr B pédopsychiatre précise lors d'un entretien :

¹⁸³ Enterré

¹⁸⁴ Op.cit. p. 46

« Deux lignes directrices de pensée guident l'élaboration des soins aux enfants pris en charge dans l'unité. La première est d'établir ou de rétablir autour de l'enfant souffrant de troubles psychiatriques, des liens clairement individualisables, le lien mère-enfant est bien sûr pris en compte, mais il n'est pas le seul. D'ailleurs parallèlement, nous effectuons le même travail de tissage de liens autour de la mère.

La seconde ligne directrice est d'éviter les solutions entièrement médicalisées afin d'éviter la marginalisation totale des enfants dans le monde de la pédopsychiatrie et du handicap ».

Les outils en pédopsychiatrie sont pour la plupart classiques comme des petits groupes éducatifs, des psychothérapies, ou de la rééducation individuelle, mais l'équipe ancre le plus possible les soins dans le paysage culturel quotidien des enfants. C'est ainsi qu'ils ont mis au point l'enveloppement humide « le pack » en lien direct s'inspirant des soins traditionnels, par ensablement ou enveloppement de feuilles, à l'image de l'enveloppe mise en place lors du blés. Ces techniques sont utilisées auprès d'enfants de moins de 5 ans qui présentent des troubles importants du contact.

R.W psychologue :

« ...ce que j'appelle trouble du contact ou de la communication, c'est quand on a du mal à se représenter ce que veut l'enfant, pourquoi il pleure. On a du mal à partager l'empathie, les états émotionnels de l'enfant ».

Ce travail se fait autour des éducateurs, des infirmières et des psychologues, sans la présence des parents, il s'agit de travailler la séparation, parfois des thérapies mère-enfant sont faites, mais il s'agit avant tout d'un travail de groupe institutionnel, le groupe en effet soutient l'enfant en souffrance et le contient.

Dr B reconnaît :

« ...des méthodes thérapeutiques traditionnelles je connais peu de choses, dans notre travail cependant nous sommes partis de ça, les frictions à

base de plantes, les thés pays, on se préoccupe beaucoup du corps de l'enfant ».

Il ajoute :

« ...cette thérapeutique, celle du doktè fey, est très utile, il n'y a pas un fossé entre les gens qui connaissent et les gens qui ne connaissent pas, on a refait le bain ici...A partir du moment où ça n'exclut pas d'autres besoins de l'enfant, c'est une bonne chose ».

Pour D. Joseph Ducosson, (1991, p. 72), la médecine que je nomme médecine visible, se doit d'avoir une connaissance approfondie du système magique, des diverses matrices dont parle MR. Moro, elle ajoute : *« ...faute de quoi nous passons à côté de ce qui est important dans la réalité psychique de la famille et de l'enfant ».*

Elle précise aussi que :

« Si notre pratique vise à favoriser le développement de l'enfant en tant que sujet, c'est-à-dire à se différencier de ses parents à sortir de la fusion et développer les processus de connaissances, alors nous ne pouvons tenir comme secondaire, comme une enveloppe exotique des symptômes, les croyances magiques » (Ibid., p. 72).

Les collègues interrogés sur ce sujet disent comment ils « bricolent » dans un tel système. L'un d'eux me dira :

« Au niveau théorique, j'ai lu tout ça, tout ce qui concerne la psychologie et la psychanalyse. J'ai appelé ça la débrouille, je trouvais que les théories kleiniennes s'adaptent bien pour les enfants petits et surtout les enfants qui n'avaient pas le langage, en même temps je suis la psychanalyse de Lacan. J'ai essayé avec le terrain de faire une sauce qui était la mienne, mais je ne peux pas dire que j'étais dans un truc spécifique, mon souci c'est sur quelle ressource ? Où je peux m'appuyer pour aider ?... ».

Une autre me dira :

« Au niveau de la consultation, je n'ai pas de référence théorique particulière. Je pense que l'on doit faire appel à tous les concepts théoriques utilisables pour comprendre les difficultés de l'enfant ».

Un autre collègue ajoute :

« Je suis trop éclectique, j'ai beaucoup de mal à tolérer des personnes qui sont inscrites sur une théorie et qui estiment que c'est la bonne. Comme je te dis, il n'y a pas une vérité, il y a des vérités ».

Pour D. Joseph Ducosson, pour pouvoir entendre ce que les parents disent de leur souffrance souvent de façon évasive, il faut connaître ce qu'il en est des esprits, du corps, des conceptions des maladies, des soins et de leur rapport à la vie et à la mort.

A ma question sur les relations possibles avec un guérisseur, une psychologue de Saint Pierre répond :

« Je ne suis pas opposée du tout. Si un jour ou demain un enfant va voir un guérisseur et puis que la personne veut prendre contact avec moi, je suis tout à fait d'accord. Puisqu'on a le même but, on va utiliser des techniques différentes, le but est de soulager la souffrance ».

D'autres collègues par contre refusent catégoriquement les contacts possibles avec le guérisseur, qu'ils considèrent tous, comme des charlatans, ni contact avec les matrones qui toutes sont décédées.

Les conceptions sur la magie, sur les maladies comme le *tet fann* ou *an blès* ne les intéressent nullement.

La culture définit le normal et l'anormal, l'acceptable et l'intolérable dans la représentation de la souffrance, elle propose des signes pour permettre aux individus d'exprimer leur souffrance, la culture structure le vocabulaire du langage de la détresse (R. Masse 2008).

La thérapeutique du *doktè fey* se résume toujours, selon le mal diagnostiqué, à 4 ou 5 prescriptions, on retrouvera pour l'essentiel : le bain, la prière, la protection, les plantes. Diverses parties de la plante sont utilisées, les racines, les tiges, les feuilles. Les techniques de préparation et d'utilisation varient, on retrouve : les macérations, les décoctions, les fumigations, les infusions. Le réseau TRAMIL¹⁸⁵, depuis plus de 26 ans, fait de nombreuses recherches sur l'efficacité de la pharmacopée des îles de la Caraïbe, 25 à 60 % des plantes utilisées à des fins médicinales, selon les traditions ancestrales, présentent des propriétés thérapeutiques. De plus depuis 2 ans à l'Université des Antilles et de la Guyane, pôle Guadeloupe, il existe un diplôme en pharmacopée traditionnelle.

Le groupe petite enfance du CMP de Fort de France utilise simultanément pour un même enfant aussi bien des techniques de la pédopsychiatrie que des « outils non médicaux » (R. Brunod 1999, p. 45). Parmi ces outils ils utilisent le bain.

Le bain en effet, permet de refaire du lien entre la mère et l'enfant.

La Sagesse qui utilise aussi le bain précise :

« ...je fais baigner les enfants après, c'est pour refaire le lien...lorsque la mère donne le deuxième bain, je lui demande de se baigner dans la même eau ».

Ceci, à mon sens, rappelle le bain des relevailles, que l'on retrouve dans plusieurs cultures, où 40 jours après l'accouchement, le bébé prenait son bain avec sa mère dans le même espace.

J'observe que le bain est donné à main nue et est accompagné d'invocations, il restructure l'enveloppe protectrice de l'extérieur, il est souvent associé à un rituel magico-religieux (G. Dorival, 1996, p. 175-176).

¹⁸⁵Traditional Medicine for the Island. Réseau de recherche sur la médecine traditionnelle des îles de la Caraïbe, créé en 1982 par Lionel Germosen-Robineau

Mme A, psychologue me fera part de ses réflexions : « ...*le fait que le guérisseur réintroduise la mère, finalement, c'est très important parce que nous, c'est ce sur quoi, on échoue* ».

Dès la naissance, la tradition conseille de baigner l'enfant. Ici il s'agit d'un bain de protection, ce bain sera composé de feuilles d'amande et de cheveux de Vénus.

Pour les adolescents et les adultes, le bain prend une autre orientation, il s'agira de faire un *ben démaré*, qui désenvoûte, pour le bébé et le petit enfant on parlera de bains de protection, de bain d'entretien et de bain maladie. Ces bains permettent d'enlever les nœuds qui entravent symboliquement quelqu'un (G. Léti, 2000, p. 25-26).

La préparation du bain se fait avec de l'eau de source, symbolique de la pureté et la purification.

Père D précise : « ...*pas de rivière, l'eau est polluée par la banane, il faut faire très attention* ».

Il met en garde : « ...*dans le bain, il y a beaucoup de choses et principalement il y a quelque chose que l'on met dans le bain, si la personne n'est pas guérisseur, je ne donne pas le secret* ».

Le premier bain, comme je l'ai déjà noté, est donné par le *doktè fey*, toujours en présence du parent qui consulte.

La Sagesse me confie :

« ...*Quand j'ai fini de le baigner (l'enfant), je le frictionne avec de la lavande, je dis au Seigneur de prendre sur lui le mal de l'enfant, afin que cet enfant voit, marche, parle, chasser tous les méfaits et de ramener les bienfaits* ».

Ce qu'elle appelle lavande est en fait une lotion préparée par ses soins. Puis elle masse le bébé, dans le bain, souvent après le massage, l'enfant s'endort 10 minutes, ¼ d'heure, ½ heure, le thérapeute le laisse dormir.

La Sagesse explique :

« ...il faut le laisser dormir, quand il dort le bon esprit est avec lui, il fait partir le mauvais...et moi je tombe dans cette même fatigue, il faut qu'il dorme parce que les esprits se battent ».

Voici le sens que donne le guérisseur des trois bains. Le but du premier bain, c'est de soulever le mal, celui du deuxième, c'est de vérifier si les mauvais esprits sont encore là, vérifier si le « travail » avance et le troisième, c'est de « pour remettre propre, à nu », rétablir et consolider.

Les parents sont toujours présents, le *doktè fey* dit : « *...oui, je ne fais rien sans leur présence* ».

J'observe aussi que, le bain n'est pas donné seul, il y a également le bain de paroles, ce sont les prières spécifiques dites par le *doktè fey* puis, reprises par la mère.

La Sagesse :

« Il y a beaucoup de prières, l'esprit me donne, il me dit d'aller chercher la prière de tel saint...il peut me dire de faire une prière à la Sainte Vierge, à la délivrance, de faire avec les bougies de telle ou telle couleur. Le jaune c'est le soleil, mais c'est aussi la perte ou la santé, le rouge c'est Saint Michel, la victoire, le combat, le blanc c'est l'innocence, il peut me donner le vert qui est l'espérance, qui donne aussi le chagrin, le désespoir ».

A partir de mes observations, de mes rencontres avec les guérisseurs et les familles, je peux dire que, le bain sert à purifier, il fait sortir le mal, il est à la fois pour l'intérieur pour l'extérieur, il est la protection corporelle, il est bain de « parfumage », il est renforcé, de par la protection que le consultant porte sur

lui, que l'on soit adolescent ou adulte, ou encore de par la protection que porte la mère pour son bébé.

Le bain c'est la réunification.

L'enfant est baigné, puis la protection est « montée » et, non fabriquée par le *dokté fey*, car en effet c'est le Saint qui en indique la composition selon le diagnostic posé.

Père D : « *Si an ka di, sa'w pou mété andidan, telle chose, telle chose, parce que, ta an lot moun, pa parey ki ta'w* ». ¹⁸⁶

Père D ajoute :

« Je choisis une prière correspondant au symptôme de l'enfant, je monte la protection et le saint qui trouble l'enfant sort, je mets une médaille dans la protection et une photo de l'enfant, l'enfant lui-même est protégé. Et ça s'appelle l'influence ».

La protection c'est pour toute la vie, Père D précise :

« C'est la mère qui s'occupe de ça, parce que le père bouge trop, de temps en temps elle dit trois Ave, allume une bougie et prie vers la Vierge...la protection c'est comme si, il a un saint activé, c'est la mère qui porte la chance ».

On note ici comment la protection va bien au-delà des vertus accordées à un gri-gri et, comment elle associe la mère et la famille aux soins et à la guérison du bébé.

Le *dokté fey* par ses soins et ses thérapies, indique à la mère qu'elle est un « bon animal » selon le terme de D. Stern, (2005, p. 96), pour son bébé en lui montrant comment faire le bain thérapeutique, en présence du groupe familial, il lui réaffirme sa compétence.

¹⁸⁶ « Le saint te dicte la composition du médicament, les protections sont individuelles »

Pour parler de l'organisation psychique des mères, D. Stern, parle de « constellation maternelle ». Cette constellation est au centre de la vie d'une mère après son accouchement, la mère change d'intérêt et d'investissement, elle s'intéresse beaucoup plus aux autres femmes et notamment à sa propre mère. L'intérêt porté à sa propre mère « comme mère d'elle-même en tant que jeune fille » (Ibid., p. 92), crée alors un nouveau triangle : elle, sa propre mère et le bébé.

En Martinique, il me semble qu'il se crée une figure toute particulière, de quatre générations : elle, sa propre mère, le bébé et, aussi l'ancêtre, l'ancêtre que représente le *doktè fey*.

IV-V-3. Cas clinique. Quand s'adosser sur l'ancêtre, permet de porter bébé. Mme N et Tikté.

Mme N à 38 ans, elle me reçoit chez elle, elle est une des personnes ressources qui m'a conseillée auprès d'une matrone.

Mme N est mariée depuis 8 ans, après 16 ans de vie commune, elle vit dans un bourg du nord caraïbe, elle a trois filles, la première âgée de 19 ans, la cadette de 9 ans et Tikté a 2 ans ½.

La première grossesse de Mme N, l'a laissée traumatisée et a entaché toutes les autres, en effet elle avait 19 ans, laissée par son compagnon et rejetée par sa propre mère. Sa fille naît « à peine à 30 semaines avec un poids de 1200g », me dit-elle avec beaucoup d'émotion, elle ajoute :

« Il a fallu la néonate, les angoisses et quand je suis venue travailler à l'hôpital et que j'ai vu ce que ça pouvait entraîner la prématurité !....mais elle est bien....elle était en couveuse par rapport à son petit poids ».

Lors de l'entretien, Tikté traverse de temps en temps la pièce et jette sur moi un regard interrogateur, c'est une petite fille espiègle et *ticté*¹⁸⁷ comme une banane mûre, sa mère la regarde avec un air tendre et sourit doucement.

Mme N est l'aînée de quatre enfants, deux filles deux garçons, ses parents divorcent lorsqu'elle a 12 ans, elle reste avec sa mère comme ses frères et soeurs mais ajoute :

« Je vis avec les deux, je voyais mon père et d'ailleurs jusqu'à maintenant tout le temps...tout le temps...je suis très proche de lui ».

Comme je le disais plus avant, la première grossesse de N s'est passée dans la solitude, en effet sa mère n'a pas accepté cette grossesse adolescente, Mme N a dû interrompre ses études, trouver du travail. Cependant, petit à petit les relations avec sa propre mère se sont améliorées à la naissance du bébé. Mme N a développé son autonomie, elle a réussi des concours et est devenue secrétaire médicale dans un grand hôpital.

On sait que la grossesse est un état particulier du psychisme, M. Bydlowsky, (2000, 2001, 2006), parle d'un état de transparence psychique, état où des éléments du préconscient et de l'inconscient montent à la conscience. Durant cet état de grossesse on observe souvent, notamment dans les grossesses adolescentes, un appel à l'aide latent, un équilibre ébranlé. Pour Mme N je doute qu'il y avait un équilibre dans la mesure où le divorce de ses parents a été quelque chose de douloureusement vécu et sur lequel elle n'a probablement pas élaboré. Elle était dans une ambivalence permanente, avec une dislocation des liens familiaux et scolaires et une situation de monoparentalité. Monoparentalité, que sa mère et sa famille ont désapprouvée fortement. « Apporter », un ventre en Martinique alors qu'on est encore scolarisée et non mariée c'est signer l'incapacité pour la mère de protéger sa fille d'autant que cette mère est divorcée, cela renforçait la culpabilité

¹⁸⁷ Tâches de rousseurs

maternelle et montrait au grand jour le dysfonctionnement de la relation mère-fille aînée.

Pour M. Bydlowsky le désir d'enfant lie plusieurs éléments, pour elle il y a l'identification enveloppante à la mère du début de la vie, il y a aussi selon la formule freudienne le désir de l'enfant du père, l'enfant de l'amour oedipien et enfin le désir féminin sexuel avec un homme actuel.

Le désir reste toujours ambivalent, la grossesse comme le signale DW. Winnicott (1975), ravive les angoisses primitives, l'actualisation de ces angoisses, selon N. Mamelie, (1984) rend compte de la vulnérabilité de certaines femmes qui sont alors exposées aux risques de naissances prématurées.

Pour les deux grossesses suivantes, même si le contexte était différent, Madame N était alors accompagnée par son mari et par le groupe des femmes. Elles se sont tout de même passées avec l'angoisse de perte possible et de malformation des bébés. Les deux bébés filles ont été « blésé » dès 4 mois et soignées par un *doktè fey*, que Mme N appelle La Dame.

Mme N ne se souvient pas très bien pour la cadette, mais voici son récit :

Moi «Pour ta cadette c'est ta belle-mère qui t'a conseillée ? ».

Mme N «Non...elle m'a conseillée parce qu'elle connaissait quelqu'un à côté, mais on avait cette notion, parce que mon arrière-grand-mère le faisait,...j'ai mon arrière-grand-mère qui le faisait... »

Moi «Qu'est-ce qu'elle faisait exactement ? »

Mme N «Elle m'a dit qu'elle s'occupait des bébés, elle s'occupait des blès, des tet fann, oui elle n'a dit qu'elle se rappelait de ça, quand elle était enfant. C'était la maman de son papa...on a toujours cette notion-là, même avec l'évolution ça nous reste à l'esprit, elle nous dit « fè atansion pou pa blésé'y, fè atansion manniè ou ka pòté'y, il faut bien tenir l'enfant, au niveau du dos, car on a tendance à ne pas tenir l'enfant...donc elle m'a toujours dit ça. ».

