

## DOSSIER - SOINS AFRICAINS ET SOINS EN AFRIQUE

Comité de rédaction  
Gérald Bérout, Eric Bonvin, Christiane Droz, Gérard Salem

RÉDACTION

DU  
N° 22

|  |                        |    |
|--|------------------------|----|
| Éditorial  | Eric Bonvin            | 1  |
| Comprendre la médecine traditionnelle africaine  | Issiaka-Prospér Lalèyè | 2  |
| Les médecines en Afrique   | Martin Sigam           | 4  |
| L'incontournable «ndou» dans le système de dettes symboliques chez les Bamilékés du Cameroun | Méfieuh Meïdo Hermine  | 6  |
| Afrique, vie, santé, maladie   | Jean Martin            | 8  |
| Expériences et souvenirs en forme d'abécédaire   | Jean-Luc Richard       | 10 |
| Itinéraires thérapeutiques au Bénin  | Franceline James       | 14 |
| Questions de soins   | Micheline Gilliéron    | 15 |
| Mes trois tambours   |                        | 16 |
| Traversée des mondes : ArtMédecine en Afrique  |                        | 16 |
| A propos de la Lettre n° 21  | Courrier des lecteurs  | 16 |
| Entre La Lettre et les Livres  | Eric Bonvin            | 17 |
| L'Œil Floral : Fleurs de Bach et développement personnel                                     |                        | 18 |
| Du bon usage de l'hypnose. Un livre de Victor Simon  | Gérald Salem           | 19 |
| Les clartés obscures de Béatrice Corti   | Gérald Salem           | 21 |
| Nouvelles de l'Unité d'hypnose de la Fondation Ling (UHFL)                                   | Eric Bonvin            | 22 |
| Le bon docteur He, herboriste à Baisha   | Gérald Salem           | 23 |
| <i>Trois racines dans un jardin</i>  | Gérald Salem           | 24 |
| Calendrier des activités de la Fondation LING  |                        | 25 |
| La Fondation Ling à... dix ans !   |                        | 26 |

### FONDATION LING

Ch. de Lucinge 16 - CP 12  
CH-1000 LAUSANNE 19  
Tél./Fax : +41 (0)21 310 48 31  
E-mail : info@ling.ch  
Internet : www.ling.ch

N° 22  
F É V .  
2 0 0 1



BULLETIN  
D'INFORMATION  
DE LA  
FONDATION  
LING  
—  
LA  
LETTRE

DOSSIER - SOINS AFRICAINS ET SOINS EN AFRIQUE

## SOINS AFRICAINS ET SOINS EN AFRIQUE

Eric Bonvin, médecin, membre du Conseil de fondation

*Ainsi, le voyage, du fond de l'Afrique vers l'Egypte, devint pour moi comme un drame de la naissance de la lumière, très étroitement lié à moi-même et à ma psychologie. Cela me fut un grand éclaircissement, mais je ne me sentais pas en état de l'exprimer par des mots. Je ne savais pas d'avance ce que l'Afrique m'apporterait, mais elle détenait la réponse et l'expérience satisfaisantes. Cela avait pour moi plus de valeur que toute récolte ethnologique, que des armes, des parures, des poteries, des trophées de chasse... Je voulais savoir quelle serait l'action de l'Afrique sur moi et l'ai appris.*

Carl Gustav Jung <sup>1</sup>

La Fondation Ling n'a cessé, depuis dix ans, d'ouvrir ses portes, ses colonnes et ses enseignements à des cultures et des pratiques de soins différentes. Cependant, elle a peu évoqué l'Afrique, non par négligence, mais en se basant sur un choix délibéré. En effet, nous avons toujours voulu réserver l'évocation de ce formidable continent à nos amis africains avec qui nous avons patiemment tissé des liens au cours de ces dernières années. C'est ainsi que nous avons décidé de consacrer les principales activités du dixième anniversaire de la Fondation Ling à la découverte de la pratique des soins en Afrique. Notre enthousiasme pour cette découverte a déjà porté ses fruits puisque nous avons pu y associer l'**Association panafricaine pour l'art** de Genève et la **Fondation Claude Verdan** à Lausanne pour une



passionnante exposition que prépare la dynamique équipe du Musée de la main de Lausanne et qui s'y tiendra du 4 mai au 16 septembre 2001 : **Traversée des mondes. ArtMédecine en Afrique**. La qualité du thème de cette exposition à laquelle nous sommes associés lui vaut même de s'inscrire dans la programmation du volet régional Vaud-Valais du **Festival national Science & Cité**, placé sous le thème *Traversées : à la rencontre des sciences*.

Présenter l'Afrique et ses pratiques demande une certaine prudence. En effet, l'histoire nous a malheureusement plus d'une fois montré que l'intérêt que peut porter l'Occident à l'Afrique se solde par d'injurieuses spoliations. L'Occident a trop souvent eu la prétention d'avoir quelque chose à *apprendre* aux peuples africains pour finalement ne rester que dans une froide logique du *prendre*. Pensons à l'histoire de notre pharmacologie moderne qui doit beaucoup de sa gloire à la découverte de substances contenues dans les *plantes exotiques*<sup>2</sup> sans pour autant que ces découvertes profitent aux citoyens des sols sur lesquels poussent ces plantes. Aujourd'hui, l'industrie pharmaceutique retire même des médicaments pourtant unanimement reconnus comme efficaces du marché africain, car ils ne sont plus rentables<sup>3</sup>. Mais après des décennies de colonisation, d'invasions culturelles toujours motivées par de <bonnes raisons> et pour de <bonnes causes>, après des décennies de <leçons reçues> par ceux qui prétendent <savoir> pour elle, l'Afrique se met en marche. Nombreux sont les Africains qui, aujourd'hui, décident de ne plus compter sur le monde occidental et sur ses soi-disant solutions efficaces. Ces hommes revendiquent au contraire haut et fort le fait de prendre le risque de trouver une solution africaine à l'Afrique... courageuse démarche que nous saluons et dont les Africains ne seront sans doute pas seuls à en sortir transformés.

Dans ce contexte de l'Afrique actuelle, nous avons voulu, en toute modestie, réunir quelques personnes d'Afrique et d'ici pour nous parler des soins en Afrique et des soins africains. En d'autres termes, nous avons simplement voulu accueillir l'Afrique avec la plus grande attention. Grâce à ces quelques textes, nous pouvons découvrir l'impressionnante faculté qu'a la médecine africaine de relier les personnes souffrantes à leurs proches ainsi qu'à leur société, d'assurer une véritable régulation sociale et culturelle. Ce savoir-faire et les techniques qu'elle utilise sont capables de faire pâlir les plus chevronnés



de nos tenants de la médecine biopsychosociale. C'est ainsi qu'**Issiaka-Prospér Lalèyè** nous fait l'honneur de nous présenter comment la médecine africaine intègre les différents aspects du sujet souffrant dans ce qu'il nomme l'homme-personne. **Martin Sigam** nous signifie aussi, de manière très claire, comment le <Nganga> rétablit l'harmonie sociale rompue par la maladie. **Hermine Meïdo** quant à elle nous présente de manière convaincante la dynamique subtile de la notion du <ndou> dans le système des dettes symboliques chez les Bamilékés du Cameroun. **Jean-Luc Richard**, pour sa part, nous révèle les résultats d'une passionnante enquête qu'il a menée au Bénin sur les itinéraires thérapeutiques de cette population.

## COMPRENDRE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE AFRICAINE

Issiaka-Prosper Lalèyê

*fin de l'Editorial*

Mais il y a aussi l'Afrique vue d'ici avec le cortège de questionnements qu'elle peut susciter en nous et que **Jean Martin** énumère habilement pour nous. L'Afrique, c'est aussi la réalité des Africains vivant chez nous et qui, souffrants, sont confrontés à un univers de soins peu enclin à écouter la langue de leurs souffrances. Comme nous l'explique **Franceline James**, l'ethnopsychiatrie nous permet cependant de leur offrir un soutien plus adéquat en assurant, notamment, une place inaliénable à la culture de l'*Autre* jusque dans les soins que nous pratiquons chez nous. Enfin, **Micheline Gilliéron**, au rythme de ses trois tambours, nous donne la merveilleuse illustration d'une philosophie d'intégration acceptant la métamorphose qui surgit au contact de l'*Autre*. ■

### Références bibliographiques

1. Jung CG. *Ma vie, souvenirs, rêves et pensées*. 2<sup>e</sup> éd. Paris: Gallimard, 1973.
2. Dagognet F. *Savoir et pouvoir en médecine*. 1<sup>re</sup> éd. Paris: Institut Synthélabo, 1998.
3. Bulard M. Les firmes pharmaceutiques organisent l'apartheid sanitaire. La nécessaire définition d'un bien public mondial. *Le Monde Diplomatique* 2000; janvier (N° 550): 8-9.

*Les illustrations du dossier nous ont été obligeamment prêtées par la Fondation Claude Verdan. Les statues font partie de la collection assemblée par l'Association panafricaine pour l'art, avec le précieux concours du Dr Martin Sigam, collection qui pourra être admirée du 14 au 16 septembre à Lausanne (cf. page 16).*

De nos jours, trois catégories de personnes s'intéressent à la médecine africaine. La première est celle des Africains eux-mêmes, héritiers de cette médecine et que la cherté croissante de la médecine importée oblige à recourir aux pratiques ancestrales. Ces «consommateurs» de la médecine africaine traditionnelle n'ont besoin ni de la connaître en profondeur ni de la comprendre intérieurement et extérieurement. Le plus important et le plus urgent pour eux est d'accéder à des recettes économiquement réalisables et thérapeutiquement efficaces. Parmi ces consommateurs africains, ceux qu'on appelait jadis guérisseurs et que l'on consent désormais à appeler tradi-thérapeutes constituent la deuxième catégorie de personnes intéressées par la médecine africaine traditionnelle.

Observés de l'extérieur, ces tradi-thérapeutes africains passent pour détenir les différentes arcanes du savoir ancestral en la matière. Très souvent, leurs connaissances sont en partie secrète, jalousement conservées dans des structures familiales ou claniques pratiquement inviolables. Regardés de plus près, cependant, ces tradi-thérapeutes africains donnent plutôt l'impression de perpétuer des pratiques associées à des connaissances de la nature, des hommes, des animaux, des minéraux, des plantes, etc., sans cependant être en mesure de retrouver la cohérence logique interne à ces connaissances, telles que les Ancêtres les ont patiemment découvertes et agencées. Ces tradi-thérapeutes connaissent donc la médecine traditionnelle africaine mieux que les populations africaines qui se contentent de la «consomme». Mais nous sommes obligés de re-

connaître que cette connaissance héritée d'un passé occulté et rattrapé par un obscurantisme consécutif à la dislocation coloniale de nos sociétés reste une connaissance superficielle bien que précieuse. Cette connaissance est par conséquent privée d'une compréhension qui intérieurement à la médecine africaine traditionnelle pourrait permettre de lui redonner ses ressorts logiques initiaux. Extérieurement à cette médecine, au regard notamment des interpellations et des injonctions de la vie actuelle, une telle compréhension pourrait permettre à l'Afrique de donner aux autres médecines humaines au moins autant qu'elle reçoit d'elles aujourd'hui.

La troisième catégorie de personnes qui s'intéressent à la médecine traditionnelle africaine se compose d'abord d'intellectuels africains de différentes disciplines : biologie, chimie organique, pharmacologie, médecine, etc., et ensuite de leurs homologues non africains parfois financés par des laboratoires riches et puissants qui aimeraient bien accéder aux connaissances mises en œuvre dans les pratiques médicales africaines dont plusieurs forcent l'attention et même le respect par leur efficacité thérapeutique par ailleurs quotidiennement vécue. Rien d'étonnant que ce soit cette troisième catégorie qui souffre le plus de l'empirisme des pratiques médicales négroafricaines traditionnelles, de l'opacité des connaissances émiétées et décousues que l'on y rencontre et de la loi du secret qui fait que les plus grands détenteurs africains des connaissances médicales continuent d'emporter dans leur tombe de vrais trésors.



**www.athenaeum.ch**  
école d'architecture & design

Pour comprendre la médecine africaine traditionnelle, il faut commencer par admettre qu'une médecine n'est pas seulement un ensemble de pratiques efficaces. Les pratiques médicales en tant que techniques peuvent évoluer indépendamment des connaissances auxquelles elles doivent d'exister. Les pratiques médicales négroafricaines, elles, sont en relation avec des connaissances de divers ordres qui constituent la deuxième composante de toute médecine. Ces pratiques et ces connaissances médicales ne sont rien sans des croyances qui sont ainsi la troisième composante et qui donnent à l'ensemble un équilibre instable favorable aux évolutions interne et externe.