Moi «Comment tu as vu que tes filles étaient 'blésé' ?

Mme N «Pour la dernière j'ai trouvé tout de suite, l'enfant pleure beaucoup, quelle que soit la position...que tu la prends, donc tu as l'occasion de l'emmener déjà chez le médecin, tu l'emmènes chez le médecin, car tu penses aux coliques, aux gaz, tu penses à plein de choses, puisque tu ne sais pas...et quand tu vois que ça persiste, le médecin dit qu'il n'y a rien, il te dit rien de concret. Tu donnes les médicaments et il n'y a pas d'amélioration, donc ça te vient à l'esprit tout de suite. Alors ma maman me dit : « es y pa blèsé ? es ti manman'y la pa blèsé ? »...Ça commence à te travailler.., quelle que soit la position l'enfant pleure, tu la mets couchée sur le côté, sur le dos, elle pleure...donc voilà, on a cherché...on a parlé à l'autre mamie, la mamie paternelle qui a alors cherché une personne qui fait ça. ».

C'est en famille que Mme N, se rend chez le *doktè fey*. Lors de la première rencontre, elle est très angoissée, elle a peur :

« Alors ...je t'explique...mon mari et moi sommes arrivés chez ma belle-mère, mais j'avais peur, donc j'ai dit à mon mari de l'amener, j'ai attendu chez mamie, ma belle-mère a été avec mon mari. Quand ils sont revenus, ils m'ont dit qu'elle était « blèsé »...Il fallait qu'on ramène des médicaments, la chandelle qu'on a pris à la pharmacie, de la vaseline, une épingle à nourrice et des couches en tissus. ».

Moi « Quel âge avait ta fille ? »

Mme N «Elle avait 4 mois, La Dame avait dit de faire très attention, de ne pas trop la manipuler. », puis elle précise : « C'était une maison très modeste, elle a posé une serviette sur son fauteuil, puis elle l'a manipulée avec de petits mouvements sur le haut et le bas, elle s'occupait de l'enfant, puis elle a appliqué les médicaments et l'a enveloppée, du haut de l'estomac jusqu'au bas du ventre, pour bien maintenir l'enfant...au bout de quelques jours tu sentais l'amélioration, elle pleurait moins, et puis ça s'est amélioré au fur et à mesure. »

Cette seconde grossesse pour Mme N, a été très angoissante, elle ne voulait pas d'autre enfant car elle avait été traumatisée par sa première grossesse, elle

dit qu'elle ne peut « tenir » ses enfants sans aide, toutes sont des grossesses à risques, elle accouche avant terme. Sa cadette naît à 36 semaines également de petit poids, elle a du mal pour téter et est de faible constitution.

Quelques années avant d'être enceinte, Mme N s'est fait traiter pour un adénome hypophysaire, elle précise : *« j'ai été opérée, il fallait qu'on me surveille, j'ai eu le désir d'un deuxième enfant à ce moment-là, il a fallu que j'aie l'autorisation du médecin...elle m'a donné l'autorisation et voilà »*.

Ses angoisses sont dues également à la découverte et au traitement de cette petite tumeur.

Tikté naît 6 années après, sa mère la décrit comme une petite fille qui a du caractère, *« c'est la plus costaud de mes filles »*, ajoute-t-elle.

Moi «Comment cela s'est-il passé pour Tikté ? »

Mme N «J'ai été arrêtée très tôt, car le médecin ne voulait pas prendre de risques, la dernière on l'a maintenue un petit peu plus que les autres, elle est arrivée à 38 semaines ».

Mme N est accompagnée à la maternité par sa mère. Durant la grossesse Mme N fait les rituels appropriés, conseils donnés par les femmes de l'entourage mais également et surtout par son grand-père paternel. Ne pas manger certaines choses en consommer d'autres, faire les massages du ventre au gros savon, ne pas prendre froid, ne pas faire « lenpridans »¹⁸⁸, ne pas se laver les cheveux tout de suite après l'accouchement, ne pas porter des choses lourdes pour ne pas faire une « désant-matris »¹⁸⁹. Elle ajoute : *« Oui j'avais tous les conseils des anciens, je n'ai rien à dire. »*

Tikté se développe bien, elle grandit « sagement », elle mange bien, ne pleure pas trop, c'est une « enfant agréable ».

¹⁸⁸ Nomme la maladie et sa cause

¹⁸⁹ C'est une pathologie ignorée de la médecine officielle, les symptômes sont, une grande fatigue, des douleurs dans le ventre, les jambes sont douloureuses et la matrice est enflammée. Si les soins ne sont pas faits il en résultera un cancer de la matrice.

Moi- *«Alors que s'est-il passé ? »*

Mme N *«Cette enfant rentre à la crèche à 4 mois, j'ai fait les 3 jours d'adaptation...C'était la même crèche que la cadette et je connaissais bien le personnel. »*. Deux à trois semaines après l'adaptation la santé de Tikté se dégrade.

Mme N *«Un jour...la journée ça va, rien de particulier, mais j'ai un petit doute sans plus,...elle a peut-être fait un faux mouvement ou on a dû la prendre mal, un soir elle pleurait un petit peu sans plus... mais ça m'est venu quand même à l'esprit, car le blès reste toujours dans ma tête »*.

Mme N se confie à sa mère car son bébé pleure « anormalement », cette dernière lui dit : *« Tu crois qu'on ne l'a pas mal prise à la crèche ? »*

Moi *«Ta mère te dit ça ? »*

Mme N *«Oui, Tikté est une enfant calme, quand mon mari la prend pour lui donner son lait et qu'il la tient...je vois qu'elle pleure...j'observe, elle pleure, elle chigne, c'était la nuit, alors je lui dis : « est ce que tu peux la reprendre pour moi ? », et quand il la reprend, je dis : « ça elle s'est « blèsé »...je suis sûre qu'elle est « blèsé »...et à partir de là, on a fait très attention pour la prendre... j'étais un peu embêtée...tu sais on est un peu en panique, parce qu'elle pleure toute la nuit, le deuxième soir on a tenté de l'amener à la clinique, elle mangeait, elle avait un peu vomi, elle avait un tout petit peu de fièvre, elle pleurait beaucoup, mais avec mon mari on a eu l'impression que lorsqu'on la promenait ça la calmait... »*.

Mme N décide de trouver quelqu'un, elle ne fait pas de visite chez le médecin car elle dit *« Il ne va rien voir »*, elle parle à sa voisine, qui est également la marraine de Tikté, qui lui dit : *« je connais quelqu'un qui habite près de chez ma maman »*.

Le même rituel de soin est appliqué par le *doktè fey* qui diagnostique rapidement *an blès*. Le *doktè fey* rassure Mme N, lui demande de ne pas s'inquiéter, lui donne des conseils pour porter son bébé, lui montre comment faire les soins.

Mme N «*J'observais...puis au bout de trois jours l'enfant est guéri...tu sentais l'amélioration de l'état de l'enfant.* ». Elle ajoute : «*...car si tu ne vois pas à temps, tu peux perdre ton enfant, les jeunes ne sont pas au courant, ils ne voient pas, ils ne croient pas...* »

Moi «*Comment on voit ?* »

Mme N «*De par les parents, les histoires que les parents te racontent, la transmission, sinon tu ne sais pas .., tu ne vois pas, c'est vital, parce que les choses changent vite et pour aborder ces changements, il faut connaître les choses passées, sinon on est dans la vie...on sait rien. Il faut raconter les choses à nos enfants...ma mère est toujours là, je l'appelle tous les jours...et elle-même s'occupe beaucoup de sa propre mère.* ».

Après une semaine Tikté retourne à la crèche, Mme N informe la directrice et les « taties » des troubles de santé de son bébé.

Mme N «*J'ai quand même dit qu'elle était « blèsé »...elles faisaient alors plus attention...* ».

En septembre dernier Tikté, qui a maintenant 2 ans^{1/2}, a fait son entrée en petite section de maternelle, après trois jours elle refuse d'y aller et passe son temps à pleurer, elle explique son refus ainsi à sa mère : « *Oui mais tu pars et tu me laisses...je ne te voyais plus.* ».Elle demande plus de câlins, Mme N ajoute : « *Elle est très proche de sa maîtresse depuis quelques jours elle pleure moins...j'ai eu la tatie ce matin qui me dit que ma fille a dit à la cousine que la maîtresse la porte.* ».

On voit comment Mme N et Tikté, face à leurs angoisses de séparation, font « fonctionner » une figure, une matrice de soutien qui nécessite toutes les femmes de l'entourage, la mère, sa belle-mère, ce sont la grand-mère, la voisine, qui est la marraine, elles convoquent également l'ancêtre qui est le *dokté fey* c'est le seul habilité à confirmer la pathologie et le seul à faire les soins, le seul à confirmer la mère en tant que bonne mère. Dans cette

constellation la jeune mère et Tikté sont donc soutenues par le groupe familial, y compris dans une certaine mesure par le mari et le grand père, par le groupe des femmes qui sont comme une seconde psyché dans l'intersubjectivité.

Stern D. (2001) observe justement que, pour soutenir cette nouvelle dimension psychique, la mère a besoin d'un holding, elle cherche un avis, un soutien, voire une validation chez des femmes plus expérimentées dans la maternité et dans le soin. En quelque sorte, elle a besoin d'une bonne mère qui agit comme un environnement de soutien mais également comme un environnement stimulant. Cette bonne mère en Martinique est cet ensemble dont j'ai parlé plus avant. Dans cet environnement, il n'y a pas que des femmes, il y a aussi au moins un homme, car l'ancêtre est interchangeable, un homme/une femme.

Cette constellation maternelle s'organise selon D. Stern, autour de trois discours : celui de la mère avec sa propre mère, celui d'elle-même en tant que mère, celui d'elle-même avec son bébé. Cette constellation peut durer de quelques mois à quelques années, elle est variable selon les cultures et l'époque. Pour moi, cette constellation est aussi le discours entre la mère et la grand-mère, la mère et l'ancêtre.

Cette nouvelle figure, que la mère forme avec sa propre mère et son bébé, va bien au-delà du triangle, comme nous l'avons vu, elle n'exclut pas le père. De manière symbolique le père, le temps du soin, sera le guérisseur, la matrone, l'ancêtre qui ramène de la vie, c'est-à-dire qu'il crée du contexte qui permettra de nouveaux comportements, de nouveaux fantasmes et de nouvelles représentations chez la mère, c'est aussi ce que l'on fait avec la constellation maternelle (D. Stern, 2001, p. 322).

IV-VI. Relations doktè fey/psychologue, une complémentarité nécessaire entre soin traditionnel et soin classique.

Pour B. Hell (1999, p. 113), le traitement d'une maladie dont l'étiologie implique la famille, le groupe des pairs, ne concerne jamais une personne isolée. Le rituel thérapeutique est un mécanisme de socialisation du malade.

Le guérisseur a un rôle social, éthique, il intervient par ses rituels dans les conflits familiaux, non en les ravivant, comme il est courant de l'analyser, mais en les pacifiant.

Les guérisseurs que j'ai interviewés et ceux avec lesquels j'ai travaillé, expriment pour la majorité, le souhait de collaborer avec les professionnels des services de santé, certains d'ailleurs travaillent avec des médecins de l'île, aucun avec des psychologues ou pédopsychiatres. Leur souhait concerne le fait de pouvoir leur communiquer ce qu'ils savent du patient, ainsi que leurs connaissances des possibilités de thérapeutique locale.

En Afrique de l'ouest et de l'est, plusieurs programmes de collaboration entre la médecine traditionnelle et la biomédecine ont donné des résultats positifs (Lowri Angharad Rees op cit p. 343). Par exemple en République de Tanzanie et dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, les programmes de collaboration sont très actifs, en effet les ministères de la santé disposent d'un département de médecine traditionnelle, les guérisseurs interviennent à tous les niveaux de l'équipe de professionnels de santé, sur un contrat de respect mutuel.

Dans certains pays, des dispensaires ont été construits, on peut y consulter à la fois, les guérisseurs et les professionnels de la biomédecine.

Le 8 novembre 2008, la déclaration de Beijing sur la médecine traditionnelle, adoptée par le Congrès de l'OMS, reconnaît que la médecine traditionnelle rend des services de soins de santé primaire et contribue à l'amélioration de résultats sanitaires.

En Martinique, certains collègues psychologues pensent qu'il n'y a pas de rencontre possible entre thérapeute traditionnel et thérapeute médico-social, qu'il y a plus tiraillement qu'alliance, allant à refuser toute allusion, tout discours sur le thérapeute traditionnel, considérant qu'il s'agit de pure superstition, de

régression, ou que cela ne concerne que « des personnes peu évoluées », comme on dit au pays, les « ti sonson ».

Certains psychologues soulignent que si, dans le secteur des adultes la parole est plus libre, les patients disent haut et fort qu'ils ont ou qu'ils consultent le guérisseur, dans le secteur des enfants, par contre, le sujet reste tabou.

A l'issue de cette recherche, je peux dire que l'attitude des psychologues est somme toute très souvent contradictoire. Ils aimeraient en savoir davantage, mais ne souhaitent pas faire la démarche auprès du *doktè fey*. Les psychologues disent ne pas refuser une rencontre avec un thérapeute traditionnel, à condition que ce dernier en fasse la demande.

A ma question : « *Est-ce que tu penses, qu'il est bon de consulter un doktè fey ?* »

B.T Psychologue en CMP répond :

« C'est vrai que je n'ai pas une réflexion là-dessus...et j'ai sûrement évité il y a longtemps d'en avoir une. Je pense que j'ai eu beaucoup de difficultés à penser à cette question, à intellectualiser. Ceci étant dit, l'effet thérapeutique n'est pas exclu dans ce domaine, je pense que l'effet thérapeutique a des chances de surgir, quand on y croit. »

R.W pense que :

« ...Théoriquement on est sur des positions diamétralement opposées, tu vas consulter le doktè fey pour qu'il te dise un savoir sur une maladie, sur ce qui t'est arrivé ».

Dr B :

« Je garde ma position sans rivalité, chacun doit rester dans son domaine...ça m'intéresserait de savoir ce qui se fait, ce sont deux mondes différents ».

Mme B psychologue :

« Je ne suis pas opposée du tout, si un jour ou demain, un enfant va voir un guérisseur et puis que la personne veut prendre contact avec moi, je suis tout à fait d'accord ».

R.W :

« Si le séancier veut prendre contact avec moi, pourquoi pas ? ».

Tous attendent que la proposition vienne du *doktè fey*, par peur ? Par orgueil ? Parce que les univers sont si différents ? Je crois qu'il y a beaucoup de non-dits et de fausses conceptions du travail des uns et des autres.

J'ai constaté lors de cette recherche, que pour certaines pathologies qui ne relèvent pas de ses compétences, le *doktè fey* conseille aux personnes qui le consultent, d'aller voir le médecin.

Père D me confie :

« Ma grand-mère travaillait avec un médecin, elle allait à la campagne pour faire l'accouchement et conseillait à la dame d'aller voir le médecin pour le complément de médicaments à prendre ».

Père D, qui lui-même se fait soigner par le Dr A, travaille en étroite collaboration avec plusieurs médecins généralistes.

Pour l'heure, les relations psychologue/*doktè fey* sont quasi inexistantes, les psychologues restent sur leur position. En fait, c'est le patient qui fait le lien, qui dit oui c'est possible, la rencontre est possible et nécessaire, car « les deux sont complémentaires ».

Pour le Dr P, médecin généraliste, il y a « énormément d'intérêt à se rencontrer et même à collaborer » m'a-t-il confié lors d'un entretien.

La culture créole est en complète évolution, les deux médecines peuvent et d'ailleurs doivent coexister, se rencontrer dans le respect mutuel, de la même façon que la langue française et la langue créole coexistent. Il y eut des résistances qui perdurent encore, des rejets, mais actuellement il est courant de constater que l'on passe du créole au français, ou l'inverse, sans trop de culpabilité.

D. psychologue va préciser :

« Là où je ne passais pas, parce que mon discours n'était pas entendu, le guérisseur pouvait dire les mêmes choses avec un discours plus accessible, il pouvait obtenir la même chose beaucoup plus vite, avec un discours qui était plus entendu, j'ai l'impression que les parents et les séanciers sont sur le même registre ».

Les techniques des deux médecines sont différentes, les conceptions sur les troubles de l'enfant aussi, les réponses aux questions : qu'est-ce qu'un enfant sain ? Qu'est-ce qu'un enfant malade ? Mais les buts sont identiques. Il s'agit avant tout de soulager la souffrance et ici il n'y a pas une bonne et seule réponse.

Dans son dernier ouvrage, S. Missonnier, (2012, p. 14), insiste sur le fait que la demande, c'est-à-dire tout ce qui concerne l'expression d'une souffrance doit être entendue et écoutée là où elle s'exprime. Il précise que les cliniciens sont soumis à des contraintes, dont principalement celle du terrain sur lequel ils exercent, avec les spécificités propres à leur terrain de soins. Les cliniciens devront alors « bricoler » un dispositif qui respectera le caractère interdisciplinaire du soin, chaque thérapeute étant un contenant pour le parent en souffrance.

Le *dokté fey* étant un contenant de la souffrance de l'enfant qui consulte, au même titre que la psychologue ou que le pédopsychiatre.

IV-VI-a. Cas clinique. Mme T et Karamelle, où, comment porter sans défaillir.

Mme T, prend rendez-vous, sous l'insistance du pédiatre, pour sa petite fille que je nommerai Karamelle. Karamelle a vingt mois, elle ne marche ni ne babille, cela angoisse beaucoup Mme T.

Mme T. vit chez sa mère avec sa fille suite à la séparation avec son ami, qui est également le père de sa fille, il y a un an.

Mme T. a trente ans, elle a connu son compagnon en France il y a trois ans, elle vivait en métropole et y travaillait depuis de nombreuses années, le couple se construit et s'épanouit. Mr S et Mme T vivent ensemble dans le même appartement, au bout de deux ans Mr S décide de rentrer « *au pays* », car « *il ne se sent plus si bien que cela en métropole* ». Mme T accepte alors de le suivre et démissionne d'un travail très valorisant pour elle, elle me dit :

« Vous savez, j'avais un bon travail, je gagnais bien ma vie, mais j'étais très amoureuse et désireuse de créer une famille...l'âge montant ! ».

En Martinique, le couple vit dans un appartement que loue Mr S, la petite Karamelle naît six mois après leur retour, d'un désir d'enfant partagé.

Par choix, Mme T ne désire pas travailler, elle s'occupe de sa maison et de leur enfant, elle rend régulièrement visite à sa mère mais entretient peu de contacts avec la famille de Mr S, « *...ils sont bizarres, alors je préfère prendre mes distances...* ».

Mme T est fille unique, lorsqu'elle eut deux ans, son père quitte sa mère, elle ne l'a jamais revu.

« J'ai beaucoup souffert de cette situation, j'ai vu ma mère souffrir...je ne voulais pas vivre la même chose...c'est pourquoi...j'ai parlé avec mon ami, souvent, sur la solidité de nos sentiments ».

Progressivement, la situation du couple se détériore, Mr S rentre de plus en plus tard, ses amis et sa famille prennent de plus en plus de place, Mme T a du mal à supporter cette nouvelle situation, les discussions s'enveniment souvent.

Le couple se sépare lorsque Karamelle a un an. M.S rencontre une autre femme et la met enceinte. Mme T et sa petite fille vont vivre chez la grand-mère maternelle, Mr S garde l'appartement, Mme T dit :

« Je ne m'attendais pas à ça...pourtant j'étais certaine de notre relation..., je l'aime toujours... ».

Mme T cherche du travail et trouve après de longs mois une situation « enviable », dans une grande entreprise, mais ce travail lui demande un grand investissement en temps, car elle « doit faire ses preuves », elle ajoute : « dans ces sociétés-là, sociétés de béké, du jour au lendemain on te met à la porte ». Elle dispose de peu de temps pour s'occuper de Karamelle, c'est donc sa mère qui éduque sa petite fille.

Lorsque Mme T et Karamelle arrivent à mon cabinet, je suis interpellée par plusieurs choses qui concernent le bébé et la mère.

Karamelle est une petite fille au teint de sapotille (fruit doux du pays), ses yeux noirs brillent comme des graines de corossol (fruit exotique), elle est habillée à « l'endimanché », d'une robe de cérémonie rose pâle qui lui couvre ses petites jambes, elle porte des souliers blancs, apparemment tout neufs et des socquettes de baptême.

Karamelle est coiffée de nombreuses petites couettes tenues par de grands nœuds de soie rose bonbon. A l'observation, je me dis qu'il y a au moins deux femmes qui s'occupent du bébé, qu'il y a vraisemblablement une grand-mère car l'habit et la coiffe sont d'un autre temps. Karamelle ressemble à une poupée d'exposition, le message est clair et renvoie à l'image de la bonne mère, à la Martinique, un bébé bien portant, sans taches et bien apprêtée.

En contraste, Mme T est vêtue d'un simple corsage marron et d'un jean, son visage est « défait » mais affiche tout de même un sourire, elle est « ennuyée » et triste.

Je suis également interpellée de la façon dont elle porte sa fille, en présentation presque à bout de bras à gauche, à son épaule droite, pend un grand sac, dans ce sac se trouve bien rangés : les biberons, les couches, une serviette et les vêtements de change pour sa fille. Elle serre dans sa main un petit sac à main. Elle est en avance sur l'heure du rendez-vous. « *Je viens de loin et je suis partie en avance* », sauf que cette avance est considérable, visiblement elle attend beaucoup du psychologue.

Elle prend place sur le canapé en face de moi et prend son temps pour installer sa fille tout prêt d'elle, sort les jeux de la petite qu'elle dispose sur le tapis au sol.

« Karamelle a peur de se tenir debout...cela m'angoisse, son pédiatre ne trouve pas pourquoi, elle pense que je dois voir un psychologue ».

Lors des consultations mère-bébé, Mme T exprime sa douleur amoureuse, sa déception, sa difficulté à comprendre sa fille, d'autant que l'enfant est différente avec sa grand-mère où « *tout se passe bien* », c'est une femme anxieuse qui se sent coupable « *de la situation dans laquelle j'ai mis ma fille* ».

Lors des premières consultations, Karamelle bouge peu, elle reste assise auprès de sa mère ou au sol sur le tapis, elle refuse de se mettre debout et montre son mécontentement par des pleurs, lorsque sa mère veut l'obliger. Sa mère ne supporte pas de l'entendre pleurer, elle manifeste alors un empressement pour la consoler et la place sur sa poitrine.

A la quatrième séance, j'observe karamelle, elle tente de se relever mais se prend les pieds dans sa robe trop longue et chute sans cesse.

- Je dis : « *C'est bien, tu fais des progrès !* »

Karamelle me fixe, sa mère nous regarde toutes les deux.

« *Ta robe te gêne ? Où veux-tu aller ?* » lui dis-je, puis je me rapproche d'elle et lui tend la main, Karamelle hésite et regarde sa mère, cette dernière ajoute :

« *Elle essaie mais n'y arrive pas !* ».

Ma main reste tendue, puis je m'assois à côté d'elle et l'aide à se relever. Karamelle essaie quelques pas, puis se déplace sur les fesses, pour aller vers une petite voiture jaune.

Mme T semble plus à l'aise, elle parle du père de Karamelle et de leur vie en France. Puis nous nous émerveillons toutes les deux des progrès de sa fille. A la fin de la séance je lui dis : « *Vous devriez l'habiller de façon plus confortable.* »

Lors des séances suivantes, le passe-temps favori de Karamelle est de fouiller dans le grand sac de sa mère et, d'y extraire tout son contenu au grand dam de cette dernière.

Mme T, sur mes conseils, prend rendez-vous avec un psychomotricien, ce dernier ne diagnostique pas de retard psychomoteur, cela rassure Mme T. Les deux thérapies sont menées alors conjointement.

Mme T est une jeune femme fatiguée, qui se vit coupable de ne pas passer plus de temps avec sa fille, rôle qui est occupé par la grand-mère durant la journée. Elle me dit : « *Karamelle est différente avec ma mère, elle mange à la cuillère, elle se met debout avec appui, ce qu'elle ne fait pas avec moi...* ».

Mme T se vit comme une mauvaise mère, une mauvaise femme qui n'a pu retenir son ami auprès d'elle.

Karamelle rencontre son père de temps en temps. Ce dernier n'a rien remarqué de particulier chez sa fille, il dit : « *Laisse la vivre, elle finira bien un jour par marcher...* ».

Mme T ne porte pas sa fille, elle la présente, elle porte surtout un grand sentiment de solitude et de culpabilité. Pour combler sa fille, le soir et le week-end, elle est à l'entière dévotion de la petite, dans une fusion/confusion, "elle se

jette sur moi, lorsque je rentre, ouvre mon corsage et prend mon sein...je me laisse faire » dit-elle.

La grand-mère a conseillé à sa fille de sevrer Karamelle, qui par ailleurs mange et ne réclame pas le sein lorsque sa mère n'est pas présente. De plus, le lait de Mme T est « *un mauvais lait* » qui ne profite pas à la petite fille, un lait « *tourné* » car Mme T est très fatiguée. Cet aspect des choses ne fait que renforcer le sentiment d'être incompétente chez Mme T.

Les consultations psychologue et psychomotricien ont permis à Mme T de se rassurer sur sa capacité à être mère.

Après une absence de quatre mois, Mme T et Karamelle reviennent en consultation. Je suis très surprise de me trouver en face d'une Mme T souriante et plus épanouie, tenant par la main une Karamelle bien debout sur ses petites jambes, habillée d'un short et d'un tee-shirt et coiffée de tresses.

Mme T m'explique qu'elle est allée voir quelqu'un. Sa mère, avec insistance, lui conseille de consulter une dame de la commune, cette dame est guérisseuse car elle pense que Karamelle porte « an blès ».

Dans un premier temps, Mme T refuse : « *...vous comprenez...c'est chose de vieille femme...je n'y crois pas* », puis elle accepte de faire le pas.

La guérisseuse ne diagnostique pas de *blès*, elle pense qu'il faut « ramasser » l'enfant, la « réunir », la compléter comme si elle n'était pas finie : « *fok tchimbé ti manman'y la* » (il faut porter ton enfant, protéger ton enfant). Elle conseille le « ben démaré », le premier bain est donné par la guérisseuse, les autres par Mme T le soir après son travail et le week-end. Les feuilles sont amassées par la grand-mère, le bain confectionné est donné par la mère.

Peu à peu, le bain remplace le sein, Karamelle ne réclame plus, la relation devient moins fusionnelle, laissant un espace d'émergence de la personnalité de la petite fille. Le bain détend à la fois la mère et l'enfant, le plaisir est

partagé. Karamelle montre à sa mère ses compétences dans le bain odorant, les échanges sont joyeux, il y a du plaisir partagé.

Au bain, Mme T ajoute des prières et porte la protection confectionnée par la guérisseuse pour sa fille.

Lors de notre dernière consultation, Mme T m'annonce qu'elle a déménagé pour un appartement où elle vit avec sa fille.

Karamelle est allée en crèche, elle est en maternelle où elle s'est très bien adaptée, « *d'ailleurs elle est comme un garçon manqué* », elle voit régulièrement ses grands-mères et son père.

Mme T, elle, est en cours de licenciement abusif, précise-t-elle, elle milite dans un syndicat. Elle est très combative et est en procès avec son employeur qu'elle accuse de harcèlement moral.

Discussion.

L'accès à la parentalité a été difficile pour Mme T, d'autant qu'elle a vécu sa séparation comme un véritable abandon, abandon qui a fait ressurgir en elle les traumatismes et les souffrances non dites et non partagées de sa propre enfance. Mme T n'avait jamais parlé à quiconque de sa souffrance lorsque son père était parti, « *à la maison...* » me dit-elle « *...il ne fallait pas parler de ces choses-là* ». Mme T pendant longtemps a porté cette souffrance, alors comment porter sa fille ? Karamelle souffrait mais n'était pas la seule patiente.

Ici la grand-mère, dans ce système matrifocal où le père de Karamelle est un partenaire de passage qui n'assume pas ou de façon éphémère sa paternité, la grand-mère fait loi. Sa fille n'a pu accéder à son statut de mère qu'en se réappropriant sa propre histoire, travaillée lors des consultations thérapeutiques auprès du psychologue et du psychomotricien, mais également en « ramassant » lors des bains traditionnels Karamelle qui était éparpillée et qui ne trouvait pas sa place entre une mère dépressive avec des projections mortifères, un père quasi absent et une grand-mère qui occupait tout l'espace et renvoyait à sa fille une image d'incompétence.

Mme T a dû se dé-faire du statut de petite fille abandonnée, pour devenir mère. Malgré les conseils de sa mère, elle n'avait pas mis en place les rituels accompagnant la grossesse, la venue au monde du bébé, les protections nécessaires, les façons de façonner son enfant et ces rituels qui d'ailleurs aident la fille à devenir mère et à pouvoir sortir de la fusion mère-fille. C'est le groupe grand-mère-guérisseuse qui a permis à la fois à la mère et à l'enfant de se redresser, ici la parole de la guérisseuse, de l'ancêtre fait force de loi avant même la parole de la grand-mère.

Comment porter son enfant ? Au-delà du portage physique, le portage englobe non seulement les interactions comportementales, affectives, fantasmatiques et culturelles.

DW. Winnicott, parle de trois concepts : le holding, le handling et l'objet presenting.

Le holding c'est la manière dont le bébé est porté, Mme T « hold » Karamelle soit en présentation soit en fusion.

Le handling c'est la manière dont le bébé est soigné, le *ben démaré* est un bain d'affect, il permet également de réunir de façon métaphorique la mère et l'enfant.

L'objet presenting c'est la manière de présenter le monde au bébé, jamais brusquement mais « à petite dose » et en le désillusionnant progressivement. (DW. Winnicott 1979).

Pour MR. Moro (2008, p. 22-23), le bébé joue un rôle actif dans la parentalité, car il porte aussi les projections familiales, il a un rôle actif et est investi du mandat transgénérationnel.

Concernant ce mandat S. Lebovici, (1998), en décrit trois aspects :

- Le premier aspect, c'est celui de la résolution des conflits infantiles des parents, Mme T a pu se raconter lors de la thérapie et élaborer sur ses propres traumatismes infantiles. Elle a pu enfin dire sa souffrance d'avoir vécu sans père, sa peur de faire vivre la même

chose à Karamelle, mais également elle a pu confier ses sentiments ambivalents et agressifs vis-à-vis de sa propre mère.

- Le deuxième aspect est lié aux événements de vie qui précèdent la naissance. Mme T décide de se mettre en couple à 30 ans, « *car le temps passait et je pensais que c'était le moment d'avoir un enfant* », me dit-elle. Avant M. S elle a eu des aventures mais rien de vraiment solide, elle reconnaît que la lune de miel n'a pas duré longtemps car très vite les difficultés d'accordage ont vu le jour. Mais sa « soif » d'une famille avec la présence d'un père lui a permis de fermer les yeux sur déjà l'instabilité de son compagnon.
- Et enfin le troisième aspect est en lien avec la culture, les mythes et les rituels, la thérapie du *ben démaré*, les prières et la protection fabriquée par la guérisseuse. Mme T en rentrant au pays c'est réconciliée avec cette dernière dimension.

Pour S. Lebovici, ce mandat doit être suffisamment souple afin de permettre au bébé de se « fixer » en quelque sorte, à la société dans laquelle il vit. C'est le groupe en entier qui porte la mère et ainsi la mère peut porter son enfant.

Mon rôle n'a pas été de dire comment être une bonne mère, un bon parent, ce que Mme T souhaitait dès la première rencontre, mais plus de laisser émerger ses capacités et de soutenir Mme T et Karamelle avec empathie.

Les logiques culturelles ont émergé, même si Mme T « *n'y croyait pas* », l'insistance de sa mère et le respect qu'elle lui montrait malgré tout, lui ont permis de se réconcilier avec les rituels, même si ces logiques peuvent paraître opposées aux logiques médicales.

Les ajustements ont été nécessaires entre Mme T et Karamelle, entre Karamelle et son père, auparavant elle dormait dans son lit, il a compris en dialoguant avec Mme T que sa fille avait besoin d'une autre place.

Ce qui se jouait dans cette relation mère-bébé, peut s'apparenter à un trouble de l'attachement, à une anxiété de séparation, il s'agissait de pouvoir construire un soi séparé de l'autre. Karamelle ne manifestait pas bruyamment lorsque sa

mère se séparait d'elle, mais en présence de cette dernière, elle ne pouvait que prendre une place de bébé, au sein, sans parole, lovée contre sa poitrine, dans une fusion-confusion qui l'empêchait de grandir, ce que demandait vraisemblablement Mme T.

Le *ben démaré* est un bain d'inscription dans le monde, un bain de protection, c'est un bain pour purifier, conjurer un sort, enlever les nœuds qui entravent symboliquement, il est utilisé pour attirer sur soi les influences positives, le bain c'est un médicament.

Lors des consultations, Mme T insistait beaucoup sur la famille « bizarre » de son ex-ami, mais également sur la nouvelle compagne qui était enceinte. En Martinique, l'idée que son enfant et soi-même, soient jaloués par la nouvelle venue n'est jamais très loin de la magie, jalousie veut dire vulnérable au *quimbois*, aux attaques sorcières.

Pour Mme T, le retour au pays a signé la séparation du couple qu'elle formait avec Mr S, séparation « *sans raison* » pour elle « *on l'a quimboisé, il a été pris par une autre* ». Ne dit-on pas « *jalousi sé frè sòsié* », la jalousie c'est la même chose que la sorcellerie, voulant atteindre Mme T c'est Karamelle qui reste à terre, selon l'imaginaire, pour atteindre la mère, il faut attaquer l'enfant.

La guérisseuse n'a pas diagnostiqué de *blès*, mais elle signale que l'enfant est dans l'errance et précise que cela résulte de la non-observance des rituels pour la fixer et la protéger.

Pour se « redresser », Mme T a eu besoin de dire en thérapie, sa propre histoire singulière, elle a eu besoin de parler de ses propres souffrances non dites. Le couple psychologue/psychomotricien lui a permis d'élaborer sur ses angoisses, le couple grand-mère/guérisseuse lui a permis de s'inscrire dans la culture et d'y fixer sa fille.

Nous sommes, je crois ici, dans la groupalité du soin, dans un soin psychique groupal. La psyché de Karamelle dans un premier temps s'est étayée à la fois sur le corps défaillant de sa mère et sur le corps défaillant du groupe (groupe

familial). Karamelle s'est sentie en danger sur cet étayage fragile, elle l'exprimait à la fois par cette peur de tomber et par ce refuge maternel trop fusionnel et pathologique.

Il s'est agi ici, d'un travail intersubjectif comme le propose D. Mellier (2004, p. 62), « *l'intersubjectivité est de facto une caractéristique de cette pratique, le groupe en est la dimension implicite aussi bien d'un point de vue diachronique que synchronique* », la parole et les émotions passent par l'autre.

Je peux dire que Karamelle était un bébé en détresse, car elle n'arrivait pas à subjectiver son expérience, expérience qui était trop douloureuse, elle est alors tombée dans une situation de « désaide », (D. Mellier, 2005, p.10).