Or, les pratiques, les connaissances et les croyances qui forment le système de la médecine d'une société donnée, en particulier la société négroafricaine, ne forment pas un système isolé des autres sous-systèmes de la culture globalement considérée. La médecine est ainsi en intime relation avec la religion et la magie, mais aussi avec les mythes et donc avec la cosmogonie, la cosmologie, et même avec la géographie (la faune et la flore) et l'histoire. La médecine traditionnelle négroafricaine est surtout en relation avec la divination; et lorsque cette divination est pratiquée sous forme de géomancie<sup>1</sup>, comme c'est le cas pour la plupart des sociétés africaines et malgaches, il est facile de voir comment le moindre «acte médical» traditionnel re-mobilise le système entier des êtres et du monde tels qu'on admet qu'ils ont été créés afin de (re)mettre leurs vivifiantes énergies au service du malade et de sa guérison. Et cela, que ce malade soit un individu ou un groupe, et le groupe social tout entier. Si bien qu'il ne suffit pas de dire que la médecine négroafricaine traditionnelle est psychosomatique, qu'elle s'occupe à la fois de l'esprit et du corps. Il convient d'ajouter qu'elle demeure liée à la religion et à ses

formes plus ou moins dégradées que sont la magie, la sorcellerie et le fétichisme. On devrait plutôt la présenter comme une médecine aussi tellurique que cosmique en même temps que psychologique, psychanalytique, socio-analytique, physique, chimique, etc.

D'où la nécessité d'avoir une clé pour intégrer intérieurement les unes aux autres les différentes parties de cette médecine et pour la relier extérieurement aux autres réalités socioculturelles par rapport auxquelles les pratiques, les connaissances et les croyances médicales *stricto sensu* acquièrent leurs sens véritables<sup>2</sup> et leurs significations premières.

Je situerais, pour ma part, l'essentiel d'une telle clé nécessairement immatérielle dans la personne et la manière dont les Négroafricains la conçoivent.

En effet, l'homme-personne africain n'est ni un tout hétéroclite ni un entassement désordonné de ses composantes matérielles et immatérielles. Comme homme, distinct à la fois de l'animal, du végétal, du minéral ainsi que des esprits, des génies, des ancêtres, des dieux et de Dieu, l'homme-personne négro-africain apparaît comme composé d'individus sinon identiques, du moins similaires et anonymes. Mais comme personne, cet homme-personne se présente plutôt comme une synthèse unique d'un sujet porté par le sentiment fort de son originalité et par la connaissance des forces qui l'habitent et l'entourent et qu'il lui faut maîtriser.

Ces forces et ces énergies sont celles de la nature sous toutes ses formes. Qu'elles soient douces ou violentes, constantes ou épisodiques, palpables ou subtiles, l'homme-personne doit savoir et pouvoir constamment les alimenter, les endiguer et les accorder les unes aux autres. Et par rapport à

elles, l'homme-personne en tant que vivant n'est ni un jouet ni un arbitre; il est plutôt un navigateur appelé à mener sa barque à bon port grâce à son habileté à compenser les perturbations internes et déjouer les pièges et les obstacles externes. Quant aux forces et énergies qui peuplent l'environnement de cet homme-personne négroafricain, elles vont de celles qui sont reconnues aux plantes dans leurs feuilles, leurs fleurs, leurs fruits, leurs écorces, leurs racines, etc., à celles des animaux dans leur sang, leurs poils, leur peau, leurs griffes, leurs os, leurs différents organes et à celles que recèle la terre-mère dans telles ou telles de ses parties tenues pour sacrées et sacralisantes. Il faut inclure aussi dans ces forces et ces énergies celles que le Négroafricain attribue à certaines conduites telles que prendre ou remettre une chose avec la main gauche ou la main droite, accomplir un acte donné sept ou neuf fois de suite, porter sur la tête un objet spécifique pour agir sur un événement donné, croiser les doigts, les bras ou les pieds ou encore se mettre totalement ou partiellement nu pour s'adonner à un rituel.

Loin de moi l'idée que la notion négroafricaine de l'homme-personne puisse être une clé absolue<sup>32</sup> pour la compréhension de la médecine traditionnelle africaine. Son utilisation peut néanmoins avoir comme avantage d'obliger à partir de la santé pour comprendre la maladie et la manière dont on entreprend d'en venir à bout; au lieu d'adopter la démarche inverse qui fait paraître si aberrante une pratique médicale qui recommande le port d'un type de perle pour aider à la pousse indolore des dents chez le nourrisson ou fait porter un anneau ou une ceinture de paroles<sup>43</sup> comme remède à la douleur dans un cas de fractures multiples ou de panaris ! Si cette perle et cette ceinture de paroles sont efficaces, or ils le sont, l'on est sommé de comprendre une telle efficacité. Il s'agit de savoir comment. ■

fin de l'article d'Issiaka-Prosper Lalèyè

### Références bibliographiques

- CNRS, *La notion de personne en Afrique noire*, Colloques internationaux du Centre national de la recherche scientifique N° 544, Paris, Editions du CNRS, 1973, 598 p.
- FEIERMAN S. and JANZEN J. M., *The Social Basis of Health and Healing in Africa*, Berkeley, Los Angeles, Oxford, University of California Press, 1992, 488 p.
- DELUMEAU J.(ss la dir. de), *Le fait religieux*, Paris, Fayard, 1993, 784 p.
- BOISVERT M.(ss la dir.de), *Un monde de religions*, tome III, *Les traditions de l'Asie de l'Est, de l'Afrique et des Amériques*, Québec, Presses universitaires du Québec, 2000, 238 p.

### Notes

- <sup>1</sup> Voir : - Bernard MAUPOIL, *La Géomancie à l'ancienne Côte des Esclaves*, Institut d'ethnologie, Paris, 1961, 690 p.
- <sup>2</sup> I.-P. LALEYE, *La conception de la personne dans la pensée traditionnelle yoruba*, «*approche phénoménologique*», Berne, Herbert Lang et C<sup>ie</sup> SA, 1970, 250 p.
- <sup>3</sup> L'homme-personne négroafricain est en effet un acte; voir I. P. Lalèyè, *Les religions de l'Afrique noire*, dans Jean Delumeau, *Le fait religieux*, Paris, Fayard, 1993, p. 681.
- <sup>4</sup> J'appelle anneau ou ceinture de paroles une cordelette de coton dont les noeux en nombre déterminé sont censés retenir

des paroles qui soignent ou qui guérissent et que prononce le thérapeute.



## LES MÉDECINES EN AFRIQUE

Martin Sigam

L'Afrique contemporaine qui connaît une situation sanitaire précaire est le lieu de confrontation de deux systèmes de pratique des soins médicaux : d'un côté la médecine traditionnelle, ancestrale qui bénéficie d'un regain de faveur, de l'autre la médecine occidentale, d'importation devenue officielle.

Dans l'Afrique précoloniale, la prise en charge d'une personne souffrante se faisait dans un cadre traditionnel précis. La conservation et le rétablissement de la santé relevaient du guérisseur, encore appelé «Nganga» dans les sociétés bantoues. On le consultait non seulement pour rétablir la santé d'un individu, mais aussi et surtout pour rétablir l'harmonie sociale rompue par la maladie. Il recherchait les causes du mal au moyen de divers procédés parmi lesquels la divination; il portait un diagnostic et instituait un traitement. Le rituel de guérison faisait intervenir outre des simples médicaments à base de plantes

médicinales, mais aussi des sacrifices et des incantations notamment sur le crâne des ancêtres. Les Ngangas n'étaient pas des personnages inconnus, mais des personnalités influentes de la communauté, parfois des princes ou des rois ayant subi une longue initiation auprès d'un maître. Leur réputation se montait à la hauteur de leurs succès, ce dont témoignent les descriptions des premiers explorateurs européens sur le sol africain, qui y trouvèrent une population nombreuse et bien portante.

Puis vint la sinistre période de l'esclavage; des millions d'Africains parmi les plus valides furent déportés contre leur gré dans des conditions sordides vers les Amériques pour y cultiver la canne à sucre, source d'enrichissement de l'Occident. Ce honteux trafic triangulaire vidant l'Afrique de sa force vive a hypothéqué pour longtemps le développement harmonieux de ce continent. Ce fut le début de la désintégration des sociétés

africaines, rendant possibles les conquêtes coloniales et l'asservissement sur place des peuples africains. Dans ce contexte, la médecine traditionnelle, comme les autres champs culturels, fut l'objet d'un effort de destruction d'autant plus intense que les Ngangas, avec leur influence sur les populations, représentaient une importante force de résistance. Traités de féticheurs, sorciers ou charlatans, ils furent pourchassés, emprisonnés, parfois exécutés et leur art assimilé à de la pure superstition. Seule la médecine du colonisateur avait officiellement le droit de cité, celle qui continuait à se développer à la faveur de la révolution industrielle.

La fin de la période coloniale ne se traduisit malheureusement pas par la reconnaissance de la médecine ancestrale par les élites autochtones héritières du pouvoir. Les états postcoloniaux adoptèrent, outre la langue de l'ancien maître, l'ensemble

de sa civilisation et son système médical avec ses hôpitaux, ses docteurs, ses infirmiers, rejetant l'essentiel de leur patrimoine culturel. Celui-ci restait pourtant vivace au sein des peuples, gardant à la médecine traditionnelle une formidable vitalité.

Aujourd'hui, sa réhabilitation est en cours dans de nombreux pays africains dont les populations lui font encore confiance à 85 pour cent. De ce fait, la médecine traditionnelle se trouve en confrontation avec la médecine occidentale dans la fourniture de soins de santé et représente dans bien des endroits la seule offre de soins. Les raisons de son exceptionnelle résistance à la destruction résident avant tout dans son efficacité à ramener le bien-être physique, moral et social de la personne malade. Elle s'intègre parfaitement aux cultures, épousant les conceptions philosophiques du peuple sur la vie, la maladie, la santé, la mort, ainsi que la place de l'homme dans l'univers. Elle a su à travers les siècles s'adapter pour survivre. La réponse à la question de la place de la médecine traditionnelle dans la santé publique sera déterminante pour l'avenir, notamment face au vaste défi des besoins grandissants en soins de santé en rapport avec les coûts de la médecine orthodoxe qui mettent à mal les budgets des pays. En revanche, ceux de la médecine traditionnelle sont compatibles avec la pauvreté grandissante dans les pays africains.

Une autre raison explique le regain d'intérêt pour les pratiques traditionnelles; l'industrie pharmaceutique occidentale, à la recherche de nouvelles molécules, se tourne vers les guérisseurs traditionnels pour analyser leurs recettes afin d'y trouver les molécules actives utilisables pour fabriquer de nouveaux médicaments. Cette stratégie se conclut parfois par le brevetage de certaines plantes

médicinales, connues et utilisées par les Ngangas depuis des siècles. Ceci pose le problème de la propriété intellectuelle, car aucune retombée ne vient gratifier les véritables découvreurs de ces molécules.

La collaboration entre la médecine orthodoxe et la médecine traditionnelle est possible et souhaitable, quoique difficile; certains Etats l'ont déjà initiée avec un certain bonheur. La difficulté réside souvent dans l'absence d'une définition claire des objectifs qui ne devraient pas se limiter à une absorption d'une médecine par l'autre. Il est urgent qu'une prise de conscience au niveau des gouvernements conduise à l'adoption de textes juridiques donnant une place aux tradi-praticiens, chargés par ailleurs du contrôle et de l'éradication du charlatanisme en leur sein. Les budgets du Ministère de la santé devront tenir compte de la réalité du terrain : insuffisance de l'infrastructure médicale orthodoxe qui ne soigne qu'une minorité de la population; conversion des mentalités des médecins africains formés dans les universités occidentales permettant une approche coopérative avec leurs confrères tradi-praticiens; la mise en place de moyens de développement de la médecine traditionnelle s'avère nécessaire pour tirer profit des savoirs et des savoir-faire ancestraux. Bien que certains aspects de la médecine traditionnelle telle que l'utilisation de la sorcellerie, scientifiquement difficile à analyser, soient à appréhender avec prudence, il ne semble pas nécessaire de les rejeter d'emblée. Mais il convient de les considérer comme une forme de savoir qui, pour avoir traversé des siècles, recouvre sans doute une réalité objective.