IV-VII. Synthèse et analyse.

Le point de départ de ma recherche a été l'ancrage dans ma clinique, la rencontre d'un thérapeute avec les patients n'ayant pas les mêmes références, la même grille d'interprétation des souffrances du bébé et de la relation mère-enfant.

Il y a en Martinique deux réseaux de soins en parallèle, comment comprendre alors le soin, d'autant que ces réseaux sont dits inconciliables. ?

Ce hiatus proviendrait d'une rupture de la transmission entre les générations et transgénérationnelle, j'ai tenté de prouver cette hypothèse à un triple niveau d'analyse : le niveau sociétal, le niveau culturel et le niveau de la clinique.

Je me suis inscrite dans une approche en psychologie transculturelle du bébé et, je me suis appuyée sur une méthodologie qualitative ethno-clinicienne auprès des familles, des guérisseurs et des psychologues.

La démarche transculturelle a nécessité un décentrage et l'analyse de mon contre-transfert.

J'ai utilisé plusieurs techniques de collectes de données :

- J'ai construit un questionnaire afin d'interroger l'itinéraire de soin des parents,
- Des entretiens semi-directifs auprès des guérisseurs, des pédopsychiatres, des familles et des psychologues.
- Des observations cliniques structurées à visée de recherche, afin de saisir la réalité sans à priori.
- Au niveau clinique, trois études de cas ont été présentées.

Pour pouvoir répondre à ce questionnement, il m'a fallu m'adosser sur l'histoire singulière de la Martinique, sur l'approche en anthropologie, sur la linguistique et sur la psychologie transculturelle du bébé.

Je suis allée à la rencontre des thérapeutes traditionnels afin d'entendre et de comprendre leur conception du monde, d'observer leur manière d'être et de faire, j'ai également rencontré les familles afin d'appréhender ce qu'elles portent en elles de la culture qui les nourrit. Enfin avec les psychologues et les pédopsychiatres, il y a eu des enseignements partagés.

Ce fut un voyage « *initiatique* », le mot n'est pas hors propos, je le sors ici de son contexte religieux, concernant à la fois la médecine traditionnelle et la médecine qui s'intéresse plus spécifiquement aux soins psychiques auprès des bébés.

Partir de la clinique pour y revenir, mais transformée par mon sujet d'étude.

1)- Stratégie de survie.

« Yée Mistrikrik ! Mesdames et messieurs, je suis venu vous raconter, ce qui est arrivé à une antique négresse, qui avait pour nom manzelle C'est-Toute....A quatre-vingt-dix-neuf-ans manzelle C'est-Toute tomba enceinte sans

jamais parvenir à savoir pour quel homme, elle portait l'enfant....Quel est ton nom ?, le jeune homme répondit qu'il s'appelait Ti Jean et qu'il était le fils de manzelle C'est-Toute. Ah ! C'est donc toi, le gamin né hier matin qui est déjà devenu si grand ! C'est toi Ti Jean C'est-Toute ? » (Confiant R., 1995, P. 51-58)

Le héros du conte martiniquais c'est Ti Jean, c'est un enfant sans père qui naît tout grand, il a 7 ans, il naît, parle et s'en va à travers les mornes, afin de sauver sa mère, ceci est récurrent dans tous les contes. Ti Jean utilise la ruse pour ramener richesse et liberté à sa famille.

Dans le conte, il n'est pas fait mention de bébé. I. Césaire, (2005), explique que Ti Jean, naît sans gestation, elle parle d'un « nouveau-né adulte », qui a déjà tout un passé derrière lui, passé qui est nié, elle parle ici du passé esclavagiste qui est ni accepté ni toléré.

Pour moi il y a non seulement dans le conte une gestation mais une fabrication de Ti Jean et cela pendant 7 ans par sa *mère-grand-mère*, c'est une construction qui prend place dans l'invisible, dans un espace où il reçoit l'initiation qui lui permet à 7 ans d'agir sur son destin personnel et le destin du groupe.

La mère de Ti Jean a 99 ans, ici nous avons à faire à un *Wèlto*, une feinte, une ruse. Seule la matrone aux « sizo » peut enfanter à cet âge, elle met au monde les enfants des autres qui deviennent par ce geste ses propres enfants.

En aidant à la mise au monde, la matrone et le *doktè fey*, inscrivent l'enfant dans son groupe d'appartenance par les rituels qui existent avant même la naissance de l'enfant. Ces rituels sont mis en œuvre pendant l'accouchement puis après. Par exemple, l'alimentation durant la grossesse est appropriée et culturellement inscrite, l'utilisation de bains émollients, le massage du ventre au gros savon, au savon de Marseille, le bain du bébé à base de plantes, le « rafraîchissement » de la tête du bébé, l'application de préparations spécifiques pour le nourrisson, la protection immédiate par l'ombilic « *fouyé en tè* » j'ai montré l'importance de cette tradition tout au long de ce travail.

Père D, guérisseur, lors des entretiens me dit : « *ma grand-mère a su me protéger, c'est elle qui m'a donné la vie* ». Sa grand-mère était matrone, elle a accouché sa propre fille et protégé son petit-fils, jusqu'à l'âge de 7 ans elle l'a éduqué, façonné et initié au métier de matrone. Père D précise aussi : « *Il faut 7 ans pour devenir guérisseur* ».

Sept ans c'est pour moi, le temps de l'initiation, le temps de la transmission. Ti Jean naît de l'ancêtre, à 7 ans « il se lève et part », il parle dès sa naissance pour constater la misère, il dit sa révolte, puis il agit.

Il me semble qu'au travers de l'action, l'enfant confirme ce qu'on lui a transmis, c'est « ainsi-ai-je entendu », *ainsi* renvoie au contenu de ce qui a été entendu. Il y a comme le précise D. Ikeda (2000, p.73), trois niveaux de compréhension : le premier niveau c'est celui de la compréhension des mots, le second celui de la compréhension de l'enseignement et enfin le troisième niveau c'est celui de la compréhension de la véritable intention de l'enseignement. « Ainsi-ai-je entendu », signifie alors un accord total avec la transmission, c'est graver cette transmission dans sa vie et l'agir, c'est une compréhension de tout son être.

Ti Jean est un enfant singulier, je constate que dans la conception traditionnelle, certains bébés sont qualifiés comme singuliers, mais tous les bébés sont vulnérables. Lors des entretiens avec Père D, La Sagesse ou bien Mme R, tous les trois à travers le récit de leur enfance montrent comment ils ont été des enfants singuliers.

En fonction des cultures, l'enfant singulier prend des formes différentes, l'enfant *Nit ku Bon* chez les Wolof, les bébés esprits chez les Baoulé de Côte D'Ivoire, les enfants Dieux, les enfants nés-vieux du Zaïre, les enfants devins en devenir, pour ne citer qu'eux.

MR. Moro (1998, p.138), définit cet enfant comme ayant des particularités multiples, il peut sauver la famille mais également se retourner contre elle.

J'observe qu'en Martinique l'ancêtre est perçu comme celui qui donne naissance aux enfants et les façonne à travers les rituels afin d'en faire des enfants singuliers, porteurs d'un projet. La représentation de Ti Jean par exemple, est valorisante, en effet il est le héros positif du conte, il est porteur d'un potentiel riche de transformations.

L'enfant du conte s'appuie sur la ruse pour créer de la valeur et transcender la réalité destructrice. La ruse est une stratégie de survie, malgré les conditions extérieures dramatiques, C. Frère-Artinian (2005), retrace et analyse le récit d'un déporté du génocide arménien, elle précise : « *ce récit qui retrace les différentes étapes du développement d'un processus, que j'appellerai « la ruse pour la survie»*. Cette auteure dégage trois temps dans le processus psychique : l'initiation, l'intériorisation et l'intégration. (Ibid. p.94)

- L'initiation à la ruse est l'action qui soutient la pensée face à l'innommable, Ti Jean ne reste pas immobile, il agit.
- L'intériorisation de la ruse, ici la pensée invente l'action, cela pour moi se fait par la transmission psychique.
- L'intégration de la ruse, il y a là selon l'auteure un jeu de l'action et de la pensée pour la subjectivation. Le sujet intègre en lui la ruse, cela devient un état d'esprit permanent, « *une façon d'être, une identification culturelle et une source de plaisir* » (Ibid., p. 103).

La ruse permet de retrouver un projet de vie, elle permet de mettre en forme les tensions psychiques. La ruse c'est le « wèlto », qui habite chaque Martiniquais. « Fè wèlto », veut dire affirmer quelque chose, puis faire volteface dans la foulée. Le « wèlto » c'est une feinte, jadis les enfants jouaient au *wolto*¹⁹⁰, ce jeu consistait à courir en file indienne, le premier s'arrêtant inopinément en volte-face, le pari étant de ne pas entrer dans celui qui précède à ce moment-là, pour ne pas être exclu, la ruse consistait pour le premier à faire « wol », à faire semblant de.

¹⁹⁰ Terme qui par déformation a donné *wèlto*

Ce qui fait l'humanité, ce sont les pratiques de transmissions selon R. Kaes (2009, p.23), transmission de savoirs, de mythes, de croyances et de rituels, de processus psychiques.

Le bébé est vulnérable, il n'est pas fini, il s'agit d'une vulnérabilité psychique, le travail de la « finitude » sera entrepris, comme je l'ai analysé dans ce travail de recherche, grâce aux soins, au maternage, à l'éducation, à travers les contes, les chansons, les danses et le nourrissage, ainsi que les rituels qui prennent place auprès de la mère et de la famille.

2)- Transmission inter ou transgénérationnelle.

Les processus de devenir mère, devenir parent, sont des processus complexes. Car il s'agit de construire une nouvelle fonction. Cette nouvelle fonction s'étaye sur une histoire individuelle, familiale, groupale et, culturelle.

Dans un pays tel que la Martinique, sortant d'un traumatisme de plus de cinq siècles d'esclavage, où la société d'habitation a construit un système familial avec un père oblitéré¹⁹¹, le devenir mère, convoque la grand-mère, l'arrière-grand-mère, à travers le guérisseur *doktè fey*. Cette convocation parle des origines et de la filiation.

Les jeunes mères se trouvent au centre de deux sortes de discours, deux visions du monde, deux systèmes de soins au bébé souffrant, celui de la médecine occidentale et celui de la médecine traditionnelle.

Ces deux visions semblent s'opposer, alors même qu'elles visent le même but, celui de rendre la mère plus compétente auprès de son bébé.

Le discours médico-social ne tient pas compte des croyances et de la culture, il « diabolise » les modes de faire populaire. J'ai pu m'en rendre compte lors des entretiens avec certains collègues psychologues, considérant le *doktè fey*

¹⁹¹ Je reprends ici l'expression de l Lézé, 1995.

comme un individu pathologique. Certains d'ailleurs ont refusé de me rencontrer dès qu'ils ont eu connaissance de mon sujet de recherche.

La culture nous structure, nous humanise, elle nous fabrique et nous inspire (J. Ardoino, 2002). La culture n'est pas statique, elle est continuellement en renégociation, en reconstruction, ce faisant elle permet de lire le monde et de donner sens au désordre, ainsi elle permet au sujet de maîtriser la violence de l'imprévu.

Pour MR. Moro, l'interaction mère-enfant, parent-enfant, ne peut exister hors du système culturel d'appartenance, ces interactions, non seulement sont décrites en termes comportementaux et affectifs, mais il faut les appréhender également en terme de culture. Non seulement la culture nous fabrique, mais aussi, elle structure notre psychisme.

Autour de l'enfant, les représentations ontologiques, les théories étiologiques et les thérapies traditionnelles construisent du discours.

Pour les parents, le bébé est vulnérable, il n'est pas résistant aux agressions, le monde est dangereux pour lui. Le bébé est rattaché à une constellation de femmes en priorité mais également d'hommes, pour sa protection. En effet, le bébé peut être happé, volé, donné, il peut mourir brusquement ou disparaître sans que l'on ne sache comment, pourquoi et où.

Toutes ces représentations caractérisent la matrice ontologique, il faut donc dès sa naissance et même avant, comme je l'ai analysé, respecter un certain nombre de tabous, comme ne pas toucher la tête du bébé, ne pas trop le « manipuler », ne pas trop le porter et surtout qu'il ne passe pas de main en main.

De ces matrices ontologiques, découlent les théories étiologiques, ici, deux théories sont avancées, la première est celle du pacte avec le diable et les attaques sorcières, la seconde est celle du chaud et du froid.

Un acte thérapeutique sera alors posé, afin de remettre de l'ordre, ce sont des actes ritualisés, les « ben » (bains), les enveloppements, les cérémonies rituelles, les *gad kÒ*.

La logique culturelle est la forme, et l'histoire individuelle du bébé est le contenu, se sont ces deux pôles qui structurent les relations mère-enfant.

Pour prendre soin du bébé dans une culture donnée, les représentations sont donc indispensables. La connaissance de ces représentations permet de créer des liens et d'établir avec la jeune mère de l'empathie.

La tradition transmet des représentations de la maladie chez le bébé martiniquais. Les rituels sont faits par la personne habilitée à nommer la maladie et son étiologie, il s'agit soit de la matrone, du *doktè fey*, ou encore du guérisseur.

Pour la protection du bébé, il s'agira de rituels corporels, de « ben démarè » ou de « ben » de protection, de prières et d'enveloppements, tel que le *doktè fey* me l'a décrit pendant mon travail d'investigation.

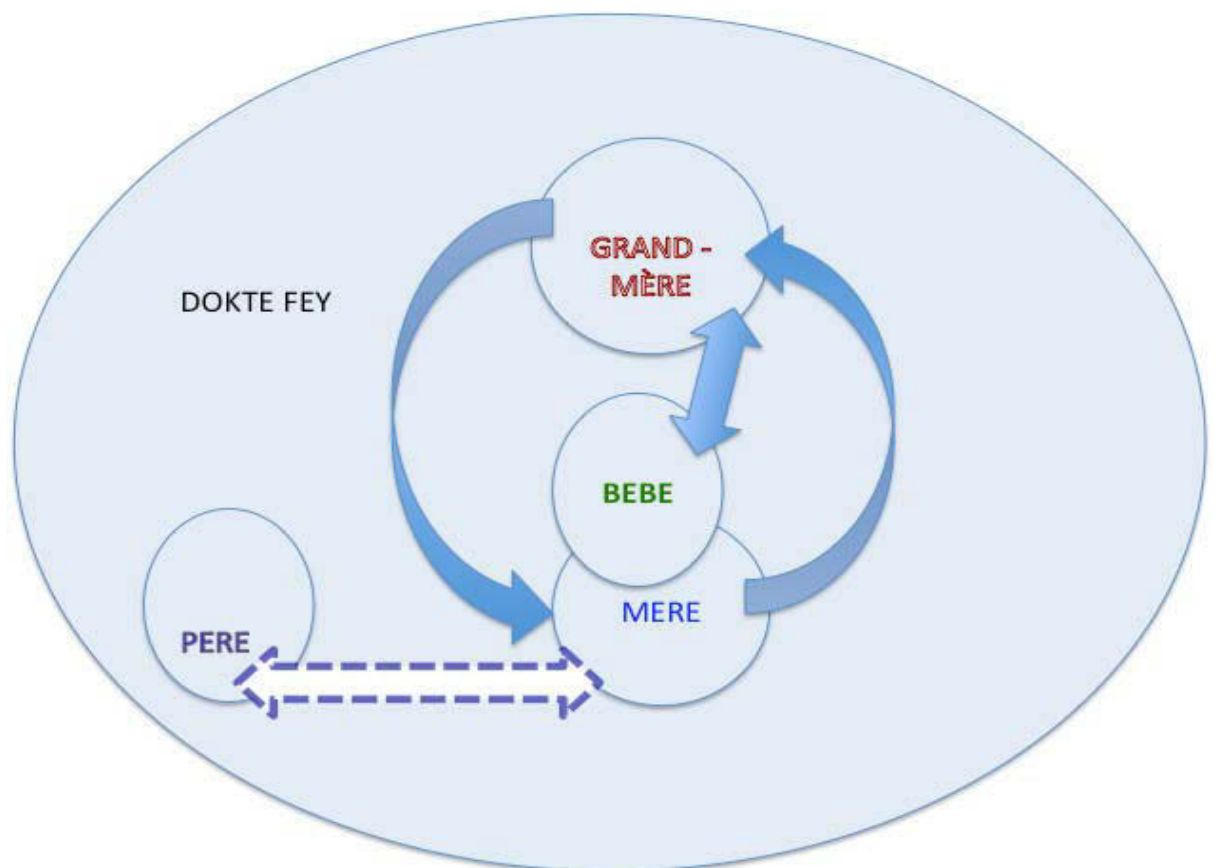
La culture est donc un système ouvert et non un système clos, comme le pense T. Nathan, système qui est en interaction continue avec le sujet.

Certaines maladies affectant le bébé sont culturellement codées, il s'agit du *blès* et dans une moindre mesure, du *tet fann*, car en effet cette dernière pathologie tend à disparaître. Face à ces pathologies, la médecine occidentale, médecine visible, fait du déni ou de la diabolisation, cette attitude génère de l'angoisse et un vrai désarroi chez les jeunes mères dont l'enfant est « blésé ». Ces jeunes mères se tournent, ou pas, vers la grand-mère, afin d'être contenue, soutenue et de pouvoir de nouveau « envelopper » leur bébé. Le *doktè fey* devient la seule autorité habilitée à nommer et soigner *an blès*, il n'est jamais contesté. Les cas cliniques de Mme N et Tikté en sont une magnifique illustration, cette jeune mère, devant la souffrance de son bébé, malgré une visite chez le pédiatre se soldant par une incompréhension mutuelle, convoque le groupe de femmes, à travers les grands-mères, voisines

et marraine et accompagne Tikté chez le *doktè fey*, ce dernier confirme le diagnostic de *blès*, « ramasse » le bébé et conforte la mère.

Malgré un processus d'interaction culturelle actif, la jeune mère sous les conseils des anciens, se tourne vers le thérapeute traditionnel.¹⁹²

Fig. 1. Prise en charge de la maladie pendant l'esclavage.



La jeune mère s'étaye, comme je l'ai démontré, sur les femmes plus âgées de son environnement, nous sommes donc ici, en présence d'une constellation

¹⁹² L'acculturation, c'est l'ensemble des phénomènes et des processus qui accompagnent deux cultures différentes, en contact direct et prolongé (Courbot, 1999). En anthropologie la notion d'acculturation, existe depuis le XIXème siècle, mais ce n'est qu'à partir des années 1950 que ce concept est utilisé en sciences sociales. Ce concept est source de polémique, en effet il s'attache aux notions de race, de dominant/dominé et de colonisation. L'acculturation, est devenue un support, afin de légitimer la colonisation européenne. De nos jours, les chercheurs préfèrent parler, d'interactions culturelles, au niveau des cultures en contact.

maternelle, telle que décrite par Stern, cependant dans notre configuration c'est l'ancêtre à travers le *doktè fey* qui est recherché.

Cet ancêtre autour duquel se sont organisés, dans la survie, les esclaves hommes, femmes et enfants.

J'observe donc que l'enfant, en souffrance dans son corps et sa psyché, interpelle sa mère, cette dernière se tourne vers sa propre mère ou sa grand-mère afin que son enfant soit guéri par le thérapeute traditionnel. Ce dernier après avoir ausculté l'enfant, interroge la mère sur les éventuelles difficultés personnelles et familiales, ensuite il pose le diagnostic et applique les soins.

Je constate que le guérisseur porte en lui, il me semble, symboliquement l'unité familiale car en effet, se présente à lui par la pathologie du bébé une famille mosaïque. Il lui faudra alors par ses soins, reconstruire une enveloppe acceptable et acceptée par la famille. De cette nouvelle enveloppe, un enfant de nouveau en bonne santé physique et psychique, sera « mis au monde ».

Il me paraît que dans le *doktè fey* il y a cette réunification familiale, qui a tant fait défaut tout au long du processus de l'esclavage, depuis les captures sur le sol africain, la traversée dans les bateaux négriers et l'arrivée dans un nouveau monde. (Fig.1).

Dans le système colonial de l'habitation, système génocidaire je reprends ici l'expression de G. Létang (2012), les familles esclaves, malgré les timides propositions d'unions avancées par l'église, étaient empêchées de s'unir, les hommes et les femmes pouvant être vendus du jour au lendemain.

Le *doktè fey* réunit, soigne, conte, danse, joue du tambour, il a une connaissance de la pharmacopée, il permet à la vie d'éclorre mais il peut aussi donner la mort, il sonne le moment de la révolte, il n'est soumis à aucune autorité. Père D. me dira lors de nos entretiens : « *je n'ai pas de maître, je ne reçois d'ordre de personne !* ».

Je peux dire que le *doktè fey*, de par sa place sur l'habitation, sera persécuté, exécuté, interdit d'exercer, puni pour lui et pour les autres. Il entrera en résistance et, c'est dans la clandestinité, dans l'invisible, qu'il agira sa médecine

et transmettra sa vision du monde, sa vision du monde des esprits, ses médicaments-protections et ses soins.

C'est par la transmission et, la transmission psychique de contenant et de contenu structurant, que la mère a pu survivre à l'innommable.

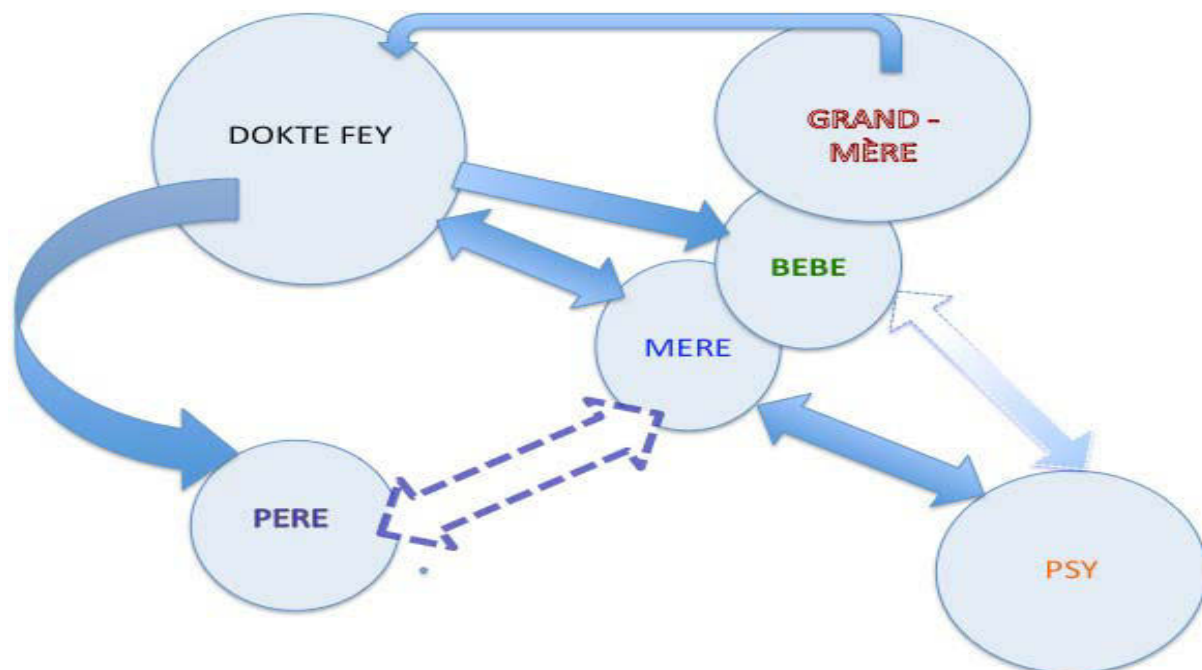
La fonction première de la famille est de transmettre. La transmission a pour rôle la survie de l'espèce d'un point de vue biologique, la transmission d'une histoire sur la famille, d'une histoire sur le groupe d'appartenance (C. Flavigny, 2011). La transmission alors structure et irrigue le lien familial. Il s'agit de transmission entre les générations, elle est la loi symbolique par la différenciation psychique des générations, elle implique les interdits familiaux, et les interdits sociétaux, l'inceste, le meurtre, (Ibid, p. 210-213).

Pour S. Freud, l'identification, c'est-à-dire tout ce qui régit le rapport à l'autre, est le socle de toute transmission (R. Waintrater, 2011, p.143.). Ce qui se transmet c'est à la fois des contenus mais aussi toute l'affectivité qui accompagne ces processus. Bion avec la fonction Alpha explique ainsi la transmission psychique. La mère transmet à son bébé des contenus détoxifiés d'une part, et d'autre part, le processus qui la rend capable de contenir et de transformer les émotions de détresse du bébé.

Waintrater R, poursuit, « *Ce qui se transmet, ce n'est donc pas seulement le nouveau contenu, mais aussi le fantasme qui sous-tend ce processus, sans cesse répété, et qui modèle le sens que l'enfant va donner à toute la situation* » (p. 144).

La famille et le groupe d'appartenance dans la transmission « normale » selon cette auteure, assurent une fonction intermédiaire, qui permet à l'enfant de librement s'approprier ce qui lui est transmis, cela lui sert à former son identité.

Fig 2. Après l'abolition de l'esclavage. La mère est entre deux systèmes de soin.



Après l'abolition de l'esclavage et jusqu'à nos jours, le *doktè fey* n'exerce plus au grand jour, (du moins en Martinique, cela est différent en Guadeloupe), il reste cependant protégé par la population.

La mère va « naviguer » entre les deux systèmes de soin, tout en privilégiant le système de la médecine invisible qui guérira son bébé, dans le terme guérir, il y a une exigence de résultats. Au système visible de soins, elle demandera de soigner son enfant et elle aura alors une exigence de moyens.

Contrairement à mes hypothèses, les enquêtes et entretiens auprès des familles montrent que les mères maîtrisent leur va-et-vient thérapeutique. Elles considèrent les deux médecines comme complémentaires l'une de l'autre. En s'étayant sur la médecine invisible traditionnelle, les mères s'étayent sur la famille, le groupe sociétal, elles s'approprient leur histoire sans honte, sans culpabilité, sans rejet et sans colère.

Lorsqu'elles s'étayent sur la médecine visible, les mères font acte d'ouverture au monde et s'inscrivent dans une culture mouvante. Elles assument en quelque sorte leur héritage et sont à même de le transmettre « sainement » à la génération future. Elles assument alors l'hybridation culturelle et s'inscrivent dans la créolité.

La jeune mère maintient des liens étroits avec sa mère et sa grand-mère, dans le système matrifocal le rôle de la grand-mère est décisif, sa parole fait loi, elle porte en elle un potentiel affectif et d'expérience, la culture antillaise, la consacre, elle est la mère de ses petits-enfants, elle pallie aux insuffisances de sa fille, elle porte le discours de la loi, des interdits, elle est le vecteur de la transmission.

La mère en prise entre ces deux médecines, les perçoit comme complémentaires. Avec cette approche, elle devient l'experte qui réunit les éléments disparates, pour engendrer de nouvelles configurations et c'est dans ce sens qu'elle est femme « poto mitan », elle ne peut l'être autrement. (Fig.2.).

Glissant E. (2004) a une vision anthropologique et psychologique de la Martinique, il parle de métissage culturel, mais il emploie un mot moins connoté, Il parle de processus de créolisation, il en donne la définition suivante :

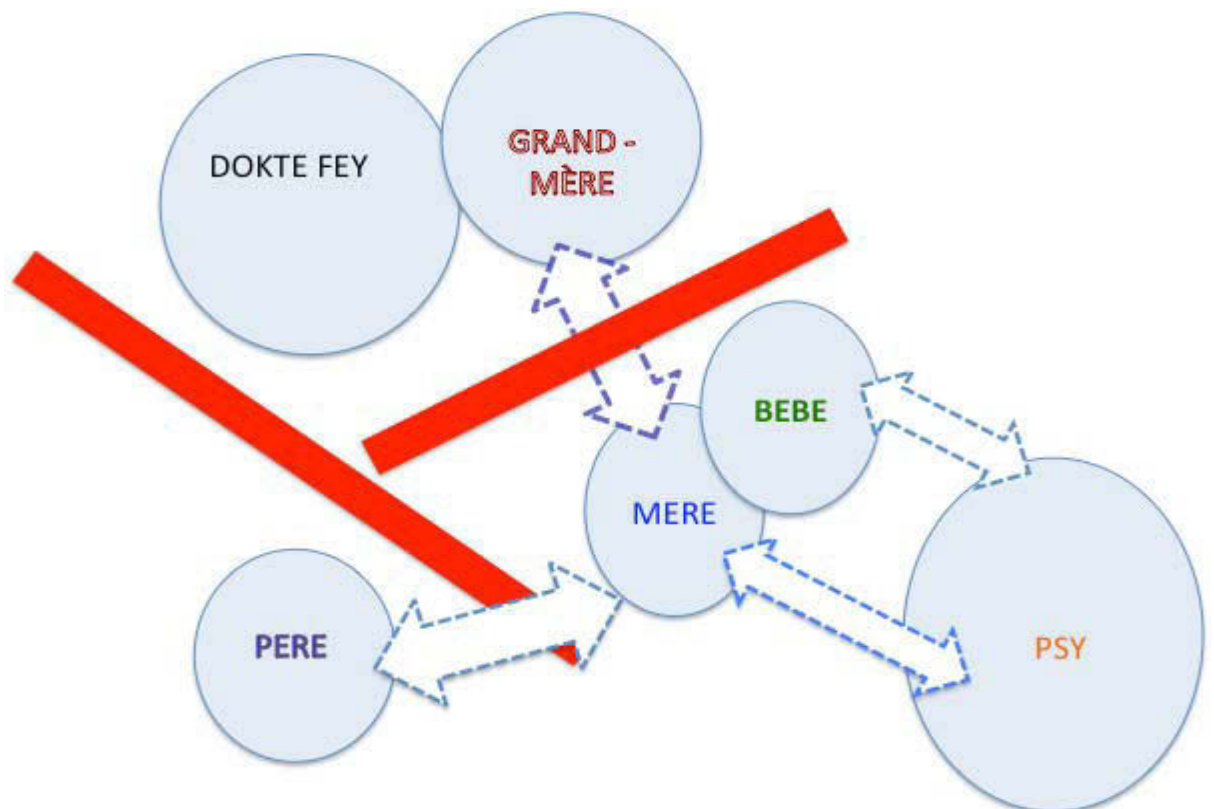
« La créolisation est un métissage d'arts ou de langages qui produit de l'inattendu. C'est une façon de se transformer de façon continue sans se perdre. La créolisation s'applique non seulement aux organismes, mais aux cultures. Et les cultures sont des corps beaucoup plus complexes qu'un organisme. Si vous voulez, on peut prédire plus ou moins les résultats d'un métissage, mais non ceux de la créolisation. » (Ibid., p.2).

Ce processus n'est pas nouveau, il existe depuis 1635, la créolisation ne s'arrête pas comme l'énonce ici E. Glissant car il y a toujours de nouveaux apports (Europe, Afrique, Inde, Asie), c'est aussi, selon moi, un processus imprévisible qui crée de la nouveauté en permanence, qui se nourrit et s'enrichit de la diversité et de l'autre.

Pour J. Benoist, (2012), « La créolisation c'est la dynamique évolutive de la créolité » (p. 22), il distingue ainsi créolité et créolisation, le premier terme étant un mouvement sur le processus de créolisation, c'est une identité en devenir, un projet.

Lorsque la transmission est dite « normale », c'est-à-dire, lorsque le milieu familial est contenant et, la relation mère-fille fluide, les jeunes mères peuvent s'inscrire dans ce processus de créolisation, processus tourné vers l'avenir et non ankylosé sur un passé traumatique, même si la créolisation est un processus en construction qui chemine de traumatisme en traumatisme.

Fig.3. Rupture de la transmission.



Lorsque la transmission est pathologique, lorsqu'il y a rupture ou refus de transmission, le couple mère-enfant est en danger.

La mère ne peut transmettre à sa fille, pour des raisons qui sont propres à cette-dernière, comme par exemple le rejet de tout ce qui vient du passé, comme étant « choses des anciens », comme j'ai pu l'entendre, lors de mes

entretiens, ou par un désir d'identification aux modèles télévisuels américains ou européens.

Ce refus de transmission peut devenir pathologique, car j'ai constaté alors que la jeune mère et son bébé se retrouvent isolés et pour le coup, dans l'errance, n'adhérant à aucune proposition thérapeutique. Ce cas de figure est assez fréquent au foyer de l'enfance. (Fig.3).

La transmission pathologique présuppose donc qu'il existe une défaillance à la fois dans le lien filial et dans le lien sociétal et rupture entre ascendant et descendant. C'est cette rupture qui crée l'errance. Les traumatismes et les violences endurés par les ancêtres ne peuvent être métabolisés, le risque alors est l'occurrence d'un débordement d'excitation, des désillusions, des sidérations, un affaiblissement de l'estime de soi allant jusqu'à l'impossibilité de penser (A. Eigner, 2011, p. 15). Cet auteur ajoute : « *Ce qui caractérise le traumatisme transgénérationnel, c'est la réverbération d'une honte qui s'amplifie au fur et à mesure des générations atteignant les bases même de l'identification familiale* » (p. 16).

L'héritage ne peut être assumé, le sujet ne peut se l'approprier de façon active sous une forme symbolique.

J'observe pour ma part, que la mère a du mal à trouver sa place dans la famille et dans la société. Dans la dyade qu'elle forme avec son bébé existent des ruptures, mais ces ruptures sont également actives entre la mère et sa propre mère, ce qui la prive de l'accès aux ancêtres et donc au *doktè fey*. Elle est également en rupture avec le système visible de soin.

Privée des recours habituels des instances médiatrices, la jeune mère est envahie par des contenus traumatiques qu'elle ne peut, seule, élaborer. Elle renverra à son bébé ces mêmes contenus non transformés, elle ne pourra alors contenir l'éprouvé de détresse de son bébé. Les risques sont alors importants : maltraitance, négligence, anorexie du bébé, passivité ou hyper excitation.

Le défaut d'empathie maternelle entraînera alors des difficultés dans la constitution de l'intersubjectivité, comme le précise M. Bydlowski (2008).

Sans le groupe familial, sans les ancêtres pour étayer et prendre soin de la jeune mère en souffrance, cette dernière n'existe pas. En rupture avec ces liens, les interactions comportementales entre la mère et le bébé seront alors pauvres et dysharmonieuses, il en sera de même des interactions affectives et fantasmatisques, la jeune mère ne trouvera pas sa place dans son groupe d'appartenance.

Pour modifier les interactions mère-bébé, il est important de relier la mère au système culturel, par la reconstruction d'un cadre culturel, lorsque ce dernier fait défaut, car le sens individuel existe sur le cadre culturel.

Je conçois le soin comme une nécessité, il fait partie d'une histoire, c'est un apport à la vie. Dans le contexte d'une histoire traumatique, les souffrances des jeunes mères et celles du bébé, nous disent la nécessité d'adapter nos pratiques face à ces situations cliniques d'appels d'aide, il ne s'agit pas pour moi de revenir à la tradition, mais de se la réapproprier et ainsi d'apprendre d'elle.

Il y a opposition entre savoir scientifique et savoir populaire, entre médecine visible et médecine invisible, alors que l'une est issue de l'autre.