Le coût élevé de la médecine orthodoxe a donné naissance à un phénomène d'automédication à grande

échelle dans le cadre de ce qu'on nomme «médecine trottoir». Il s'agit de la vente sur le bord des routes de produits pharmaceutiques par des vendeurs à la sauvette. Ce dangereux marché parallèle souvent lié à la contrefaçon vend au tout venant des produits non contrôlés, périmés, inefficaces, voire dangereux.

Un autre phénomène lié au déficit de l'offre des soins est le charlatanisme, malheureusement très répandu en Afrique. Il touche la médecine traditionnelle dont se réclament certains escrocs, n'ayant aucune connaissance sérieuse, mais qui s'attribuent une identité de soignants traditionnels et profitent de la crédulité de certains malades pour les arnaquer. On connaît aussi de vrais-faux docteurs en médecine orthodoxe qui exhibent des parchemins falsifiés et causent des ravages dans les bidonvilles de nombreuses capitales africaines. Les faux soignants sont identifiables par leurs changements fréquents de domicile.

Autre phénomène de la scène médicale africaine, les prophètes guérisseurs. Ils s'inspirent de la Bible pour créer des églises indépendantes qui, pour leur rituel de guérison, font appel à la prière collective. Ils délivrent leurs messages à une immense foule d'adeptes au sein de laquelle chaque individu a l'impression sécurisante de sa prise en charge par la communauté.

### Conclusion

L'Afrique possède dans son patrimoine ancestral des savoirs et des savoir-faire médicaux. Réhabiliter ces connaissances qui ne sont d'ailleurs pas restées figées relève du bon sens pratique des gouvernements africains contemporains et représente une possibilité réelle de répondre à moindre coût aux défis de la santé pour les populations africaines. ■

## L'INCONTOURNABLE «NDOU» DANS LE SYSTÈME DE DETTES SYMBOLIQUES CHEZ LES BAMILÉKÉS DU CAMEROUN

Méfieuh Meïdo Hermine, docteur en psychologie et écrivaine

Chaque société est régie par des lois qui assurent les droits et les devoirs de chacun de ses membres. Elles remontent, pour la plupart, à un passé si lointain que même les plus âgés des patriarques ne peuvent les situer dans le temps. Pourtant, bien avant notre naissance, elles nous conditionnent, nous intègrent, dans une aire historique et géographique, et restent à coup sûr des “garde-fous” pour la communauté entière. Avec le temps, le chevauchement de différentes lois crée des habitudes, des coutumes, voire des facultés d’interprétation de tout ce qui nous entoure.

En Afrique en général, les plus importantes sont les lois de solidarité et d’interdépendance; le respect de la hiérarchie; le respect de l’aîné à qui on doit obéissance : versus protection et éducation du cadet; le respect de la nature et de toutes les formes de divinité qui y œuvrent.

Dans le dynamisme qui leur est propre, ces lois occasionnent pour chaque individu des dettes qui varient selon son sexe, son âge, ses clans d’origine, ses responsabilités, son rang dans la hiérarchie, etc. Elles assurent l’ordre et la sécurité pour tous. Mais, tout manquement, aggravé par un concours de circonstances (pauvreté, négligence, ignorance) peut, à travers le ndou, prendre des proportions quelquefois tragiques.

Le ndou est donc un avertissement, un rappel plus ou moins violent du monde des invisibles, dont le but essentiel reste de maintenir l’ordre et la force vitale dans le monde des visibles. C’est la loi de compensation, de juste retour des choses.

Ce concept est différent de la malédiction. Cette dernière consiste chez les Bamilékés à jeter de la cendre du bois au dos d’un récalcitrant récidiviste. C’est une manière d’éjecter le déviant.

Le ndou, par contre, c’est l’outil que les esprits tutélaires du clan ou d’un village, voire les ancêtres, utilisent pour attirer l’attention de chacun sur les dettes symboliques qui restent à éponger.

L’anthropologue Pradelles de Latour a mis en évidence certaines de ces dettes qui régissent, en un commun accord, les principes tels que les croyances, le système de parenté (entre autres) dans l’univers bamiléké.

Les dettes d’alliance permettent la rencontre solennelle de deux familles, quand l’une demande la main d’une fille de l’autre. Cette rencontre a lieu chez les parents de la fiancée qui offrent avec abondance à manger aux convives. Il est inimaginable que le fiancé vienne seul. Il doit être accompagné de membres de sa propre famille, voire des amis : des proches capables de négocier avec tact et philosophie. Ils doivent au moins une Calebasse d’huile de palme et une chèvre au grand-père maternel de la fiancée. Les grands-mères se contentent chacune d’une couverture et d’une houe. Pour le mariage, on offrira à chacune de ces “mères” un “paquet”. Malgré la démarche déjà bien entamée, si un des grands-pères ou le patriarque ne donne pas son accord, le mariage a peu de chances d’avoir lieu.

Dans plusieurs de ces aspects, cette sorte de dette se veut insolvable : ce ne sont pas des simples transactions entre deux familles. Ces dettes continueront à soigner le lien d’alliance entre les deux familles, rappelant à chacun sa place et son rôle. En d’autres mots, la famille de l’époux restera redevable à celle de la femme. L’une est riche d’un nouveau membre qui apporte son aptitude à faire de enfants, à les élever en contribuant du même coup à l’élargissement et à l’unité de la famille. Payer tout ce que la famille de l’épouse demande, c’est avoir la

maladresse de prétendre l’acheter. Rien que pour cette raison, le mariage peut être définitivement annulé, et les cadeaux rendus.

En réalité, la dette des alliances est beaucoup plus complexe, à cause de la taille de la famille africaine. L’autre raison, est que nos morts “qui ne sont pas du tout morts” prennent beaucoup de place, dans ce genre de négociation.

Dans l’ensemble, d’autres dettes sont liées aux rites matrimoniaux, à ceux de la naissance, aux obligations face au groupe de lignage, aux différentes responsabilités vis-à-vis de la nature et de différents cultes aux ancêtres du clan et du village.

Il ne faut pourtant pas confondre les dettes symboliques avec des offrandes qui résultent de notre élan de cœur, du désir de saluer ou de dire notre reconnaissance aux esprits tutélaires d’un lieu. Ces noix de kola, ces grains de didiep ou une petite partie de notre repas quotidien, que nous offrons de bon cœur à nos divinités, contribuent à maintenir la force vitale au bon niveau. Rien ne nous l’exige, si ce n’est notre générosité, notre joie d’offrir. Il suffit d’y penser et d’être dispos : l’offrande, c’est une prière.

Quant aux dettes, elles sont revendiquées d’une manière ou d’une autre. Cependant, elles restent sans conséquences, si elles sont bien réglées et au bon moment. Si ce n’est pas le cas, le ndou peut se déclencher de plusieurs manières. Parmi les causes de ndou, il y a :

### Une dette non acquittée

Faire un grand pas dans sa vie socio-professionnelle sans le “signaler” avec reconnaissance aux vieux et ancêtres. Pour marquer le fait qu’on est conscient du rang social qui devient le nôtre, tout adolescent bamiléké doit “laisser” au principal lieu saint de

chacun de ses deux clans d'origine, un petit poussin, en parlant aux esprits tutélaires de ces lieux. En principe, ce poussin (ngab mboob) que le futur citoyen (si c'est un garçon) dépose sur sa propre tête, doit s'envoler de lui-même. Ce qui symbolise le premier pas de l'ancien enfant dans l'univers des adultes, avec la bénédiction de ses ancêtres. Et le rituel est fini. Du son premier salaire, il faut faire un petit cadeau au patriarche et aux personnes âgées de la famille. (Il y a néanmoins lieu de reconnaître que ces pratiques se perdent de plus en plus.)

### **Les actes non conformes aux normes**

Hormis les dettes symboliques mal payées, le non-respect de la hiérarchie dans une famille par exemple peut avoir des biens mauvaises conséquences.

Tout enfant en âge de mariage n'a plus le droit de s'asseoir sur le lit ou le siège du patriarche.

L'acte sexuel ne doit jamais s'accomplir dans la maison des parents de l'épouse, même si le mariage a été célébré.

C'est autant d'actions et de réactions entre le monde des visibles et celui des invisibles, qui ne prennent de sens qu'au sein d'une culture et jamais dans une autre.

### **La transgression des lois naturelles et divines**

Il suffit de toucher, fût-ce en toute innocence, certains objets sacrés ou consacrés, pour exposer sa descendance de plusieurs générations au ndou. Plus ces objets sacrés appartiennent aux grands initiés comme le kougak, plus le préjudice à réparer est important.

Il est notoire que les objets personnels déposés à l'entrée d'un lieu saint n'ont

que peu de chance d'être volés. Seuls certains fous osent y toucher. Heureusement, toute dette symbolique est négociable, si on s'y prend à temps.

Ces quelques explications nous donnent une idée sur les raisons pour lesquelles, le ndou bloque le passage de la force vitale. Ce blocage, un jour ou un autre, atteint le fautif - voire sa famille - dans sa santé, ses projets, ses succès en général; bref, dans son bien-être. Le ndou est donc l'énergie qui entre en action quand une dette symbolique n'a pas été réglée. Certaines dettes sont dites normales et d'autres imprévisibles.



### **Les dettes normales**

Une dette est normale quand, au moment bien précis, on est au lieu indiqué, pour faire ce qui convient, dans les normes en vigueur. Il arrive que ces rites se passent en l'absence, voire à l'insu de l'intéressé. Certains de ceux qui vivent loin de leur aire culturelle d'origine confient ces responsabilités à leurs proches, restés au pays. D'autres se contentent de bénéficier des efforts des autres membres de la famille, quand la dette interpelle toute la lignée. C'est le cas lorsqu'on doit construire une nouvelle maison de crânes des ancêtres et que tout le monde est sollicité.

En général, il faut au moins négocier l'échéance avec des branches d'arbre de paix, afin que l'énergie revendicatrice qu'est le ndou ne soit

pas mobilisée. Ainsi, si les conditions ne sont pas réunies pour en finir avec une dette symbolique, l'énergie ndou peut être mise en veilleuse, par des rituels bien adaptés. Ces derniers, qui varient selon l'importance de la dette, se limitent quelquefois à des simples invocations verbales, dans certains lieux de culte, on dépose avec humilité et respect des branches de feukek (arbre de paix).

Dans l'idéal, on doit bien assumer chacun de ces rites ou de ces initiations, pour éviter que les dettes dites directes restent sans conséquences. Car, plus elles se durcissent et deviennent complexes, plus, il y a des chances qu'elles deviennent imprévisibles dans leurs manifestations.

### **Les dettes imprévisibles**

Certaines nous viennent de nos ancêtres de plusieurs générations et nous sont révélées par des devins ou des initiés, quand le sujet consulte pour des raisons de santé ou autres. L'intéressé, à ce moment-là est considéré comme un instrument que le monde invisible utilise pour mettre de l'ordre dans la famille. Ce qui veut dire qu'en réglant cette dette à notre niveau, nous réglons d'une manière préventive certains problèmes susceptibles de perturber la quiétude de la famille. Et si la dette n'est pas acquittée, nous avons moins de chance de résoudre nos problèmes du moment : nous ne bénéficions pas assez de force vitale.

Les manifestations de ndou sont très variées. Certaines sont à la base des maladies graves. Logiquement, un bon tradi-praticien commence par dresser une liste exhaustive de dettes non épongées. A partir de là, la famille fait le nécessaire. Un bon rituel thérapeutique ne peut s'envisager sans cette entreprise qui consiste à éloigner le patient ou le plaignant de la vraie source de ses malheurs. L'une des



fin de l'article de  
Méfieuh Meïdo Hermine

conséquences est qu'un guérisseur initié ne prescrit pas automatiquement le même rituel thérapeutique pour tous les patients présentant les symptômes. Les dettes imprévisibles qui entravent le bien-être sont rarement identiques dans leurs manifestations.

Certaines comme le "tchap" sont si violentes qu'une vie humaine ne peut y résister pendant plus de quarante-huit heures, à moins qu'on ne découvre rapidement où le tchap a été "enterré" par un ancêtre fâché ou révolté. En réalité le tchap est un phénomène très difficile à expliquer, d'autant plus que les auteurs sont rarement vivants, quand viennent les conséquences de leur acte. Acte qui se justifiait à l'époque et qui, avec le temps, s'est transformé en arme fatale.

Pour tout Bamiléké, il est évident que, au moment où il subit un sort aussi fatal, les défenses et les protections sont fragilisées, notamment par la défaillance de la force vitale. Il en est de même pour celui qui nuit au bien-être des autres. La force vitale «à l'absolu» devrait laisser le bénéficiaire dans une profonde plénitude, au point qu'il pense plus à servir positivement les autres qu'à nuire. Mais, en réalité, on la reçoit que par moments.

Du reste, aucun être humain n'a la possibilité d'en profiter éternellement.

Alors, à chacun ses ancêtres, à chacun ses ndous. ■

## AFRIQUE, VIE, SANTÉ, MALADIE EXPÉRIENCES ET SOUVENIRS EN FORME D'ABÉCÉDAIRE<sup>1</sup>

Jean Martin, privat-docent, médecin cantonal vaudois

**Afrique :** Continent passionnant, chaleureux, divers. René Dumont a dit, il y a plus de trente ans, qu'elle était mal partie. Il apparaît qu'on ne peut guère être plus rassurant aujourd'hui.

**Développement :** Celui que le Nord/l'Occident a "proposé", selon nos termes, a bien de la peine. Depuis que j'ai pu m'y intéresser, j'entends dire qu'il faut que l'Afrique forge ses propres outils, mais cela n'a pas été assez, ni assez souvent, au-delà des envolées théoriques et lyriques, parfois désinvoltes. Fossé entre ces souhaits complètement justifiés d'être Africain et d'africaniser et une fascination qui perdure pour ce qui se fait à Paris, Londres ou New York.

**Excision des fillettes** (voir ci-dessous "Femme" et "Transculturels") : J'ai été à l'époque (ailleurs qu'en Afrique) actif en obstétrique, discipline première dans les pays en développement, et frémis en pensant au premier accouchement des jeunes femmes excisées dont la tête de leur enfant dilacère le périnée, avec des conséquences physiques, psychologiques et sociales désastreuses.

**Femme (condition de la) :** Des rapports sont rendus publics selon lesquels la moitié féminine de la population effectue en Afrique les trois quarts du travail effectif; les femmes travaillent donc trois fois plus que leurs partenaires masculins qui assument le quart du labeur. En tout cas pour l'Européen "droits-de-l'homme" que je suis, cette situation d'oppression pratiquement généralisée (sous réserve de quelques lueurs d'espoir) de la femme africaine est inacceptable. Sûrement, par ailleurs, qu'il faut essayer de comprendre le "fait culturel", et on doit espérer un changement progressif. Mais comme elles sont patientes...

**Formation médicale :** Dans les années 1960, dans l'optique d'élaborer

des modèles adaptés à l'Afrique, l'OMS et d'autres ont mis sur pied des programmes et centres différents de formation aux professions de la santé, avec des accents sur l'interdisciplinarité et les besoins existants des collectivités. Cela a été notamment la création du CUSS (Centre universitaire des sciences de la santé), à Yaoundé, au Cameroun. Bel engagement alors d'un certain nombre d'enseignants et des étudiants. Tristement, après une vingtaine d'années, le CUSS a été rebaptisé Faculté de médecine, et les mandarins locaux se sont appliqués à nouveau à suivre le modèle académique français.

**Frontières (coloniales) :** Elles ne sont rien d'autre que des péripéties de l'histoire (correspondant aux endroits où des patrouilles militaires européennes concurrentes se sont rencontrées) et, pourtant, on admet qu'elles sont intouchables. Politiquement, il est vrai que le risque serait grand que la rectification d'une frontière discutable à un endroit mette le doigt dans un engrenage qui embraserait (encore plus) le continent. Cela étant, je me suis souvent demandé quels fardeaux supplémentaires ces limites arbitraires représentent sur le chemin d'un développement qui soit plus efficace et plus harmonieux.

**Guérisseurs et sorciers :** Je ne les ai pas pratiqués, mais il faut lire *Les yeux de ma chèvre*, par le Père jésuite Eric de Rosny (Terre Humaine, Plon, 1981), qui a vécu longtemps dans la région côtière du Cameroun (Douala) et a été l'observateur – l'élève – d'un "maître de la nuit". Fas-ci-nant.

**Métissage :** C'est le devenir de notre monde, à plusieurs égards (biologique, culturel), et c'est un devenir riche et tonique. Mais je reste perplexe devant le fait que cela marche si médiocrement sur d'autres plans : les administrations à l'européenne sont surtout parasitaires; les modes parlemen-

taires de chez nous ont été plaquées sans qu'on opère les aménagements ou mutations qui seraient nécessaires.

**Métropoles :** C'est encore ainsi qu'on appelle Paris, Londres, Lisbonne ou Bruxelles... Fantastique influence/domination persistante des pouvoirs coloniaux. Pas rarement le plus pratique pour aller d'une capitale africaine francophone à une autre peut être de passer par Paris... Les gouvernements des pays européens concernés, démocrates et défenseurs des droits de l'homme (!), ont laissé faire et même encouragé des choses inavouables, pour ne pas perdre leur influence. Un génocide récent et les réactions tardives à son endroit apparaissent liés à ce genre de "Realpolitik".

**Mort :** "Here, there is no such thing as a natural death". Phrase entendue il y a plus de vingt ans au Nigeria de la bouche d'un universitaire, confirmée par d'autres : dans cette partie du monde, il n'y aurait pas de mort naturelle, elle est toujours liée à un sort jeté, d'une manière ou de l'autre. Même les professionnels de santé qui sont allés apprendre la thérapeutique en Europe étaient moins certains de leur pouvoir d'influencer la santé et la maladie que de celui des sorciers.

**Publications du Centre de promotion de la santé de Kangu Mayombé :** Ce centre, animé pendant une quarantaine d'années, depuis l'indépendance du Zaïre, par le médecin belge Jacques Courtejoie, a produit des dizaines de manuels et de brochures bien adaptés à la pratique des professionnels en Afrique (médecins, infirmiers, etc.). Ce travail remarquable, en collaboration entre collègues africains et européens, reconnu par l'OMS, a apporté une contribution importante en Afrique francophone (certains textes ont aussi été traduits en anglais et portugais). Néanmoins, probablement parce qu'on ne fait pas vraiment confiance à ce qui est éla-

boré en Afrique, cet effort pédagogique, poursuivi avec optimisme contre vents et marées, n'a pas été reconnu comme il le mérite.

**Rire :** Extraordinaire rire, explosif, à gorge déployée, des Africains, et dans mon souvenir particulièrement des Africaines. Expression du plaisir de vivre l'instant. Même dans les circonstances les plus difficiles, spontanéité détendue vis-à-vis des contraintes ou des combines de la vie.

**Santé :** Un élément majeur de la santé, le plus important peut-être, c'est l'appartenance à la famille, au groupe, et le maintien de la vie du groupe. D'où par exemple le fait qu'il n'est guère de plus grand malheur pour une femme que de n'avoir pas d'enfant (inutile de dire qu'on ne pose pas la question de savoir si ce pourrait être le mari qui est stérile). Et que, en général, il n'est pas de plus grand malheur que d'être rejeté de son milieu.

**Santé publique :** C'est en Afrique entre autres que j'ai appris que ce que devraient être les services de santé d'un pays en développement n'est pas du tout principalement déterminé par la pathologie tropicale, mais bien par la rareté des moyens à disposition. A cet égard, propos du président sud-africain Thabo Mbeki lors de l'ouverture à Durban du 13<sup>e</sup> Congrès mondial sur le sida, en juillet 2000: "Ce qui tue le plus dans le monde et provoque le plus de maladies et de souffrances à la surface du globe, y compris en Afrique du Sud, c'est l'extrême pauvreté" (cf. Soins de santé primaires ci-dessous).

**Sida :** Son virus a probablement été disséminé d'Afrique, par des touristes. Vingt ans après la reconnaissance aux Etats-Unis de ce syndrome énigmatique, la situation est, en termes de santé publique, sous contrôle en Occident alors que les perspectives africaines sont inimaginablement sombres :

ainsi, là où il y a des centaines de milliers d'orphelins, où un quart voire même un tiers de certains groupes de population est touché et où, disait-on à Durban, un ado d'aujourd'hui sur deux est susceptible de mourir de cette maladie. Importance à cet égard de la difficulté ou l'impossibilité pour les femmes de s'opposer à la volonté de leurs partenaires sexuels (pour une contribution récente sur cette problématique, voir I. Susser et Z. Stein, *American Journal of Public Health*, Vol. 90, 1042-1048, July 2000).

**Soins de santé primaires :** Notion développée par l'OMS et l'UNICEF, ratifiée lors de la Conférence d'Alma Ata de 1978. Cadre conceptuel pour le monde entier, et dont l'adoption et la mise en œuvre devraient être particulièrement utiles dans les régions défavorisées : dissémination large de services de base, proches de la communauté et avec son concours (notion d'"empowerment" – capacitation), permettant de lutter contre les causes principales de morbidité et de mortalité. Malheureusement, les gouvernements ont souvent consacré leurs maigres ressources à chercher à faire fonctionner des hôpitaux universitaires dans les capitales, accessibles par quelques pour cent de la population et qui mangent jusqu'à 80 % du budget du Ministère de la santé. Ah, le poids des modèles importés (du désir mimétique !).

**Transculturels (apprentissage et sensibilité) :** Domaines essentiels, dans lesquels on reste toujours en formation (un apprenti !). Avec un défi : éviter un relativisme bien intentionné mais flou, mou, qui tendrait à dire que, au nom du "fait culturel", tout comportement ou attitude qui pose problème serait justifié.

**Village :** Presque tous les collègues africains de mon âge (j'ai 60 ans !) ou un peu plus âgés, qui ont été parmi les premiers à bénéficier d'une chance

## ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES AU BÉNIN

Jean-Luc Richard, Institut de géographie,  
Université de Neuchâtel

fin de l'article de Jean Martin

d'aller au lycée à l'européenne, sont nés dans un milieu traditionnel. *Le village* était pour eux une dimension essentielle et existentielle; même européens, ils y ont des racines vers lesquelles ils retournent. A part quelques exceptions (dont les Yorubas qui ont connu une société urbaine), la grande partie de l'Afrique était fondamentalement villageoise, avec des modes locaux de gestion sociale (si on excepte – exception importante – le cadre islamique). Je me suis souvent interrogé sur le poids de ce facteur dans les difficultés, aux plans politique et social, à arriver à des organisations fonctionnelles de l'Etat. Et je me suis aussi demandé la différence (majeure vraisemblablement) que fera le fait que les leaders de demain n'auront pour beaucoup plus cette référence, ayant grandi et vécu dans des agglomérations urbaines nouvelles.

**P.S.** – Mon espoir reste que ce qui est plutôt sombre dans ce qui précède soit invalidé par des développements autonomes et dynamiques, sur le terrain, qui concrétisent ce que Pierre Pradervand a appelé "Une Afrique en marche" (Plon, 1989). ■

<sup>1</sup> Ce texte est basé sur une expérience personnelle (et donc subjective) en Afrique subsaharienne; il n'entend pas s'appliquer à l'Afrique du Nord.



Les soins de santé en Afrique occidentale se caractérisent de plus en plus par une offre croissante, tant par son volume que par la diversité de ses formes. Aux multiples formes de soins «traditionnels» sont progressivement venues s'ajouter des pratiques thérapeutiques liées à l'islam, puis à la médecine de type occidental avec la colonisation et les missions. Plus récemment, de nouvelles formes de soins syncrétiques – que l'on pourrait appeler néotraditionnelles – sont apparues; il s'agit notamment des pratiques divinatoires et thérapeutiques de nouvelles églises évangéliques d'origine africaine. D'abord sensible dans les grands centres urbains, cet élargissement tant quantitatif que qualitatif de l'offre de soins s'est progressivement étendu aux petits centres régionaux, puis à la plupart des régions rurales. Plus qu'à une substitution d'une forme ancienne par une nouvelle, on a assisté à une superposition des diverses formes de soins.