Dans le soin psychique, il est important de dépasser les oppositions, car en perdant la tradition, le risque est de perdre les fonctions psychiques anthropologiques, d'où l'Humanité est issue. Les Hommes sont de la même terre, avec des histoires dramatiques.

Je constate que, l'ancêtre, le *doktè fey*, permet de se réapproprier ce qui est de l'histoire de la maladie de l'enfant, de l'histoire des relations mère-enfant, de l'histoire du devenir mère, de l'histoire de la transmission et de ces avatars.

Les désordres psychiques se comprennent en tenant compte de la culture, c'est-à-dire des pratiques qui ont cours dans l'univers du patient.

Transmettre c'est discourir, c'est se raconter, s'enraciner et construire son identité.

La culture créole est une culture plurielle, elle nécessite une clinique plurielle, un dire pluriel. Cette clinique doit s'appuyer sur le principe développé par G. Devereux, ce principe est celui de l'universalité psychique. L'universalité psychique implique le fait qu'il faille accorder le même statut éthique et scientifique aux productions culturelles et psychiques de tous les êtres humains.

Pour ce faire, le clinicien doit apprendre de son patient, il doit respecter, connaître, se référer aux coutumes culturelles de son patient afin « d'éviter les malentendus et les contresens », comme le préconise J. Rabain-Jamin (2000, p.130), car chaque culture fixe ce que l'on peut dire, ce que l'on doit dire et ce que l'on doit taire.

Cette démarche n'est pas facile, certes, mais elle est nécessaire, elle demande au clinicien de prendre en compte les interactions entre le niveau psychique et le niveau culturel. Le clinicien doit également construire un cadre interne rigoureux, car le cadre externe est souvent mouvant et imprévisible, comme l'exprime A. Ciccone (2011, p.61). La construction de ce cadre permet une intériorisation de la posture clinique, il ajoute « d'être soi-même sans chercher à imiter un autre » (Ibid. p. 60), alors le thérapeute peut recevoir et contenir la vie émotionnelle perturbée du patient.

Me mettre à l'écoute des patients et apprendre d'eux, a été ce qui m'a guidée pour entreprendre cette thèse.

Conclusion : Où faire peuple est en lien avec un méta cadre sociétal du soin

Au terme de cette recherche, il m'apparaît que, de façon générale, les jeunes mères s'étaient sur la constellation du groupe des femmes, lorsqu'il n'y a pas rupture de la transmission entre les générations, elles peuvent alors bénéficier des soins appropriés, du *doktè fey*, pour leur bébé porteur de maladie culturellement codée. Certaines configurations restent cependant problématiques, en effet, dans le cas de refus, rejet ou transmission pathologique, les jeunes mères sont alors dans l'errance entre les deux réseaux de soins, elles n'existent pas en tant que mères car elles sont privées des instances médiatrices, elles sont alors à la merci de contenu psychique traumatique qu'elles ont du mal à élaborer seule.

Ce sont les jeunes mères qui se retrouvent dans les centres maternels notamment pour adolescentes, ce sont aussi les mères dont les enfants sont en foyer de l'enfance après un arrachage douloureux, ce sont des enfants qui habitent les centres hospitaliers sans jamais retrouver le chemin de leur domicile.

Depuis maintenant quelques années, la population qui consulte se modifie, en effet nous recevons de plus en plus les mères de Saint-Domingue, celles de Sainte-Lucie, de la Dominique et de la République haïtienne.

Les problématiques sont alors plurielles, les relations souvent compliquées tant l'incompréhension de part et d'autre règne. Il me semble urgent d'utiliser d'autres modèles d'aides.

Ce qui fait l'humanité, nous dit René Kaës, ce sont les pratiques de transmission, la transmission fait problème lorsque le champ social et culturel fait défaut, j'ajouterais lorsque le champ familial également est défaillant. Cette rupture de la transmission prend place dans l'inter et le transgénérationnel.

Les contenus et les processus de la transmission de la vie psychique sont, pour cet auteur, tributaires de cadres et de garants méta psychiques, ces cadres et garants sont indispensables, car sinon, il y a risque pour le sujet de ne pas pouvoir se constituer. Ces garants méta psychiques sont encadrés, par ailleurs,

par des garants méta sociaux qui sont constitués eux-mêmes des croyances et des rites, si ces garants à leur tour sont défailants, alors les processus d'identification et de symbolisation sont affectés et donnent naissance à de nouvelles pathologies identitaires.

Les défaillances de la transmission transgénérationnelle touchent l'ensemble de la société en Martinique, aussi bien pour les « descendants d'esclaves » que pour les « descendants de colons ».

Les familles s'ancrent autour d'une histoire commune, cette histoire qui porte de part et d'autre de la culpabilité, du ressentiment voire parfois une haine farouche. Il me semble qu'il y a là, dans la recherche d'une compréhension, un méta cadre familial, un méta cadre culturel, «quelque chose», que je ne peux définir pour l'instant, de commun qui traverse la société et qui concerne tous les bébés nés de cette lignée. C'est une histoire qui a traversé tout un peuple, c'est le legs des ancêtres, il s'agit de la question des origines, la question de la filiation.

Des questions se posent, à moi, sur la composition du méta cadre familial et culturel, issu de la même histoire, l'héritage est commun, il touche au génocide. Il s'agit ici d'une transmission transgénérationnelle du négatif, qui nécessite un travail de transformation à entreprendre, à penser ensemble des chemins de dépassement, il s'agit de transmettre à partir de l'impensé de cette histoire commune dramatique, de la pensée qui construit, il s'agit, autrement dit, de transformer le poison en élixir.

C'est, à mon sens, le défi de ma recherche qui se poursuit.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AFFERGAN F., *Anthropologie à la Martinique*, Paris : Presse, 1983.
- AINSWORTH MDS., *Infant-Mother Attachement*, American Psychologist (ed), 1979.
- AMSELLE, JL., *Logiques métisses. Anthropologie de l'identité en Afrique et ailleurs*. Paris : Payot, 1990.
- ANDOCHE I., Interprétation populaire de la maladie et de la guérison, *sciences sociales et santé*, 1988, 6, 3-4, 145-161.
- ANDRÉ J., "L'identité ou le retour du même", *Les temps modernes*, 1983, 44, 442.
- ANDRE J., *L'inceste focal dans la famille noire antillaise*, Paris : Puf, 1987.
- ANZIEU D., *Le Moi-Peau*, Paris : Dunod, 1985.
- ARDOINO J., "Culture et civilisation" in Jacqueline Barus-Michel et al, *vocabulaire de psychosociologie*, Paris : ERES, "hors collection", 2002, p.118-127.
- ARIES P., *L'enfant et la famille sous l'ancien régime*, Paris : Point, 1975.
- ARTIGNY JC. , *L'évolution de la femme dans les Amériques noires*, Fort de France : Annales Du Centre Départemental De Documentation Pédagogique, 1975.
- ATINE H., *Akouchez nan Sid Matnik (Lavyé Pilot) ek dinamik kiltirel*, mémo du diplôme universitaire de langue et culture régionale (option créole), Université des Antilles et de la Guyane, Fort de France : 1994.
- BASTIDE R., *Les Amériques noires*, Paris : Petite bibliothèque Payot, 1973.
- BAUBET T., MORO MR., "L'approche Ethnopsychiatrique", *Enfances et Psy*, 2000, 4, 12, p. 111-117.
- BAUBET T., et Alii, "Culture et diagnostic psychiatrique, l'utilisation du "guide de formulation culturelle" du DSM-IV en Clinique". *Ann Méd Psychol* 2005,163, p. 38-44.
- BEAUVUE FOUGEYROLLAS, *Les femmes antillaises*, Paris : L'Harmattan, 1975.

BÉBEL-GISLER D., *À la recherche d'une odeur de grand-mère d'en Guadeloupe, une enfant de la DASS raconte*, Pointe-à-Pitre (Guadeloupe): Jasor, 2000.

BELKAÏD N., GUERRAOUI Z., "La transmission culturelle, le regard de la psychologie interculturelle", *Empan*, 2003, 3, 51, p. 124-128.

BENNEGADI R., "Acculturation et résilience : tactiques et stratégies", in Joyce Aïn, *Résilience*, Paris : ERES "hors collection", 2007, p. 237-242.

BENOIST, J., *L'archipel inachevé : Culture et société aux Antilles françaises*, Centre de recherche Caraïbes, Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 1972.

BENOIST J., et Alii, "Contacts de langues, contacts de culture, créolisation", in *Soigner dans les sociétés plurielles: les leçons du monde créole /* sous la dir. de J. Benoist, Paris : L'Harmattan, 1997, p. 333-348.

BENOIST J., " La créolisation: locale ou mondiale?", in *De la créolisation culturelle*, Archipélies, 2012, 3-4, p. 19-30.

BERNABÉ J, CHAMOISEAU P, CONFIANT R., *Eloges à la créolité*, rééd 1993, Paris : Gallimard, 1989.

BERNABE J., "De la négritude à la créolité : éléments pour une approche comparée, études françaises", 1992-93, XXVIII, 2-3, p. 23-38.

BERNABE J., "Créolisation des langues et des cultures : approche épistémologique et analytique d'un mécanisme asymétrique", in *De la créolisation culturelle*, Archipélies, 2012, 3-4, P. 63-96.

BETTOLI, L., "Parents mineurs : la grossesse, facteur de maturation pour les jeunes parents ? Quels risques comporte-t-elle ? Quel accompagnement à Genève ?", *Thérapie Familiale*, 2003, 24, 2, p. 179-191.

BICK E., "L'expérience de la peau dans les relations d'objets précoces", in *les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*, Lamor plage : Du Hublot, 1987.

BION WR., *Aux sources de l'expérience*, trad. fr, Paris : Puf, 1962.

BION WR., *L'attention et l'interprétation*, trad. fr, Paris : Payot, 1974.

BONNET D, POURCHEZ L., *Du soin au rite dans l'enfance*, Toulouse : Erès, 2007.

BOUGEROL C., *La médecine populaire à la Guadeloupe*, Pointe à Pitre : Kartala, 1983.

- BOWLBY J., *L'attachement*, (trad.fr). rééd 1978, Paris : Puf, 1969.
- BOYER-PANOS F., "Attachement maternel et qualité des interactions mère-bébé", *Le Journal Des Psychologues*, 2008, 261, 8, p. 29-33.
- BRACONNIER A, GOLSE B., *Winnicott et la création humaine*, Toulouse : Erès, 2012.
- BRACONNIER A, GOLSE B., *Dépression du bébé, dépression de l'adolescent*, Toulouse : Erès, 2010.
- BRETON RP., *Relation de l'île de la Guadeloupe*, Basse-Terre : Société d'histoire de la Guadeloupe, 1978.
- BRIÈRE, Eloïse A., "Recycler l'histoire de la décolonisation : Fiction et lieux de mémoire", *French Colonial History*, 2007, 8, p. 139-154.
- BROCHE J., "Culture et soin du bébé et du petit enfant", *Parentalité/Pédiatrie sociale*, communication au 6ème colloque de la société antillo-guyanaise de pédiatrie, Schoelcher, 22-24,11, 2012.
- BRUNOD R., "Un hamac pour un bébé", *Devenir*, 1999, 11, 3, p. 9-50.
- BYDLOWSKI M., "Les enfants du désir. Le désir d'enfant dans la relation à l'inconscient", *Psychanalyse à l'Université*, 4, 13, p. 59-92.
- BYDLOWSKI M., *Je rêve d'un enfant, l'expérience intérieure de la maternité*, Paris : Odile Jacob, 2000.
- BYDLOWSKI M., "La crise parentale de la première naissance. L'apport de la psychanalyse", *informations sociales*, 2006, 4,132, p. 64-75.
- BYDLOWSKY M., "Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne", *Devenir*, 2001, 2,13, p. 41-52.
- CALOC R., *Les derniers secrets de la science des Caraïbes ou la magie des anciens*, Le Lamentin : France Caraïbes, 1988.
- CANDILIS-HUISMAN D., "La conception d'un enfant : Mystère sacré ou opération à ciel ouvert ?", *Spirale*, 2006, 4, 40, p. 43-56.
- CANDILIS-HUISMAN D., « *Naître et après ?* », Paris : Gallimard, 1997.
- CÉSAIRE I., *La faim, la ruse, la révolte*, Fort De France : Musée Régional d'Histoire et d'Ethnologie, 2005.
- CHAMOISEAU P, CONFIANT R., *Lettres créoles*, Paris : Gallimard, 1999.

CHARLES NICOLAS A., *La maison coloniale de santé de St Pierre.* , 2002.

CICCONE A., “Enveloppe psychique et fonction contenant : modèles et pratiques”, *Cahier de psychologie Clinique*, 2001, 2, 17, p. 81-102.

CICCONE A., “Violence du soin psychique”, in Sossolas (dir). *Conflits et conflictualité dans le soin psychique*, Toulouse : Eres, 2008, p. 125-139.

CICCONE A, FERRANT A., *Honte, culpabilité et traumatisme*, Paris : Dunod, 2009.

CICCONE A., “Psychopathologie du bébé, de l'enfant et de l'adolescent”, in Roussillon (dir). *Manuel de psychologie et de psychopathologie Clinique générale*, Paris : Elsevier-Masson, 2007, 277-400.

CICCONE A., *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*, Paris : Dunod, 2011.

CICCONE A., *La part du bébé en soi*, Paris : Dunod, 2012

CLAUDINE DE FRANCE., *Cinéma et Anthropologie*, 2ème édition 1989, Paris : Fondation de la Maison des sciences de l'homme, 1982.

CODE NOIR., *Edit du Roy concernant les droits des maîtres et les droits des esclaves...*

COLLIGNON R., “La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal : Esquisse d'une histoire comparative”, *Revue Tiers Monde*, 2006, 3, 187. p. 527-546.

COLLOMB H., “L'enfant qui part et qui revient ou la mort du même enfant”, in Anthony j. Koupernik C, *l'enfant dans la famille*, Paris : Puf, 1980, p.354-62

COMOLLI A., *Les gestes du savoir*, Paris : Nanterre Université, Paris X, 1983.

CONFIANT R., *Contes créoles des Amériques*, Paris : Stock, 1995.

CONFIANT R., *Langue et relation thérapeutique en milieu diglossique : le cas de la Martinique*, non publié, 2007.

CONFIANT R., *Dictionnaire créole martiniquais-français*, Paris : Ibis Rouge, 2007.

CONFIANT R., “Du charivari français au “chalbari” créole à la Martinique”, in *De la créolisation culturelle*, Archipélies, 2012, 3-4, p. 169-189.

COTTIAS M., “Ces « hommes dangereux » de 1848”, *Genèses*, 2007, 66,1, p. 30-50.

COURBOT C., "De l'acculturation aux processus d'acculturation, de l'anthropologie à l'histoire", petite histoire d'un terme connoté, *hypothèse*, 1999,1, p. 121-129.

COUSSEAU V., La famille invisible. Illégitimité des naissances et construction des liens familiaux en Martinique (XVIIe siècle-début du XIXe siècle), *Annales de démographie historique*, 2011, 2, 122, p.41-67.

CRAMER B, PALACIO-ESPASA F., *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, Paris : Puf, 1993.

CUCHE D., *La notion de culture dans les sciences sociales*, Paris : la découverte, coll. "Repères", 2001.

DAMUS O., *les pratiques médicales traditionnelles haïtiennes, les guérisseurs de la djok*, Paris : L'Harmattan, 2010

DAMUS O., *Les rites de naissances en Haïti*, Paris : L'Harmattan, 2012.

DEBBASCH Y., "Opinion et droit pendant la période esclavagiste", *Revue française de l'histoire d'Outre-Mer*, 1963.

DEBIEN., "Plantations et esclaves à St Domingue, la sucrerie Foäche 1770-1803", *Notes d'histoires coloniales*, 1772.

DEBRAY R, BELOT R.A., *La psychosomatique du bébé*, Paris : Puf, 2008

DECHERF G., *Crises familiales : violence et reconstruction*, Paris : Edition in press, 2005.

DEGOUL F., *Le commerce diabolique*, Fort De France : Ibis rouge, 2000.

DEPELTEAU F., *La démarche scientifique en sciences humaines, de la question de départ à la communication des résultats*, Bruxelles : Déboeck Université, 2000.

DESCOLA P., *Par-delà nature et culture*, Paris : Gallimard, 2005.

DESSALES, "Histoires générales des Antilles", *Notes d'histoires coloniales*, 1847.

DEVEREUX G., *Ethnopsychanalyse complémentariste*, rééd 1985, Paris : Flammarion, 1972.

DEVEREUX G., *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris : Gallimard, 1970.

DEVEREUX G., *Reality and dream, the psychotherapy of a plains Indian*, trad.fr. Psychothérapie d'un Indien des plaines, rééd 1996, Paris : Fayard, 1982.

DEVEREUX G., "Image de l'enfant dans deux tribus Mohave et Sedang", *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfant*, 1968, republié in *Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie*, 1989,4,109-20

DORIVAL G., *Yo Garéï*, Paris : L'Harmattan, 1999.

DOUVILLE O., "Clinique de la filiation à l'épreuve de l'exil: L'enfant-symptôme aux lieux de sa mère", *Clinique Méditerranéennes*, 2001, 1-2, 64, p. 41-62.

DU TERTRE., *Histoire général des Antilles habitées par les François*, Fort De France : Société d'histoire de la Martinique, 1958.

DUBUISSON., *Nouvelle civilisation sur Saint-Domingue en réponse à celle de M.H. d'Auberteuil*, Paris : bibliothèque des archives coloniales, 1780.

EDOUARD B, BOUCKSON C., *Les Antilles en question*, Fort De France : Imprimerie antillaise St Paul, 1975. EIGUER A, LONCAN A., *La part des ancêtres*, Paris : Dunod, 2007.

EIGUER A, LONCAN A., *La part des ancêtres*, Paris : Dunod, 2007.

EIGUER A., "Transmission psychique et transgénérationelle," *champs psychosomatiques*, 2011, 2, 60, p. 13-25.

ERNY P., *Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique noire*, Paris : L'Ecole, 1972.

EYNAUD M, REMY G, LETANG S., "Petit lexique créole de la folie en Guadeloupe", *Information Psychiatrique*, 2000, 76, 3, p. 299-303.

FANON F., *Peau noire, masques blancs*, Paris : Seuil, 1952.

FANON F., *Les damnés de la terre*, Paris : François Maspero, 1961.

FLAVIGNY C., "Transmission biologique, transmission psychique et vie familiale, *champs psychosomatiques*, 2011, 2, 60, p. 207-216.

FRAIBERG S., "Mécanismes de défenses pathologiques au cours de la petite enfance", trd. Fr., *Devenir*, 1982, 1, p.7-29.

FRAIBERG S., *Fantômes dans la chambre d'enfants*, Paris : Puf, 1999.

FRANCIUS G., *Le tèbè de la Guadeloupe, représentation et interprétation d'une perturbation mentale*, Paris : L'Harmattan, 2012.

FREERE-ARTINIAN C., "La ruse comme stratégie de survie." Réflexions à partir du récit d'un déporté, *Topique*, 2005, 2, 91, p. 93-110.

FREUD S., *Inhibition, Symptôme et Angoisse*, rééd 1965, Paris : Puf, 1926.

FREUD S., *Conférences d'introduction à la psychanalyse*, rééd 1970, Paris : Payot, 1916-1917.

FREUD S., *Totem et Tabou*, rééd 1947, Paris : Payot, 1912-1913.

FREUD S., *Malaise dans la civilisation*, Paris : Puf, 1971.

GALAP J., "Anthropologie et clinique : Recherche antillaise", in *Culture, migration et psychologie de l'adaptation en milieu antillais*, Paris : l'Harmattan, 2003, p. 23.

GAUTHIER Y., "Les premiers liens", in Cohen-Solal, Golse B., *Au début de la vie psychique*, Paris : Odile Jacob, 1999, p. 27-46.

GAUTIER A., *Les soeurs de solitude : femmes et esclavage aux Antilles du XVIIe au XIX siècle*, Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2010.

GIROD DE CHANTRANS. , *Voyage d'un missionnaire dans différentes colonies d'Amérique en 1785*, Paris : Tallandier, 1980

GLISSANT E., *Tout-Monde*, Paris : Gallimard, 1993.

GLISSANT E., *Le discours antillais*, Paris : Seuil, 1981.

GLISSANT E., "La créolisation du monde est irréversible", *Le monde*, 2, 46, *Supplément au Monde* n° 18641, 2004, p. 26-29.

GOVINDAMA Y., *Le corps dans le rituel*, Issy-Les-Moulineaux : ESF, 2000.

GOVINDAMA Y., "Prémises d'un débat en cours: ethnopsychiatrie ou ethnopsychanalyse?", in *Santé Mentale Au Québec*, 2006, 31, 2, p. 29-41.

GRACCHUS F., *Les lieux de la mère dans les sociétés afro-américaines*, Paris : Éd. Caribéennes, 1986.

GRANGE-SEGERAL E., "Les choses de la transmission", in Sassolas (dir), *transmission et soins psychiques*, Toulouse : Erès, 2009, p. 187-200.

GREENBERG, MORRIS, "Engrossment - the new born's impact upon the father", *amers-orthopsychiatrie*, 44-520.

GUEDENEY A., "Dépression et retrait relationnel chez le jeune enfant: analyse critique de la littérature et proposition", *La Psychiatrie de l'enfant*, 1999, 1, p. 229-331.

HELL B., *Possession et chamanisme, les maîtres du désordre*, Paris : Fammarion, 1999.

HENRI-VALMORE S., *Dieux en exil*, Paris : Gallimard, 1989.

HILAIRE MM., "Martinique : Familles, enfants et société", in Profil psychosocial des familles martiniquaises des années 80- 90, *Nouvelle du Sud*, 2000. p. 57.

HURBON L., "Les mystères du vaudou", Paris : Gallimard, 1993.

IKEDA D., *La Sagesse du Sutra du Lotus*, Paris : Acep, 2000.

JACQUET A, JACQUET C., "La question du père", *Actes du deuxième séminaire inter caraïbes sur l'adaptation juvénile*, Pointe à Pitre : S.C.E.P, 1981.

JOLY P, et Al., «Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe», *Psychiatrie de l'enfant*, 2005, XLVIII, 2, p. 537-575.

JOSEPH-DUCOSSON D., "Qu'avons-nous à faire de la magie?", *Psychanalyse aux Antilles*, Carbet, 1991, 11, p. 71-79.

KAES R, SASSOLAS M., "Transmissions et soins psychiques", in *La transmission de la vie psychique et les contradictions de la modernité*, Toulouse : Erès, 2009, 77, p. 21-35.

KAES R., *Le groupe et le Sujet du groupe. Elément pour une théorie psychanalytique des groupes*, Paris : Dunod, 1993.

KAES R., "La transmission de la vie psychique et les contradictions de la modernité", in Marcel Sassolas, *transmission et soins psychiques*, Toulouse : Erès, "Hors collection", 2009, 21-35.

KLEINMAN A, *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press, 1980.

KONICHECKIS A., "Grossesse à l'adolescence, aire du culturel et tissage des liens précoces", *Adolescence*, 2006, 1, 55, p. 175-188.

LABAT RP. , *Nouveau voyage aux îles de l'Amérique*, 1972, I-II-III-IV, Fort de France : édition des horizons Caraïbes, 1698.

- LAVRA P., *Enfanter à la Martinique, des matrones d'autrefois aux naissances hospitalières d'aujourd'hui*, Th. Doc : Université des Antilles et de la Guyane, 2009.
- LAPLANCHE J, PONTALIS J-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris : Puf, 1987.
- LEBOVICI S., *L'arbre de vie, élément de psychopathologie du bébé*, Toulouse : Erès, 1998.
- LEBOVICI S., *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*, Paris : Le Centurion, 1983.
- LEBOVICI S., "Les liens intergénérationnels (transmission, conflits) les interactions fantasmatiques", in Lebovici S., Weil-Hapern F., *Psychopathologie du bébé*, Paris : Puf, 1989.
- LESNE C., *Cinq essais d'ethnopsychiatrie antillaise*, Paris : L'Harmattan, 1990.
- L'ETANG G., "Héritages et mutation", communication au *colloque l'habitation/plantation*, Schoelcher : faculté des lettres, UAG. 2004.
- L'ETANG G., "A la genèse des sociétés créoles : la variation écologique", in *De la créolisation culturelle*, Archipelées, 3-4, 2012, P. 45-62.
- LETI G., *L'univers magico-religieux antillais, ABC des croyances et superstitions d'hier et d'aujourd'hui*, Paris : L'Harmattan, 2000.
- LETI G., *Santé et société esclavagiste à la Martinique (1802-1848)*, Paris : l'Harmattan, 1998.
- LEVI-STRAUSS C., "La structure des mythes", in *Anthropologie structurale*, Paris : Plon, 1974.
- LEZEL L., *Le père oblitéré, chronique antillaise d'une illusion*. Paris : L'Harmattan, 1995.
- LÉZINE I, ROBIN M, CORTIAL C., "Observation sur le couple mère-enfant au cours des premières expériences alimentaires", *Psychiatrie de l'enfant*, 1975, XVIII, 1, p. 75-147.
- LIRUS J., "Migration antillaise et représentation de soi", *Cahier d'Anthropologie*, 1978, 2, p. 53-64.
- LOUX F., *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*, Paris : Flammarion, 1978.

- MAHLER M., *Symbiose humaine et individuation : I, Psychose infantile*, (trad.fr). rééd 1973, Paris : Payot, 1968.
- MAMELL N, LAUMON B, LAZAR P, "Prematurity and occupational Activity during Pregnancy", *American Journal of Epidemiology*, 1984,119, p. 309-322.
- MARCELLI D., *Les yeux dans les yeux, L'énigme du regard*, Paris : Albin Michel, 2006.
- MASSE R., "Souffrance psychique et détresse existentielle : la question du sens de la détresse au défi des mesures épidémiologiques", *Revue de Médecine Suisse*, 2008.
- MAUSS M., *Les techniques du corps, Sociologie et anthropologie*, Paris : Quadrige, 1950.
- MEAD M. *Une éducation en Nouvelle-Guinée*, (Trad. fr). rééd 1973, Paris : PAYOT, 1930.
- MELLIER D., "Observer un bébé : un soin", in *L'observation est un soin. Un travail d'attention*, Toulouse : Erès, 2008, p. 7-17.
- MELLIER D., *L'inconscient à la crèche. Dynamique des équipes et accueil des bébés*, Toulouse : Erès, 2004.
- MELLIER D., *Les bébés en détresse*, Paris : Puf, 2005.
- MELLIER D, Dugnat M., "Les bébés exposés", in *Devenir parent et devenir bébé ou expérience du lien*, Toulouse : Erès, 1999, p. 9-28.
- MELLIER D., "L'intersubjectivité dans la clinique périnatale", *Psychiatrie Française*, 2004, XXXV, 1, p. 62-74.
- MELLIER, D. *Le bébé en détresse, intersubjectivité et travail de lien*. Paris : Puf, 2005.
- MELLIER D., "La clinique et le bébé", *Le Journal des Psychologues*, 2012, 7, 300, p. 49-55.
- MELLIER D, ROCHETTE J., "Les souffrances primitives familiales et leur devenir dans le post-partum immédiat, *champ psychosomatique*, 2010, 56, p. 113-133.
- MISSONNIER S., *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*, Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, 2012.
- MONTAGU A. *La peau et le toucher*, Paris : Seuil, 1979.

MORO MR., "L'ethnopsychanalyse une clinique de l'altérité", *Carnet Psy*, 1998, 33.

MORO MR., *Parents en exil, Psychopathologie et migration*, Paris : Puf, 1994.

MORO MR., *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*, Paris : Dunod, 1998.

MORO MR., "Le génie du syncrétisme. Vers une épistémologie des manières de faire", *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, 1990.

MORO MR, BAUBET T., *Psychopathologie transculturelle de l'enfance à l'âge l'adulte*, Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

MORO MR, RIAUD R, PLARD V., "Porter, penser et rêver les bébés", in *Familles et Cultures*, 2008, 2, 46, p. 21-28.

MOSES G., "Narrative life of Moses Grandy, late a slave in United States of America", in Davis A, *Femme, race et classe*, Paris : Edition des femmes, 1983, p.18.

MOTTRIE Cindy et Alii, "Devenir mère : transformations des liens et des lieux familiaux lors des grossesses survenant à l'adolescence", *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, 2006, 37, 2, p. 121-137.

MOUCHENIK Y., "La psychiatrie coloniale en Nouvelle Calédonie", *Journal de la société des océanistes*, Paris : société des océanistes, 2001.

MOUHOT F., "Observation des interactions mère-enfant à risque en maison maternelle", *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 2001, 49, p. 469-476.

MOURAS JP., "Être mère à l'adolescence", *Figures de la psychanalyse*, 2004,1, 9, p. 97-101.

MULOT S., "Le mythe du viol fondateur aux Antilles françaises", *Ethnologie française*, 2007, 3, 37, p. 517-524.

NATHAN T, STENGERS I., *Médecins et sorciers*, Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 1999.

NATHAN T., "Les résultats de l'efficacité technique dans les thérapies traditionnelles", *Adolescence*, 1987, 5, 2, p. 383-400.

NATHAN T., *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie Clinique*, Paris : Dunod, 1986.

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

NOSSIN E., *Plantes magiques de la Martinique et des petites Antilles*, Paris : Exbrayat, 2011.

OMS. "Promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé", *Stratégie pour la région africaine*, Genève : OMS, 2000.

ORTIGUES MC, ORTIGUES E., *Oedipe africain*, Paris : L'Harmattan, 1966.

OZIER-LAFONTAINE LF., *La Martinique, société vulnérable*, Fort De France : Gondwana, 1999.

PAQUETTE D., "La relation père-enfant et l'ouverture au monde", *Enfance*, 2004, 56, 2, p. 205-225.

PETITJEAN-ROGET J., *La société d'habitation à la Martinique : un demi-siècle de formation (1635-1685)*, Université de Lille III, 1980.

PIERREHUMBERT B., *Le premier lien. Théorie de l'attachement*, Paris : Odile Jacob, 2004.

PIERREHUMBERT B., "Devenir père, devenir mère", in *Théorie de l'attachement et parentalité*, Toulouse : Erès, 2004, p. 35-51.

PIERREHUMBERT B., "L'amour maternel... un amour impérative", *Spirale*, 2001,18, 2, p. 83-112.

PISANI L, TRUE M, WALET OUMAR F., "La relation entre la croissance de l'enfant, l'attachement entre l'enfant et la mère, et le temps de réponse maternelle au signal de l'enfant chez les Dogons du Mali", *Devenir*, 2005,17, 4, p. 287-302.

POROT., "Oeuvre psychiatrique de la France aux colonies depuis un siècle", *Annales Médico psychologiques*, 1943, 1-2-3.

POURCHEZ L., *Grossesse, naissance et petite enfance en société créole*, CRDP, Réunion : Karthala, 2002.

RABAIN J., *L'enfant du lignage du sevrage à la classe d'âge*, Paris : Payot, 1979.

RABAIN J., L'enfant Nit Ku Bon au sevrage. Histoire de Thilao. *Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie*, 1985, 4, 43-58.

RABAIN-JAMIN J., "Anthropologie et Clinique", in *Nourriture d'enfance*, l'Autre, Grenoble : la pensée sauvage, 2000, p.127-143.

RAYNAL., *Histoire philosophique et politique des établissements et du commerce des européens dans les deux indes*, Genève : Neufchâtel, 1772, IV.

REY-VON-ALLMEN M., *Psychologie clinique et interrogations culturelles*, Paris : L'Harmattan, 1993.

REZZOUG D., "Langue maternelle, migration et développement précoce", in *Manuel de psychopathologie du bébé et de sa famille*. Moro MR, Riand R, Plard V, Grenoble : La pensée sauvage, 2010, p. 232-241.

ROBIN M., "Trois exemples d'interaction entre la mère et l'enfant.", *Psychiatrie de l'enfant*, 1981, XXIV, 1, p. 142-148.

ROCHETTE J., *Rituels et mises au monde psychique. Les nouvelles présentations au temple*, Toulouse : Eres, 2002.

ROLLE-ROMANA V., *Psychothérapie d'antillaises ensorcelées*, Th. doct en psychologie Clinique et pathologique, Université Paris VIII, 1999.

ROSENBLUM O., "Rhythm'blues : Accords et désaccords entre un bébé et sa mère déprimée", *champs psychosomatiques*, 2009, 2, 54, 81-90.

ROSENBLUM O., "Du bébé à l'empathie : une approche des interactions affectives", in Braconnier A., Sipos J. (eds), "le bébé et les interactions précoces", Paris, *Monographie de psychopathologie de la revue française de psychanalyse* : Puf, 1998, p. 167-193.

ROUCH J., "La camera et les hommes, pour une anthropologie visuelle", *Cahiers de l'homme*, Paris : Mouton, 1979.

ROUSSILLON R., Le modèle du bébé et la question des expériences primitives, in Joly (dir), *Sa Majesté le bébé*, Toulouse : Erès, 2007, p. 37-35.

RUFZ, DE LUPPE., *Rapport sur le fonctionnement de l'asile de St Pierre, Martinique*, Paris : Baillièrre, 1956.

SAÏAS T, et Al., "Le développement précoce de l'enfant : évolutions et révolutions", in *Devenir*, 2010, 22, 2, p. 175-185.

SAINTE ROSE F., "Mal-heurs et Mutations", in *enfance martiniquaise 1848-1850*, Fort de France : Archives départementales, 2001, p. 9-24.

SERRES M., *Discours et parcours*, C. Levi-Strauss, L'identité, Paris : GRASSET, 1977.

SHORTER E., *Naissance de la famille moderne*, Paris : Seuil, 1977.

SPITZ R. A., "Dépression anaclitique. Enquête sur la genèse des troubles mentaux chez les enfants du premier âge", *La Psychiatrie de l'enfant*, 1970,13,1,p. 211-242.

SPITZ R.A., *De la naissance à la parole. La première année de la vie*, Paris : Puf, 1979

STERN D., *Mère-enfant : les premières relations*, Editions Mardaga, 1997.

STERN D., "Une mère soigne son enfant", in *Petite Enfance et Parentalité*, 2005, 1, p. 91-102.

STERN D., *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris : Puf, 1989.

STERN D, et Al. "D'une constellation à l'autre, une discussion autour du livre de Stern", *La Psychiatrie de l'Enfant*, 2001, 44, 1, p. 307-326.

STERN D., *La naissance d'une mère*, Paris : O. Jacob, 1998.

STITOU R., "L'inconscient à la croisée du singulier et de la culture", *Cahier De Psychologie Clinique*, 2007, 2, 29, p. 145-160.

STORK H., "La relation mère/enfant en Afrique et en Inde", *Universalis, Encyclopédie Universalis*, 1970, p. 147-150.

STORK H., *Enfances indiennes, étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*, Paris : Le Centurion, 1986

STORK H., *Introduction à la psychologie anthropologique*. Paris : Armand Collin, 1999.

TAÏEB O, et Al., Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. *Médecine et Maladies infectieuses*, 2005, 35, 173-85.

THIS B., "Le père, le bain...le bambin, naître et ensuite?", *Les Cahiers du Nouveau-né*, 1982, 1, 2, p. 145-168.