La typologie des soins esquissée ci-dessus rend mal compte de la grande diversité de l'offre de soins. Chaque grand type de soins est en effet divisé en de multiples catégories, selon le statut et la qualification des thérapeutes. Pour la médecine de type occidental, par exemple, on trouve actuellement presque partout un secteur public, un secteur à but non lucratif (principalement confessionnel) et un secteur privé formel ou informel. L'éventail du niveau hiérarchique, officiel ou de fait, des acteurs de cette médecine est fort large. Il va des vendeuses de médicaments pharmaceutiques sur les marchés ou du secouriste communautaire ou encore du «piqueur sauvage» itinérant, thérapeute souvent autoproclamé spécialisé dans les traitements au moyen d'injections dont la population est si friande, aux hôpitaux universitaires, en passant par les cabinets de soins infirmiers ou médicaux privés, les dispensaires et hôpitaux régionaux publics, les hôpitaux confes-

sionnels... La diversité de ces acteurs thérapeutiques débouche sur des pratiques de soins fort diverses, au sein même de la médecine de type occidental.

### Les étapes des itinéraires thérapeutiques

Mon objectif n'est pas ici de décrire la diversité de ces pratiques, mais de voir comment les malades et leur entourage tirent parti de cette offre de soins croissante. De tout temps, la maladie a imposé des choix thérapeutiques. Ils sont désormais potentiellement de plus en plus ouverts en Afrique occidentale. Une étude de cas dans une région rurale du Bénin central – la sous-préfecture de Ouessè – servira d'exemple. Sur le plan sanitaire, cette région est directement desservie par tous les types d'acteurs énumérés ci-dessus, à l'exception des services publics d'un niveau hiérarchique moyen et élevé (grands hôpitaux régionaux et nationaux). Une enquête menée en 1995 auprès de 650 ménages pris dans 13 villages de cette région d'environ 55 000 habitants a permis de détailler les itinéraires thérapeutiques de tous les malades de ces ménages ayant souffert durant le mois écoulé de certains symptômes, maladies ou groupes de maladies, selon une liste préétablie en langues vernaculaires. Il s'agit a priori de maladies aiguës d'une certaine gravité, parmi les plus fréquentes au Bénin. Par itinéraire thérapeutique j'entends le cheminement progressif, de recours en recours et de lieu en lieu, du malade et de son entourage, en quête de solution à un problème de santé.

De cette étude de 1 334 cas de maladie, il ressort que sept malades sur dix ont commencé leur itinéraire thérapeutique par l'automédication (soins profanes dispensés dans le cadre du ménage ou de l'entourage). Les recours extérieurs directs à un spécialiste de la santé, tous types confondus,

ne constituent qu'un bon quart (27 %) des premiers recours, alors que l'inaction thérapeutique reste rare (3 %). Cette rareté s'explique en partie par l'exclusion de l'enquête des affections a priori bénignes, alors que j'ai pu vérifier que l'inaction thérapeutique est d'autant plus fréquente que le cas de maladie est perçu comme peu ou pas grave, tandis que les recours extérieurs sans automédication préalable augmentent avec la gravité de la maladie.

Environ 74 % des malades ayant entrepris une action thérapeutique se sont déclarés guéris (72 % après l'automédication et 78 % après un recours extérieur), 8 % ont effectué un deuxième recours et 18 % n'avaient encore rien fait d'autre lors du passage des enquêteurs. Le premier traitement n'est alors pas achevé, les malades sont encore dans l'expectative ou ils se contentent de l'amélioration apportée par le premier recours. Quel que soit le type du premier recours, la poursuite de l'itinéraire thérapeutique dépend fortement de son efficacité perçue. Après une automédication considérée comme totalement inefficace, 90 % des malades ont effectué un recours extérieur, contre seulement 20 % lorsqu'elle a apporté une amélioration. Lorsque la première action thérapeutique était un recours extérieur, 81 % des malades ont effectué un second recours chez un autre thérapeute si l'effet du premier a été nul, contre 20 % s'il a amené une amélioration. L'itinéraire thérapeutique de la plupart des malades (90 %) qui ont entrepris un deuxième recours s'achève avec lui : moins d'un pour cent du total des malades effectuent un troisième et dernier recours.

Bien que la plupart des études sur le recours aux soins en Afrique subsaharienne, surtout celles des anthropologues, insistent sur le pluralisme médical, cette enquête et quelques autres s'appuyant sur de larges

effectifs plutôt que sur la description par le menu des itinéraires thérapeutiques exemplaires de quelques malades montrent donc que la plupart des épisodes ne débouchent que sur une seule action thérapeutique, le plus souvent l'automédication, et cela aussi bien en milieu rural que dans une métropole bien pourvue en services de santé, comme Cotonou.

Les itinéraires thérapeutiques qui ont débuté par l'automédication n'y retournent jamais après un recours extérieur subséquent. Lorsqu'un malade commence son itinéraire thérapeutique par un recours extérieur, il est très rare qu'il passe ensuite à l'automédication. Bien que l'automédication soit massivement utilisée, elle ne s'inscrit donc qu'en début d'itinéraire thérapeutique. D'une manière générale, lorsqu'un type de recours a échoué, on l'abandonne définitivement pour un autre type de recours.

Malgré les plaintes des agents de santé au sujet de malades pratiquant trop souvent l'automédication en sus du traitement prescrit, le premier recours simultané à l'automédication et à une consultation extérieure est pratiquement inexistant. Leurs récriminations s'appliquent en fait à la deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique, lorsque certains malades s'adressent à eux, tout en poursuivant l'automédication tentée comme premier recours. C'est le cas dans 37 % des recours extérieurs après automédication. L'automédication recourt alors presque exclusivement à la phytothérapie. Il ne s'agit donc pas de pratiquer des soins redondants avec ceux d'un spécialiste des médicaments modernes, mais bien de conjuguer deux thérapies distinctes pour augmenter l'efficacité globale du traitement.

Le peu de gravité du cas et le manque d'argent constituent les principales motivations (question ouverte et réponses multiples) de l'inaction théra-

peutique en première intention. Un quart des réponses font référence à une maladie chronique, pour laquelle on a déjà longuement cherché en vain un traitement efficace. Deux types de causes sont avancés pour justifier la préférence de l'automédication à un recours extérieur immédiat. Il y a d'abord l'affirmation de la capacité des ménages à prendre en charge, souvent à moindre frais, la santé de ses membres (deux tiers des réponses). Une expression revient alors très souvent: «Il faut d'abord lutter». Il y a ensuite le manque d'accès aux services de santé (un tiers des réponses), barrière plus économique que géographique dans une région où 85 % de la population habite à moins de 5 kilomètres d'un service de santé formel. La gravité perçue de la maladie arrive largement en tête (près de la moitié des réponses) des motifs invoqués pour justifier le recours en première intention à un spécialiste. L'incapacité à traiter ces cas de maladie avec les moyens et connaissances familiaux – «on est dépassé» – arrive ensuite (plus d'un quart des réponses), suivie par l'habitude de toujours consulter immédiatement (un sixième), affirmation sans doute plus d'une norme que d'une réalité toujours vérifiée. Quelques raisons plus conjoncturelles, renvoyant au statut du malade (femmes enceintes, jeunes enfants), sont aussi avancées. J'ai effectivement pu vérifier qu'en cas de maladie les jeunes enfants utilisent significativement plus les recours extérieurs que leurs aînés et les adultes.

#### **Types de remèdes utilisés pour l'automédication**

L'automédication joue donc au Bénin et dans la sous-préfecture de Ouessè en particulier un rôle capital dans les soins de santé primaires. Elle repose sur la grande disponibilité en médicaments pharmaceutiques de base, plus ou moins légalement importés du Nigeria voisin, et sur la connaissance

*fin de l'article de Jean-Luc Richard*

d'au moins quelques recettes phytothérapeutiques par tous les ménages. Selon l'enquête menée dans cette sous-préfecture, les produits pharmaceutiques utilisés seuls d'un bout à l'autre de l'automédication constituent la première source d'automédication (41 % des 930 cas d'automédication en première intention). Ils sont suivis par les remèdes phytothérapeutiques utilisés seuls (30 %), presque à égalité avec diverses formes de combinaisons de produits pharmaceutiques et phytothérapeutiques (29 %). Tout comme les malades ne pratiquent pas d'emblée l'automédication et un recours extérieur simultanément, il est très rare qu'ils mélangent immédiatement la phytothérapie et les médicaments pharmaceutiques (3 %). Ce n'est que dans un deuxième temps, face à l'inefficacité ou à l'action jugée trop lente des premiers remèdes testés, que certains lui adjoignent ou lui substituent un remède d'un autre type (dans 26 % des cas d'automédication).

La probabilité d'effectuer un recours extérieur après l'automédication varie selon le type de remèdes utilisés. Elle est de 7 % après la consommation de médicaments pharmaceutiques seuls, mais de presque 13 % après celle de remèdes phytothérapeutiques seuls. Cette différence résulte en partie d'une efficacité jugée moindre de ces derniers. En effet, 66 % des malades qui ont pris des remèdes phytothérapeutiques se sont déclarés guéris à la fin du traitement, contre 72 % pour ceux qui ont utilisé des médicaments pharmaceutiques seuls.

La sous-préfecture rurale de Ouessè est donc largement engagée dans un processus de transition pharmacologique. En cas d'automédication, les médicaments pharmaceutiques y supplacent déjà les remèdes phytothérapeutiques. En effet, 49 % des traitements en automédication compren-

ent initialement des remèdes phytothérapeutiques, contre 43 % à leur fin, du fait du passage d'un type d'automédication à l'autre. Pour les médicaments pharmaceutiques, ces valeurs sont respectivement de 54 et 61 %. Cette transition pharmacologique ne signifie ni la disparition prochaine des remèdes «de la brousse», ni, du point de vue de la population, l'incompatibilité entre les soins «traditionnels», y compris la phytothérapie familiale, et les soins de type occidental, dont l'automédication à base de produits pharmaceutiques. Plusieurs constats laissent en effet supposer la coexistence durable des deux types de soins et d'automédication :

- selon l'enquête dans la sous-préfecture de Ouessè, toutes les catégories de la population, y compris les jeunes adultes et les personnes les plus scolarisées, pratiquent encore la phytothérapie;
- même dans les grands centres urbains comme Cotonou, la phytothérapie reste vivace, si l'on en croit les immenses étals de plantes médicinales sur les marchés. Dans la sous-préfecture de Ouessè, on ne trouve pas de tels étals, du fait de proximité de la «brousse». Cette absence, associée à un recours fréquent à la phytothérapie en automédication, y constitue un bon indice de la perpétuation des connaissances populaires en botanique et en phytothérapie;
- environ 90 % des malades traités sans aucun résultat par une automédication recourant aux plantes ont ensuite effectué un recours extérieur, presque toujours auprès d'un thérapeute de type occidental. Dans plus du tiers de ces recours, la phytothérapie est de plus poursuivie parallèlement au traitement prescrit.

Les services de santé modernes formels ont capté l'essentiel (88 %) des 360 premiers recours extérieurs sans automédication préalable. Ils se subdi-

visent en un secteur public (environ 71 % du total des premiers recours, dont seulement 4 % pour les hôpitaux publics extérieurs à la sous-préfecture de Ouessè) et un secteur confessionnel (17 %). Le secteur privé, informel et embryonnaire dans cette sous-préfecture, n'a attiré que 8 % des premiers recours extérieurs, les secouristes 4 %, alors que les spécialistes de la médecine traditionnelle et les églises thérapeutiques sont pour ainsi dire absents de la première étape des itinéraires thérapeutiques. De nombreux entretiens avec les guérisseurs et devins locaux confirment la très faible utilisation actuelle de ce type de soins dans cette région rurale. Seuls 7,5 % des malades qui ont directement effectué un recours extérieur ont ensuite pratiqué un second recours extérieur, soit d'un niveau hiérarchique plus élevé, soit d'un type différent (guérisseurs).

### Conclusion

Avec l'accroissement et la diversification de l'offre de soins dans la sous-préfecture de Ouessè, mais aussi plus généralement au Bénin et en Afrique subsaharienne, de nouvelles pratiques remplacent progressivement les anciennes, sans pour autant les condamner à disparaître. Dans cette sous-préfecture rurale, l'automédication recourant à la phytothérapie est déjà moins fréquente que celle utilisant les médicaments pharmaceutiques; les recours aux guérisseurs et aux devins ont très fortement régressé au profit des services de santé de type occidental, formels surtout. Les cérémonies thérapeutiques proposées par certaines églises synchrétiques nouvellement implantées participent de cette diversification de l'offre de soins. Mais elles jouent un rôle très limité pour les maladies investiguées, ce qui n'est peut-être pas le cas pour la prise en charge des maladies «provoquées» (sorcellerie), des troubles mentaux et du malheur en général.