THOURET D., *La parentalité à l'épreuve du développement de l'enfant*, Toulouse : Erès, 2004.

VAN GENNEP A., *Les rites de passage*, rééd 1981, Paris : Picard et Mouton, 1909.

VILAYLECK E., "Le blès maladie créole antillaise", *Bulletin de la société de pathologie exotique*, 1996, 89.

VILAYLECK E., *Les mots du corps dans la tradition martiniquaise*, Paris : L'Harmattan, 1999.

WAINTRATER R., "Refus d'hériter : la transmission au regard du génocide", *champs psychosomatiques*, 2011, 2, 60, P. 141-154.

WILTORD J., "Un sujet blès-é", in *Bilinguisme, incidences subjectives et épistémogènes*, Paris : édition de l'ALI, 2002.

WINNICOTT DW., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, rééd 1969, Paris : Payot, 1935-1963.

WINNICOTT DW., "Le monde à petite dose", in *L'enfant et sa famille*, Paris : Payot, 1979.

WINNICOTT DW., "La crainte de l'effondrement", *nouvelle revue de psychanalyse*, 1975,11, p. 35-44.

WINNICOTT DW., "Le bébé en tant que personne", trd.fr, in *L'enfant et le monde extérieur*, Paris : Payot, 1975, p. 103-111.

WINNICOTT DW., "La préoccupation maternelle primaire", trad. fr, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Payot, 1976, p. 168-174.

ZEMPLÉNI A., "L'enfant Nit Ku Bon. Un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolof et les Lebou du Sénégal", *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, Paris : La pensée sauvage, 1985.

ZEMPLÉNI A., La "maladie" et ses "causes". Introduction. *Ethnographie*, 1985, 81, 2-3, p. 13-44.

REFERENCES FILMOGRAPHIQUES – VIDEOGRAPHIQUES.

BATESON G, MEAD M., *karba 4s first years*, 35 mn, N et B, 1936-1939.

BELBIBA F., *Cinq dans les yeux du diable*, VHS Secam, 26 mn, Les films grains de sable, Paris : 1986.

BRIL B., *Le bain : de l'hygiène au jeu. L'enfant de 6 cultures*. vidéo secam, 52 mn, Paris : 1992.

BRIL B., *Vie quotidienne et nourriture : Quels apprentissages? Enfants bambaras du Mali*, vidéo, C, 24mn, Paris : 1990.

BROCHE J., *Doktè fey, paroles de sorcier-guérisseur en Martinique*. Vidéo, secam, 53mn, Fort de France : 2011.

BROCHE J., *Le ben de Tipol*, vidéo secam, 14 mn, Fort de France : 2008.

CAUQUELIN J., *Pualasakan*, vidéo, 59 mn, Paris : 1993

COLLEYN JP, DE CLIPPEL C., *Les dieux objets*, vidéo, 52 mn, Paris : 1989.

EPELBOIN A., *Savon et talc, toilette matinale de Mageth Sène*, vidéo, 7mn, Paris : 1998.

EPELBOIN A, BOCLET D., *Accouchement de Bonéné*, vidéo, 12 mn, CNRS, Paris : 1997.

EPELBOIN A, HABY M., *Médecines traditionnelles, cultures et sida*, vidéo H8, CNRS, Paris : 1994.

GUERONNET J., *Les techniques de maternage*, vidéo ¼ de pouce, 20mn, Paris : 1975.

LOMBARD J., *Histoire d'une femme ou la maladie du bilo*, vidéo, 28 mn, Paris : 1986.

MEAD M., *Four families*, 16 mn, N et B, 1959.

ROUCH J., *Les maîtres fou (Ghana)*. 16mn, c, Paris : 1954.

STORK H., *Techniques de maternage dans différentes cultures*. Vidéo ¾ de pouce, 50 mn, c, Paris : 1988.

STORK H., *Le bain d'Hema*, 8mm, C, 20mn, Paris : 1981.

VERDIER R., *La justice divine chez les Kabyè du Togo*, HI8, 51mn, Paris : 1998.

ANNEXES

Annexe 1.	Guide entretiens Doktè fey / Psychologue	312
Annexe 2.	Guide entretiens familles	313
Annexe 3 à Annexe 11 : Les entretiens avec les familles sont confidentiels et n'apparaissent pas dans ce travail		
Annexe 12.	Questionnaire des crèches	316
Annexe 14.	Carte de visite doktè fey	320
Annexe 15.	Carte de la Martinique	321
Annexes 16 à 25 : Photos non autorisées à la diffusion		
Annexe 26 : DVD, non autorisé à la diffusion		

Annexe 1.

GUIDE D'ENTRETIENS, DOKTE FEY, PEDOPSYCHIATRES, PSYCHOLOGUES

Guide d'entretiens, psychologues, pédopsychiatres.

Parcours professionnel

Quelles sont vos références théoriques, vos méthodes de traitement, les objets utilisés, évolution ?

Quelles sont les pathologies les plus fréquentes ?

Quelles sont les difficultés pratiques que vous avez rencontrées dans votre carrière en Martinique ?

Existe-t-il des spécificités de la maladie mentale au sein de la société martiniquaise ?

Selon vous, comment le parent martiniquais pense l'enfant ?

L'utilisation du créole ou non vous pose-t-il problème ?

Les méthodes thérapeutiques traditionnelles, êtes-vous pour ou contre ? Pourquoi ?

Les troubles du conflit tradition/modernité, qu'est-ce que vous en pensez ? Les avez-vous repérés ?

Dans quelle mesure aimeriez-vous collaborer avec un thérapeute traditionnel ?

Guide d'entretiens Doktè Fey

Parcours professionnel, formation, transmission

Difficultés professionnelles rencontrées

Termes pour désigner la maladie mentale chez l'enfant

Quelles maladies rencontrez-vous le plus, existe-t-il des spécificités, selon vous pourquoi les parents vont aussi consulter la médecine moderne ?

Conception de l'enfant, comment soignez-vous, objet, théorie, diagnostic ?

Collaboration avec le psychiatre, que pensez-vous de la médecine occidentale ?

Annexe 2

GUIDE D'ENTRETIENS AUPRES DES FAMILLES

Les entretiens ont été menés de manière semi-directive, selon le plan suivant. Il ne s'agissait pas de poser des questions, mais plus d'orienter le discours. Souvent, les mères abordaient elles-mêmes les rubriques, se posaient toutes les questions et y répondaient.

I – DESIR D'ENFANT

- Désir du sexe de l'enfant, résignation
- Vécu de la grossesse, épanouissement ou non vécu, transformations du corps
- Problèmes de santé
- Pratiques particulières, alimentation, massage, soins du corps
- Ecoute de l'enfant, sensations, rêve, imaginaire : comment la mère imagine l'enfant dans son ventre
- Envie, signification, que préconise-t-on ?
- Présence et rôle du père
- Rapport avec sa propre mère, rejet, recherche
- Préparatif du bébé avant l'accouchement, vécu de la mère, présence du père, différentes attitudes selon le sexe de l'enfant
- Le placenta, l'ombilic, la tradition, le « quimbois », choix du prénom, par qui, comment, pourquoi ?
- Rapport avec soi et les autres avant, pendant et après la grossesse
- Pendant la grossesse et après l'accouchement, rôle de la superstition.

II – LE BAIN ET L'HYGIENE

- Horaire
- Lieu
- Précautions
- Rapport à la tradition
- Endroit le plus lavé
- Le contact peau-peau
- Rapport de l'enfant avec le corps de la mère
- Après bain, massages, caresses
- Emmaillotage
- Le regard

III – L'ALLAITEMENT

- Le choix, sein ou biberon, pourquoi ?
- A la demande ou fixe
- Communication mère-enfant
- Paroles, regards, caresses
- Avant de donner le sein, y a-t-il des rituels ?
- Le sevrage, à quel âge ? Pratique particulière, nourriture particulière, attitude de l'enfant

IV – MODE DE PORT

V – LE PERE EST-IL ECARTE OU SOLLICITE PAR LA MERE.

- Indifférence ou manifestation d'affection

VI – PERTE DE LA TRADITION

- Comment faisait leur mère ?
- Conflit de culture

VII – ELEMENTS BIOGRAPHIQUES

Annexe 12.
QUESTIONNAIRE DES CRECHES.

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire servira pour une recherche en psychologie clinique qui étudie les différentes manières de soigner le petit enfant martiniquais. Il sera traité de façon **STRICTEMENT ANONYME.**

Votre âge :

Votre sexe :

Lien de parenté avec l'enfant :

Votre profession :

Vous habitez :

Age de votre enfant :

1) Est-ce que votre enfant a eu des problèmes auparavant ?

oui non

Pourquoi avez-vous pensé qu'il s'agissait d'une difficulté psychologique ?

.....
.....

2) Comment reconnaissez-vous cette sorte de maladie ?

.....
.
.....
.

3) Comment cela s'appelle-t-il en créole ?

.....

4) Comment cela se guérit-il ?

.....

5) Par qui est-il suivi ?

.....

6) Avec quel docteur est votre enfant ?

.....

7) Est-ce que vous avez vu quelqu'un pour lui ?

oui non

8) Est-ce qu'on lui a donné un bain ?

oui non

9) Qui vous a recommandé cette personne-là ?

.....

Comment le connaissez-vous ?

10) Comment soigne-t-il l'enfant ?.....

11) Est-ce que l'enfant va mieux ?.....

12) Est-ce que votre enfant est mieux soigné par les moyens traditionnels ?

oui non

Si oui, dites pourquoi ?.....

Si non, dites pourquoi ?.....

13) Est-ce que votre enfant est mieux soigné par les moyens modernes ?

oui non

Si oui, dites pourquoi ?.....

Si non, dites pourquoi ?.....

14) Etes-vous d'accord avec les moyens traditionnels de soin ?

Pas du tout d'accord

Assez d'accord

Tout a fait d'accord

15) Etes-vous d'accord avec les moyens modernes de soin ?

Pas du tout d'accord

Assez d'accord

Tout a fait d'accord

16) Connaissez-vous un séancier ?

oui non

17) Avez-vous déjà vu un séancier pour votre enfant ?

oui non

Si oui, pourquoi ?.....

Si non, pourquoi ?.....

18)A votre avis, est-ce qu'il y a des maladies qu'il vaut mieux faire soigner autrement que par un médecin ?

oui non

19)Si oui, avez-vous des exemples de maladie ?

1.

2.

3.

20)Consultez-vous à la fois les moyens traditionnels et les moyens modernes oui non

Si oui, pourquoi ?.....

21)Si vous allez voir un séancier pour un problème de santé, en ferez-vous part au docteur de l'enfant ?

oui non

Sinon pour quelles raisons vous ne lui en parlerez pas ?.....

22)Aimeriez-vous pouvoir lui en parler ?

oui non

Pourquoi ?.....

23)Selon vous, qu'est-ce qu'un (e) pédopsychiatre ?.....

24)Selon vous, qu'est-ce qu'un (e) psychologue ?.....

25)Selon vous, qu'est-ce qu'un « centre médico psychologique » ?

(CMP).....

26)Qu'est-ce qu'un séancier ?.....

27)Qu'est-ce qu'un
guérisseur ?.....

28)Qu'est-ce qu'un
quimboiseur ?.....

Meci en chay

Annexe 14.

CARTE DE VISITE DOKTE FEY

COMMUNIQUÉ

PÈRE DARNAL

guérisseur- magnétiseur

< I. P. S. de PARIS >
Célestin René Darnal
N°R C : 4468 à Cayenne

ET

MADAME , PEREIRA ALVES DA SILVA

Epouse : DARNAL Raimunda

DIPLOMÉE DA AMORC

Brésil S. J.C . 9114 U.S A.

GUERISSEUSE, MAGNETISEUR

VOYANTE TRAITEUSE



VIE – SANTE – EXAMEN - CHANCE –TRAVAIL

PROTECTION- TRAVAIL

MEDECINE TRADITIONNELLE

CRÉOLE CARAÏBE BRÉSIL

45 , RUE PILIPPE SACCARIN VILLAGE CHINOIS 97300 CAYENNE ☎ 0 594 25 30 70



Annexe 15.

Carte de la martinique



TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	4
Remerciements	5
Résumé	9
Introduction - Partir de la clinique pour y revenir transformée	13
PARTIE I	
PROBLEMATIQUE, HYPOTHESES ET METHODE.....	18
I-I- Approche théorique - les différents modèles du soin	19
I-I-1. Introduction.	19
I-I-2. Apport de la psychanalyse.	21
I-I-3. L'apport de l'éthologie.	23
I-I-4. La clinique transculturelle.....	25
I-I-5. Contenant culturel, enveloppe culturelle et objets actifs. ...	28
I-I-6. Théories antillaises sur l'invisible.	36
I-I-6-a. L'imaginaire du pacte.	36
I-I-6-b. Les indices de l'engagement.	39
I-I-6-c. L'univers du « quimbois ».	40
I-I-6- d. Le discours sur la maladie.....	42
I-I-6-e. La psychopathologie antillaise.....	47
I-II- Hypothèses et méthode.	56
I-II-1- Problématique et objectif	56
I-II-2. Hypothèses.	64
I-II-3. Méthode.	65
I-II-3-a. Rappel de la problématique.....	66
I-II-3-b. Objectif de la recherche.....	67
I-II-3-c. Echantillon.	68
I-II-3-d. Techniques de collecte des données.	69
1)- Le questionnaire.....	69
2)- Les entretiens.....	70
3)- L'observation clinique à visée de recherche.	72
I-II-3-e. Les techniques d'échantillonnage.....	73
I-II-3-f.- Outils de recueil de données.....	73
I-II-3-g. Déroulement de la recherche	74
I-II-3-h. Traitement des données.....	76
I-II-3-i. Les questions d'éthiques.	76

I-III- Conclusion.	77
---------------------------------	----

PARTIE II

LES DIFFERENTES LOGIQUES SOCIETALES DE SOINS	78
---	----

II- Histoire du soin au bébé, guérir ou soigner.	79
II-I. Introduction.....	79
II-II. Conception de la maladie des enfants chez les Amérindiens.	81
II-III. Organisation du système de santé pendant l'esclavage. ...	85
II-IV. L'organisation de l'assistance mentale après l'abolition de l'esclavage.	98
II-IV-a. Principes directeurs de cette politique.....	98
II-IV-b Absence d'organisation, 50 ans sans pédopsychiatrie : 1902-1952.	106
II-V. Conclusion.	110

PARTIE III

LES CONFLITS ENTRE LES DIFFERENTS

POINTS DE VUE SUR L'ENFANT	112
---	-----

III- Maillage entre transmission transgénérationnelle et transmission entre les générations.	113
III-I. Introduction.....	113
III-II. L'organisation de la vie familiale.....	118
III-II-A. L'éducation traditionnelle.....	124
III-II-B. La grossesse et le maternage.	129
III-II-B-1. Soins au corps de la mère.....	129
III-II-B-2. Représentations du corps de la mère.	133
III-II-B-3. Représentations du corps du bébé.....	139
III-II-B-4. Les gestes du savoir.....	143
III-II-C. L'allaitement, « tété ou matété ?»	146
III-II-C-a. Interaction mère bébé.....	151
III-II-C-b. Le bébé porté.	157
III-III- Représentations de la famille.....	162
III-III-1. De l'imaginaire du conte.	162
III-III-2. De l'enfant « fixé » à l'enfant « boomerang ».	167
III-IV. Conclusion.	176

PARTIE IV	
TRANSMISSION, VIOLENCE ET RESISTANCE.....	178
IV. Thérapeutique traditionnelle, thérapeutique classique autour du bébé. Opposition ou complémentarité.	179
IV-I. Introduction	179
IV-II. La recherche, l'implication du chercheur et la nécessité du décentrage.	180
IV-III. Questionnaire auprès des parents en crèche, restitution et analyse.....	188
IV-IV. Rencontres avec des thérapeutes traditionnels et classiques.	198
IV-IV- A. Cas clinique, quand bébé assigne à chacun sa place. Mme A et Line.....	213
IV-IV- B. De l'utilisation du créole en thérapie.....	218
IV-V. Les Pathologies du bébé.	225
IV-V-1. La transmission traditionnelle : savoir être et savoir faire des matrones.	231
IV-V-2. Trois maladies « culturelles » du bébé, leur prise en charge. Le « flum dan », « tet fann » et « an blès ». ..	235
IV-V-3. Cas clinique. Quand s'adosser sur l'ancêtre, permet de porter bébé. Mme N et Tikté.	253
IV-VI. Relations doktè fey/psychologue, une complémentarité nécessaire entre soin traditionnel et soin classique.....	261
IV-VI-a. Cas clinique. Mme T et Karamelle, où, comment porter sans défaillir.	265
IV-VII. Synthèse et analyse.	274
1)- Stratégie de survie.....	276
2)- Transmission inter ou transgénérationnelle.	279
Conclusion : Où faire peuple est en lien avec un méta cadre sociétal du soin.....	291
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	294
REFERENCES FILMOGRAPHIQUES – VIDEOGRAPHIQUES.	309

ANNEXES	311
Annexe 1. Guide entretiens Doktè fey / Psychologue	312
Annexe 2. Guide entretiens familles	313
Annexe 3 à Annexe 11 : Les entretiens avec les familles sont confidentiels et n'apparaissent pas dans ce travail	
Annexe 12. Questionnaire des crèches	316
Annexe 13 : Les questionnaires renseignés par les crèches sont confidentiels et n'apparaissent pas dans ce travail	
Annexe 14. Carte de visite doktè fey	320
Annexe 15. Carte de la Martinique	321
Annexes 16 à 25 : Photos non autorisées à la diffusion	
Annexe 26 : DVD, non autorisé à la diffusion	