Mais si les recours changent (les comprimés plutôt que les tisanes, le recours à un infirmier plutôt qu'à un guérisseur), certaines constantes demeurent. Le traitement dans un cadre familial reste largement prépondérant. Ce n'est que pour les cas les plus graves, pour les maladies que l'on ne maîtrise a priori pas ou pour les cas réfractaires à l'automédication que l'on va consulter un spécialiste de la santé. La littérature spécialisée oppose souvent le thérapeute moderne, qui, en s'attaquant aux symptômes, s'intéresserait plus à la maladie qu'au malade, au guérisseur, qui rechercherait les causes de la maladie et rétablirait l'harmonie entre le malade et la société. Cette distinction ne tient guère pour les guérisseurs étudiés, qui utilisent les plantes médicinales là où un infirmier utiliserait un médicament pharmaceutique. Les plantes sont supposées avoir une vertu thérapeutique intrinsèque. Ni leur récolte ni leur administration ne sont généralement entourées d'un cérémoniel ou d'incantations particuliers. La fonction et les moyens des guérisseurs sont donc largement les mêmes que ceux des agents de santé modernes. Par contre, le devin – qui est parfois aussi guérisseur – s'attache effectivement à élucider les causes de la maladie. Selon leur nature, il peut rétablir les liens rompus par des sacrifices et des rites, par le repentir du malade et une réparation... ou encore le diriger vers un autre thérapeute, y compris de type occidental.

A de rares exceptions près, dont les adeptes des églises syncrétiques qui fuient habituellement tout ce qui ressemble à de la médecine traditionnelle, les diverses options thérapeutiques sont considérées comme complémentaires par la population. A la recherche de la meilleure efficacité, le malade chemine de l'une à l'autre, généralement sans revenir sur ses pas, ni répéter deux recours équivalents, visant ainsi une diversification maximale des recours, afin d'optimiser ses chances de guérison. Deux stratégies permettent cette diversification :

- s'adresser à un autre service de santé du même type, mais plus élevé dans la hiérarchie perçue;
- changer radicalement de type de thérapie: de l'automédication à un recours extérieur ou d'un recours extérieur de type occidental à un recours extérieur «traditionnel». C'est en effet avec la deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique qu'apparaissent les premiers recours aux guérisseurs et, beaucoup plus timidement, aux devins et églises thérapeutiques. Ces trois catégories de thérapeutes constituent ensemble 41 % des deuxièmes recours après un premier recours extérieur et 13 % après l'automédication.

Cette attitude éclectique et pragmatique ne signifie pas pour autant que le choix d'un recours soit aléatoire.

Il existe clairement des tendances générales qui résultent de l'addition de choix particuliers, déterminés par la nature et la gravité des besoins, par les circonstances, les échecs antérieurs, les caractéristiques du ménage et de l'offre de soins. ■



**www.athenaeum.ch**  
école d'architecture & design

## QUESTIONS DE SOINS

Franceline James, psychiatre psychothérapeute, Genève,  
responsable de la consultation d'ethnopsychiatrie.

A quoi peut nous servir la «culture africaine» dans la question des soins en santé mentale ? Qu'a-t-elle à nous apporter ?

C'est ainsi que j'avais compris la question qui m'était posée, et je dois dire que je l'avais trouvée quelque peu injurieuse. Demande-t-on à un poisson à quoi lui sert l'eau dans laquelle il vit ? A un papillon à quoi lui sert l'air qui le porte ? La culture africaine ne «sert» à rien ni à personne. Une culture, ça ne «sert» à rien. C'est le terrain sur lequel on a grandi, qui a formé notre manière de voir et de penser, notre façon de nous tenir debout, de comprendre le monde et d'entrer en interaction avec lui.

Une culture, une vision du monde. Deux cultures, deux visions du monde. Dix cultures, autant de visions du monde ! Voilà qui paraît difficile à comprendre à nous autres Occidentaux, qui ne vivons plus tant dans une culture que dans une société, l'occidentale, laquelle, sous l'effet de la modernité et les pressions de la mondialisation, tend à se répandre dans le monde entier.

C'est notre pensée occidentale dominante qui règne aussi en médecine, avec sa prétention à l'universalité consécutive au mythe de la rationalité scientifique (qui est notre mythe à nous – mais nous ne le savons pas...). En médecine, et aussi en psychiatrie, nous pensons détenir un savoir de type objectif sur l'être humain, un savoir qui serait donc valable pour tous les individus d'où qu'ils soient. Dans cette représentation, la culture ne saurait donc être qu'un vernis, une coloration, un habillement (un oripeau !) mis sur le roc d'une réalité fondamentale elle-même universellement la même, et descriptible objectivement par la science. La psychiatrie «transculturelle» pense dès lors retrouver, sous les oripeaux, la réalité de la maladie du patient, diagnos-

tiquable et soignable selon les catégories qui ont cours en Occident.

Dans notre consultation d'ethnopsychiatrie, à Genève, nous avons choisi d'autres prémisses. En suivant Tobie NATHAN, nous tentons d'utiliser une méthodologie et une approche de type ethnopsychiatrique, afin de comprendre l'individu souffrant au croisement des axes psychologique et culturel qui structurent son identité. La culture, ce n'est pas juste un habillement, diversement coloré, par-dessus une réalité objective et universelle ! L'être humain, partout dans le monde, se façonne dans un tissage chaque fois différent entre lui et son milieu culturel. Cette alchimie complexe empêche absolument qu'il soit simple de soigner quelqu'un venu d'ailleurs – sauf à le réduire et donc à diminuer considérablement ses chances de guérison.

Ceci entraîne bien sûr un changement radical de position. Plus possible, du haut de notre «objectivité scientifique», de définir le patient ni sa maladie ! Nous voici obligés de le considérer non pas seul avec sa maladie, mais de faire appel aux représentations de son groupe d'appartenance, aux manières qu'on a chez lui de penser la maladie, les rapports avec le monde des morts, avec celui des invisibles... Nous voici, en tant que soignants, obligatoirement déplacés vers une position intermédiaire, entre ce que nous dirions de lui et de sa maladie ici, et ce qu'on en dirait chez lui. Sachant que nous, ici, ne parlons que d'un malade, à l'intérieur duquel nous pensons pouvoir diagnostiquer et traiter la maladie. Tandis qu'ailleurs, au contraire, l'individu malade est toujours l'aboutissement d'une chaîne de causes externes souvent complexes, qui peuvent impliquer d'autres humains vivants ou morts (le clan, le voisinage, les ancêtres...), et surtout des non-humains (génies, divinités...). Prendre en considération la culture de l'autre, c'est donc accepter de sortir

de notre monde à univers unique, pour entrer dans un monde à univers multiples (Tobie NATHAN). Je ne m'étendrai pas ici sur la complexité inévitable d'une telle démarche.

Alors, l'Afrique ? Ou plutôt : les Africains, quand ils tombent malades ici ?

C'est bien là qu'il nous faut devenir humbles, et admettre notre non-savoir.

**Exemple :** Un couple africain à Genève (Fang de Guinée) présente des troubles vagues, des somatisations diverses, une instabilité qui le fait déménager à intervalles rapprochés. Madame surtout consulte divers médecins, les services sociaux sont alertés... On diagnostique finalement une phobie d'angoisse, car Madame pense toujours que son bébé pourrait tomber par la fenêtre, du haut du 4<sup>e</sup> ou du 7<sup>e</sup> étage où ils habitent successivement. Dans la tête des médecins, ce diagnostic implique qu'elle est en train de lutter contre des pulsions agressives inavouables vis-à-vis de son enfant. Mais les traitements n'y font rien, ni médicaments ni tentative de psychothérapie n'ont prise sur la situation, et les malheureux s'enfoncent...

Quand nous les avons reçus, notre méthodologie ethnopsychiatrique nous a permis assez vite de comprendre avec eux leurs difficultés dans d'autres termes : ils étaient poursuivis par un esprit des arbres et du vent, à la suite d'une vieille histoire non réglée à la génération précédente déjà...

Décrire ainsi une telle situation, c'est en même temps introduire l'idée du type de réparation auquel il s'agira de procéder; c'est aussi mobiliser les réseaux (toujours existants !), ici et surtout au pays, où toutes sortes de choses seront faites; c'est entraîner la réorganisation des relations entre les «patients» et tout leur entourage familial. Bref : c'est les ré-affilier à leurs appartenances.

Alors, l'Afrique : bien trop riche et trop complexe pour que nous prétendions la connaître ! Nous pouvons seulement témoigner, en tant que praticiens occidentaux de l'ethnopsychiatrie, quelles possibilités infinies elle offre à ses ressortissants, quelles que soient leur région, leur ethnie, leur langue d'origine : en Afrique, il est toujours possible de trouver (même

après de très longues recherches !) le sens d'un malheur ou d'une maladie. Et il y a toujours une procédure de réparation possible pour remettre les choses en ordre. Pour ça, bien sûr, il faut passer par les bonnes personnes, et parfois chercher longtemps. Mais un malade n'est jamais, comme c'est le cas chez nous, réduit à son seul

malheur individuel, sans aucun sens à lui trouver.

Encore faut-il que nous, Occidentaux, cessions de mépriser et de détruire l'infinie subtilité des pensées de ces mondes que nous avons longtemps traités de «sauvages», pour les considérer maintenant comme des «arriérés» du développement ... ■

## MES TROIS TAMBOURS

**Micheline Gilliéron, médecin psychiatre-psychothérapeute**

Mon enfance africaine est faite d'un monde d'impressions visuelles, tactiles, sonores et gustatives.

J'ai baigné dans les soins en Afrique ET africains dans cette période de ma vie. Ma mère, infirmière et sage-femme, avait un dispensaire de brousse en pleine forêt vierge. La journée, j'allais lui rendre visite, et la voyais avec ses accouchées et leurs nouveau-nés encore blancs. Il y avait des malades grelottant de malaria. Plus loin, des malades, alignés sur un banc, tendaient leurs jambes, couvertes de plaies et d'ulcères, à un goutte à goutte désinfectant. Des lépreux, rongés par la maladie, venaient chercher leurs médicaments, leur permettant de stopper l'évolution de leur mal. On racontait aussi des histoires de mauvais sorts, de sorciers, mais également de guérisseurs africains.

La nuit, un grattement à la porte de la maison signifiait, ou que ma chatte voulait entrer, ou que l'on appelait ma mère pour une urgence.

Quant à mon père, avec ses ouvriers africains, il bricolait, entre autres choses, du «confort» pour le dispensaire : tables, bancs, lits... La journée, il passait aussi des heures en palabre avec les Africains. Il était beaucoup question de mariage de fillettes de mon âge et de leur dot.

Tout ce monde d'adultes et mon monde à moi étaient dominé par l'appel du tam-tam. Ce tambour «couché», fait d'un gros tronc évidé, avec une grande fente, résonnait sous l'habileté des baguettes du batteur. Comme les cloches de chez nous, il rythmait les événements de la journée. Il savait aussi dire, comme le télégraphe, l'imprévu, les naissances et les deuils, les visites, la guerre... pour qui savait entendre. Ce tambour-là faisait partie de la vie quotidienne.

Il y avait un autre tambour : celui des grandes occasions, des fêtes, des initiations (comme je l'ai compris plus tard)... Ce tambour «debout» était tendu d'une peau, probablement d'antilope. Le batteur faisait voler ses mains sur la surface, avec la paume de la main et la pointe des doigts. Au son rythmé du tambour, je voyais les groupes de femmes danser sur la place du village. Lancinant, le tambour battait pendant des heures. Vers le soir, les hommes et les jeunes adolescents disparaissaient dans la profondeur de la forêt. Mon père, invité, partait avec eux. C'était, pour la fillette que j'étais, un inquiétant mystère.

J'ai hérité d'un de ces tambours de danse. Ce fut mon premier tambour.

Bien plus tard, devenue adulte, dans le balancement et le bruit obsédant du

transibérien, entre Pékin et Moscou, m'est venu le désir de percer le mystère des chamans de la Sibérie que nous traversons. J'avais tout le temps de rêver et de laisser venir des pensées des profondeurs.

Plus tard, j'ai repris la route, cette fois en autocar vers la Laponie. Le berceement de ce mode de locomotion et les longues distances me mettaient dans un état second, propice à la rêverie, que je commençais à bien connaître et à aimer. C'est au cours de ce voyage au Cercle polaire que je trouvais mon deuxième tambour. Un tambour de chaman avec ses inscriptions mystérieuses peintes sur la peau de renne.

Quelques années plus tard, le hasard m'a fait découvrir, près de chez moi cette fois, un séminaire sur le tambour, donné par ce professeur de psychologie de Washington, chaman amérindien, dont j'ai déjà parlé une autre fois. J'ai compris l'emploi rituel et thérapeutique du tambour. Et j'ai fait moi-même mon troisième tambour, reliant le chamanisme celtique européen, le chamanisme amérindien et la chamanisme africain. La boucle était bouclée et l'unité se faisait entre l'enfant pleine de questions et l'adulte curieuse que je restais. ■



## TRAVERSÉE DES MONDES : ARTMÉDECINE EN AFRIQUE

Exposition à la Fondation Claude Verdan à Lausanne  
4 mai - 16 septembre 2001

En réalisant son cycle consacré aux soins africains et aux soins en Afrique, la Fondation Ling a souhaité mettre en valeur la merveilleuse collection d'objets d'art utilisés dans les soins en Afrique qu'a patiemment et intelligemment assemblée l'Association panafricaine pour l'art à Genève sous l'impulsion du D<sup>r</sup> Martin Sigam. La perspicace équipe de la Fondation Claude Verdan à Lausanne a entendu notre appel et saisi cette opportunité pour se lancer dans la réalisation d'une grande exposition consacrée à ces objets en s'assurant notamment du soutien complémentaire d'autres musées, dont le Musée d'Ethnographie de la Ville de Genève. Placée sous la direction de Francesco Panese et Carolina Liebling, directeur et conservatrice assistante de la Fondation Claude Verdan, et réalisée grâce au travail d'un comité scientifique réunissant de nombreux experts du domaine de la culture africaine, des soins et de l'art, cette exposition est actuellement dans sa phase préparatoire. Elle se déroulera

à la Fondation Claude Verdan du 4 mai au 16 septembre 2001.

L'exposition *Traversée des Mondes* sera donc consacrée à l'art des soins et de la protection en Afrique à travers ses objets rituels : statues, masques, amulettes, outils de divination, trousse de guérisseur, etc. L'exposition permettra de découvrir tour à tour les objets, leur nature, la connaissance sous-jacente à leur réalisation, la conception du monde, de la personne et des soins motivant leur utilisation. Le parcours de l'exposition sera organisé de manière que le visiteur puisse procéder à une double lecture des objets exposés : esthétique dans un premier temps - et c'est alors leur expression artistique qui sera mise en évidence - puis, dans un second temps, ethnographique permettant ainsi de découvrir leur contexte culturel et thérapeutique. L'exposition sera de plus ponctuée par de nombreuses animations : conférences, films, débats et présentations auxquels la Fondation Ling participera bien sûr activement.

La perspective de cette exposition suscite déjà un intérêt consistant puisqu'elle a d'ores et déjà été choisie pour figurer au programme du volet régional Vaud-Valais du Festival national Science & Cité placé sous le thème *Traversées : à la rencontre des sciences*. Ce festival se déroulera du 5 au 11 mai 2001 dans neuf villes universitaires de Suisse ainsi qu'au Tessin. Il a pour but de stimuler une médiation entre la science et la cité là où une certaine incompréhension tend à s'installer. Il espère ainsi favoriser l'instauration d'une confiance critique et réenchanter la science en lui donnant l'occasion de réintégrer la culture. Forte de ses dix années d'expérience dans cette dynamique, la Fondation Ling - médecine, psychologie et culture se réjouit de participer, par sa collaboration à l'exposition, à ce débat national qui lui semble d'une grande pertinence. ■

Fondation Claude Verdan  
Rue du Bugnon 21, 1005 Lausanne  
Tél. 021/ 314 49 55, fax 021/ 314 49 63  
mmain@hospvd.ch, www.verdan.ch

### A propos de la dernière *Lettre*, consacrée aux médicaments - et à propos de «l'effet placebo» en particulier

#### Bertrand Graz, médecin, Lausanne

Le fameux "effet placebo" mérite qu'on se rappelle de quoi il est fait : en effet, la puissance, l'interaction médecin-malade, leurs espoirs et leurs convictions, ne font pas tout, loin de là. L'effet placebo tient pour une bonne part à quelque chose d'à la fois plus simple et plus mystérieux encore : la tendance spontanée à guérir. En voilà l'explication :

Quand on lit que l'"effet placebo peut guérir jusqu'à 70 % des patients", il faut se demander combien de personnes *auraient guéri de toute façon* sans traitement aucun. Car ils ont aussi reçu le placebo, qui ne les a pas empêchés de guérir - ou le médicament. Et pourtant, même guéris spontanément, leur guérison est mise au crédit du

médicament ou du placebo. Oui, c'est ainsi qu'est faite la recherche ! Quand on voit que dans certaines études (je dirais même la plupart) "les réactions de type placebo peuvent l'emporter sur les réponses pharmacologiques", il faut voir que sous "réaction de type placebo" on compte aussi les guérisons spontanées.

En effet, comment les dites études sont-elles conduites ? Elles comparent l'évolution des gens appartenant à deux groupes, l'un "verum" (c'est-à-dire des patients traités avec le candidat-médicament) et l'autre placebo. Or ce qui manque la plupart du temps, c'est un groupe sans traitement du tout ! Avec un tel groupe, il serait possible de connaître les guérisons spontanées.

Je vois bondir les lecteurs qui me diront que ce n'est pas éthique de ne

pas traiter. Ne serait-ce qu'à cause de cette part de l'"effet placebo" qui vient de l'interaction médecin-malade justement !

En plus, une fois qu'un traitement est devenu la norme, il est très difficile de revenir en arrière et d'essayer de ne pas traiter. Pourtant, dans les rares études où les guérisons spontanées ont pu être prises en considération, les révélations étaient troublantes. Par exemple, l'alcoolisme et les toxicomanies : on s'est intéressé depuis peu aux "guérisons spontanées" : très courantes, si on veut bien les chercher.

Qu'en conclure ? Peut-être que nous sommes moins loin de Molière que nous voulons bien le croire, et que la modestie que nous affichons est encore bien arrogante par comparaison avec la modestie de nos résultats. ■

## ENTRE «LA LETTRE» ET LES LIVRES

Eric Bonvin

### L'enfant ancêtre

Tobie Nathan et col.  
Editions La Pensée Sauvage,  
Grenoble, 2000

Voici un ouvrage qui s'inscrit précisément dans le thème de ce numéro de *La Lettre* consacré aux soins en Afrique. Ce collectif d'auteurs explore le fossé qui sépare les représentations occidentales et africaines au sujet du mutisme de certains enfants qui peut se prolonger parfois de quelques mois à quelques années, voire parfois définitivement. Les premiers pensent que ces enfants souffrent d'une grave perturbation attribuée, selon l'orientation théorique, soit à une angoisse trop intense, soit à un dysfonctionnement des interrelations familiales ou avec la mère, soit encore à une malformation cérébrale d'ordre génétique ou même d'un désordre biologique consécutif à une infection infantile. Dans l'univers africain, ces enfants ont pourtant un tout autre statut. En effet, on pense là-bas qu'ils adoptent ce comportement de manière intentionnelle : qu'ils préfèrent rester avec les ancêtres - ceux-là même qu'ils côtoyaient déjà avant leur naissance... et qu'ils préfèrent dialoguer avec eux dans une langue que les humains ne comprennent pas. Là où cet ouvrage prend une tournure passionnante, c'est lorsqu'il nous amène à confronter ces deux représentations sur le terrain de la clinique et qu'il met clairement en évidence que la représentation africaine, contrairement à celle occidentale, apporte une efficacité thérapeutique indéniable. L'hypothèse africaine apparaît dès lors comme une obligation technique bien plus qu'une croyance archaïque.

### Revue Ethnopsy - Les mondes contemporains de la guérison N° 1 - Février 2000 - Actualités de la schizophrénie

Institut Les empêchements de penser en rond. Editions du Seuil. Paris

Dirigée par Tobie Nathan et Philippe Pignarre, cette revue se veut un lieu de confrontation scientifique pour cerner l'écologie contemporaine de la guérison sous toutes ses formes : on y trouvera des descriptions de procédures thérapeutiques mises en place dans des univers aussi variés que les banlieues, les institutions psychiatriques, l'Eglise catholique, le chamanisme... La Fondation Ling y fera sans doute souvent référence !

A l'heure où la pharmacologie et les neurosciences occupent le devant de la scène dans le domaine des traitements de la schizophrénie, ce numéro vient rappeler avec audace que cette maladie est bien plus complexe que ces premiers le prétendent. Réactualisant les bases de l'ethnopsychiatrie qu'avait formulées Georges Devereux, ce numéro passionnant intéressera tous ceux qui ont à faire de près ou de loin avec cette maladie.

### Collection *Les empêchements de penser en rond*

Dirigée par Philippe Pignarre

Philippe Pignarre a récemment animé un séminaire et deux conférences - passionnants ! - avec la Fondation Ling, l'Institut de pharmacologie et de toxicologie de l'Université de Lausanne et les Institutions psychiatriques du Valais romand. Il a ainsi pu nous présenter la passionnante collection *Les empêchements de penser en rond* qu'il dirige. En dix ans, nous devons à cette formidable édition plusieurs dizaines d'ouvrages sur la pratique des soins et de la psychiatrie, tous aussi originaux, stimulants que pertinents. L'année 2000 aura été cruciale pour la collection, puisque la rumeur laissait entendre qu'elle disparaîtrait en raison son abandon par la société Sanofi-Synthelabo. C'était sans compter sur le formidable enthousiasme de Philippe Pignarre et de son équipe, car la collection a pu inté-

grer récemment les Editions du Seuil et qu'elle reprendra ainsi son activité éditoriale, en toute liberté, dès les premiers mois de l'année 2001. Une grande victoire pour la liberté de pensée et pour tous ceux qui en ont assez de penser en rond ! La Fondation Ling ne manquera pas désormais de soutenir la diffusion de cette collection.

### Revue *L'Autre - Cliniques, cultures et sociétés*

N° 1 - *Nourritures d'enfance*

N° 2 - *La vie comme récit*

Edition La Pensée Sauvage,  
BP 141 - F - 38002 Grenoble

*L'autre* se situe dans le champ des cliniques transculturelles, au carrefour des interactions entre psychisme, cultures et sociétés. Au cœur de sa démarche se situe la question de la *différence* et de l'*altérité* qui oblige à interroger le statut de la langue, de la culture, des théories, des dispositifs de soins, voire des politiques de santé. Elle conçoit l'ethnopsychanalyse comme un savoir et des techniques ayant pour objectif d'aider des sujets à opérer les métissages nécessaires et créatifs qu'implique l'évolution du monde et la rencontre des cultures.

*L'Autre Atelier de la Fondation Ling* va bien sûr suivre cette revue de près !

### Du bon usage de l'hypnose

Victor Simon  
Préface de François Roustang  
Robert Lafont, collection Réponses,  
Paris, 2000

Forts de l'amitié qui nous lie, nous connaissons bien Victor Simon et cela d'autant plus qu'il vient fidèlement, chaque année, animer un séminaire d'hypnose à l'Unité d'hypnose de la Fondation Ling. C'est dire si nous connaissons ses qualités d'enseignant enthousiaste et de clinicien habile qui le caractérisent. De façon vivante et habilement compréhensible, le D<sup>r</sup> Simon a réussi l'exploit de transposer

fin de la chronique d'Eric Bonvin

ses qualités dans l'ouvrage qu'il vient de faire paraître sur le *Bon usage de l'hypnose*. Un livre à la fois pertinent, didactique et capable de susciter constamment l'intérêt du lecteur par des illustrations cliniques, des questionnements et des prises de position qui en font déjà un ouvrage de référence. A lire autant pour la découverte de l'hypnose, le perfectionnement de sa pratique que pour le simple plaisir.

Lire également la page 19 et ss. de cette édition.

**Hypnose in Psychotherapie,  
Psychosomatik und Medizin.  
Manual für die Praxis**

Dirk Revenstorf, Burkhard Peter (Hrsg.)  
Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 2001

Pour ceux qui s'intéressent à la pratique clinique de l'hypnose et qui sont familiers avec la langue allemande, cet ouvrage les intéressera sûrement. Rassemblant les textes de tous ceux que le milieu germanique de l'hypnose compte de praticiens et de cliniciens chevronnés en hypnose, ce manuel, exhaustif et complet, est un véritable traité contenant une somme d'informations aussi nombreuse que précieuse pour la clinique non seulement psychothérapique mais aussi médicale et psychosomatique de l'hypnose.

**Penser sa vie**

Fernando Savater  
Traduit de l'espagnol par François Maspero  
Seuil, Paris, 2000

L'auteur de *Ethique à l'usage de mon fils* (1994) et de *Politique à l'usage de mon fils* (1995) nous apprend, dans ce merveilleux ouvrage et avec cette pétillante verve dont il a le secret, à bien mourir... dès l'enfance ! ■

## «L'ŒIL FLORAL, FLEURS DE BACH ET DÉVELOPPEMENT PERSONNEL»

Les Fleurs de Bach constituent un système curatif qui rencontre actuellement un vif intérêt. Le caractère naturel de la méthode, sa relative simplicité ainsi que son absence d'effets secondaires, assurent en effet à ces essences une place de choix au sein des méthodes de soins dites complémentaires. Elles constituent un système à la fois simple et raffiné, riche dans ses applications et compréhensible par tout un chacun. Cet ouvrage, qui présente de manière simple et efficace les 38 Fleurs de Bach et les différents effets que l'on en peut attendre, se veut également novateur en mettant l'accent sur les implications philosophiques et spirituelles de ce système de soins et de connaissance de soi. Car ces essences ont bien davantage à nous offrir que la seule amélioration de différents petits problèmes... Elles proposent un apport original et pertinent tout particulièrement sur le plan du développement personnel. Acquérir et exercer notre "œil floral" peut donc aussi bien servir à notre simple bien-être que nous amener à des vues profondes sur la nature de la santé et de la maladie.

Le plan du livre est le suivant: Présentation de la vie et de la pensée du Docteur Bach. Caractérisation générale des 38 fleurs. Être en santé, c'est être soi-même: un point fondamental de la thérapie en Fleurs de Bach. Métaflores (de l'utilisation de la métaphore florale). Éléments de mythologie celtique et galloise en rapport avec les travaux d'Edward Bach. L'ouvrage propose également des Tableaux de repérage des fleurs, et inclut un Index des thèmes et un Index des fleurs.

L'auteur : licenciée ès lettres, Mireille Rosselet-Capt a été assistante en philosophie à l'Université de Lausanne avant de développer un intérêt prépondérant pour les Fleurs de Bach. Thérapeute - floropathe formée par

l'Atelier de Floropathie de M. Dewarrat, elle donne depuis plus de cinq ans des cours d'introduction à la thérapie florale dans différentes institutions, dont la Fondation Ling, en collaboration avec la D<sup>resse</sup> S. Schlegel-Christen.

Cet ouvrage remporte d'ores et déjà un vif succès. Nous vous en livrons ici un court extrait tiré du chapitre 4 sur les Métaflores :

« **Pourquoi employer la métafleure florale ?** Comme nous l'avons dit en introduction, la thérapie Bach mobilise des ressources curatives profondes chez la personne. Celui qui dépasse l'obstacle de ses objections rationnelles spontanées se rendra bientôt compte que ce mode de soin fait appel à un type de logique qui présente une cohérence profonde, quoique fort différente de notre niveau de conscience habituel. L'action des Fleurs de Bach se déroule sur le plan d'une logique «autre» que celle de la conscience rationnelle – laquelle aimerait pourtant tellement leur «régler leur compte» d'un jugement définitif... Mais les mauvaises herbes, comme chacun le sait, ça s'accroche – et si on les arrache par un bout, elles repoussent par un autre ! La métaphore a partie liée avec le niveau de compréhension plus global dont il s'agit. Associer une métaphore, un récit ou une allégorie à la prise de Fleurs de Bach est une excellente manière d'optimiser leurs effets. *La métaphore offre une traduction sur le plan symbolique de l'impulsion curative apportée par la fleur.* »

Vous pouvez commander cet ouvrage à notre secrétariat par téléphone, fax ou mail. Il est également possible de passer l'acheter directement à la Fondation Ling dont le bureau est ouvert tous les matins.

Prix : Fr. 32.- Frais d'envoi : Fr. 4.-

## «DU BON USAGE DE L'HYPNOSE»

Un livre de Victor Simon

par Gérard Salem, médecin psychiatre, privat-docent, président de la Fondation Ling (\*)

C'est avec le plus vif plaisir que je tiens à saluer la parution de l'ouvrage de Victor Simon, aux Editions Robert Laffont, dans l'excellente collection «Réponses» dirigée par Sylvie Angel et Abel Gerschenfeld, avec une préface qui porte la signature prestigieuse de Francois Roustang. *Du bon usage de l'hypnose* est un livre de près de 300 pages, qui offre au lecteur un panorama à peu près complet de ce que l'on appelle aujourd'hui «l'hypnose ericksonienne», discipline psychothérapeutique qui bénéficie déjà de près d'un demi-siècle de pratique et de recherches scientifiques de par le monde, en particulier aux USA, et d'une bonne vingtaine d'années d'exercice et de réflexion théorique en Europe et en France. D'abord dédaignée ou tenue en dérision par les médecins, les psychothérapeutes ou les apparatuschiks de la doxa médicale, voilà que l'hypnose, après avoir fait ses preuves dans le champ clinique et dans la recherche scientifique, suscite un engouement croissant chez un grand nombre de praticiens.

Les publications et les formations ne se comptent plus de nos jours, charriant dans leur sillage le bon grain et l'ivraie – comme c'est évidemment le cas chaque fois qu'une discipline thérapeutique neuve voit le jour et passe par sa «phase d'auberge espagnole». En effet, nous ne le savons que trop bien, chaque fois que surgit un nouvel espoir de mieux répondre à la souffrance physique ou mentale (sinon de la guérir), le travail sérieux qui s'attache à l'expérimentation de terrain et à la théorisation rigoureuse est inexorablement infestée par la cohue des marchands opportunistes et autres chevaliers d'industrie, qui jettent le discrédit sur la qualité de la découverte en y important des ingrédients indésirables et douteux, et en la corrompant par des intérêts qui n'ont rien à voir avec la santé et l'art du soin. C'est bien entendu le cas de l'hypnose, qui a connu, déjà bien avant le

XX<sup>e</sup> siècle, d'autres splendeurs et misères dont maints travaux historiques nous ont déjà instruits. Aussi convient-il, dans la tourmente contemporaine des interrogations et des controverses qui concernent la psychothérapie en général, et l'hypnose en particulier, de saluer la parution d'un ouvrage dont un des mérites tient précisément à contribuer à clarifier le champ clinique de l'hypnothérapie et de remettre, comme on dit, «l'église au milieu du village».

Mon commentaire portera sur le livre, sur son auteur, enfin sur la discipline elle-même telle qu'il nous est loisible la revisiter après cette lecture.

### Le livre

Comme le souligne Francois Roustang avec sa clairvoyance habituelle, il s'agit ici d'un ouvrage consacré avant tout à la pratique quotidienne de l'hypnose, soit à ses aspects les plus pragmatiques, les plus cliniques dirais-je, et ceci dans une perspective qui reste simple (et en aucune façon simpliste), art difficile s'il en est pour n'importe quel auteur d'ouvrage scientifique. Répartis sur dix-huit chapitres, les thèmes traités se suivent de façon harmonieuse et bien équilibrée. Autrement dit, la succession des matières abordées est cohérente, allant de la situation de base (les patients, leurs souffrances, leurs espoirs, leurs attentes, leurs itinéraires thérapeutiques, leurs déceptions, leurs croyances à propos des soins en général et de l'hypnose en particulier), jusqu'à la description fouillée d'interventions thérapeutiques spécifiques, en passant par les définitions systématiques de l'état hypnotique et des techniques utilisées par le praticien, le formidable réservoir des ressources personnelles du patient (qui reste, quoi que l'on pense, «maître de la cure», comme dit Roustang), les finesses de la relation qui s'établit entre médecin et patient, la diversité des pathologies accessibles à cette

discipline, les indications thérapeutiques courantes, mais aussi les dangers et abus de l'hypnose. Le tout enrichi et illustré par de nombreuses vignettes cliniques, ou mieux, par des «histoires» de thérapie telles qu'elles se passent dans le cabinet du D<sup>r</sup> Victor Simon, à la manière colorée déjà inaugurée par Milton Erickson et par son disciple Sidney Rosen.

L'auteur explique au lecteur ce qu'est l'hypnose aussi bien dans la vie de tous les jours qu'entre les mains du thérapeute, ou mieux, entre celles du patient et celles du thérapeute, dans cette «partition qui s'exécute à quatre mains» pour utiliser une des savoureuses métaphores qui parsèment l'ouvrage de façon vivante et poétique. Le fameux problème de l'influence et de la manipulation est abordée avec simplicité, dans une ligne de pensée qui s'élargit avec bonheur et originalité à la perspective écosystémique de Bateson ou à celle éthologique de Boris Cyrulnik, auteurs de référence presque aussi fréquemment cités par Victor Simon qu'Erickson (à juste titre, d'ailleurs). Toutes les pathologies sont au rendez-vous, de la plus bénigne et ordinaire à la plus grave ou bizarre. Y répond la richesse des techniques thérapeutiques utilisées, de la plus simple à la plus sophistiquée, allant des techniques de communication stratégique, d'induction et de suggestion, jusqu'aux procédés très élaborés de régression en âge ou d'hypnothérapie en profondeur, en passant par l'autohypnose, l'usage des métaphores, l'approche si particulière des enfants ou des adolescents, l'hypnose avec le couple ou dans la famille, et j'en passe. Les indications plus délicates du traitement de l'abus sexuel et des syndromes post-traumatiques en général font l'objet de chapitres spécifiques, comme celui de la mémoire et du syndrome des faux souvenirs. Mais le chapitre qui reste à mes yeux le plus puissant (et qui condense le reste du

*suite et fin de l'article de Gérard Salem*

livre en lui) est bel et bien celui consacré à *l'hypnose par le corps*, domaine dans lequel Victor Simon excelle en nous ouvrant des horizons peu explorés jusqu'ici, nous montrant par exemple qu'il est possible de toucher le malade sans crainte frileuse inutile, et nous rappelant, à l'instar de Bateson, que «nous sommes aussi des mammifères».

### L'auteur

Difficile de parler de la forme et du style de l'ouvrage sans évoquer la personnalité de son auteur, puisque, comme disait Buffon je crois, «le style c'est l'homme». Victor Simon est à l'origine médecin spécialiste en gastro-entérologie. Comment un gastro-entérologue en vient-il, direz-vous, à pratiquer la psychothérapie stratégique et l'hypnose? (Lui-même me confiait un jour, avec son humour habituel, que «l'endoscopie peut parfois mener plus loin qu'on ne s'y attend»). A mon avis, son parcours singulier ne peut mieux être décrit que par ses indignations devant la souffrance et la misère. Indignation de l'enfant et de l'adolescent qu'il était, témoin de maintes injustices et maltraitements, indignation de l'étudiant et de l'interne devant la manière cavalière et méprisante dont les malades peuvent être parfois traités dans les milieux hospitalo-universitaires, indignation du praticien témoin du désespoir des patients ahanant dans le marathon des consultations auprès des experts d'une médecine par trop cloisonnée, qui se les renvoient sans fin en les affublant d'étiquettes vides, sans contenu réel, sinon infamantes (patients «fonctionnels», «dystoniques», pithiatiques», que sais-je). Il était naturel que ce praticien soit en quête d'une médecine plus complète, d'une «médecine totale» (le mot est-il vraiment excessif?), qui prenne en compte autant l'âme que le corps. C'est pour cette raison qu'il s'est infligé une longue formation supplémentaire, rigoureuse et difficile, en plusieurs étapes et

sur de nombreuses années, auprès de maints spécialistes de France et des Etats Unis, en psychothérapie et en hypnose.

C'est dire combien Victor Simon s'implique corps et âme dans son livre. Il s'y expose avec courage, simplicité et modestie, et j'ajouterais, comme par souci de ne pas être en reste face au patient, qui lui aussi est, plus que n'importe qui, le premier exposé. Le ton est volontiers narratif, tantôt mesuré et soucieux de la rigueur exigée par l'art du soin, tantôt empreint de lyrisme, ou mieux, d'une verve quasi rabelaisienne et drolatique pour le grand bonheur du lecteur (je songe notamment aux pages dans lesquelles l'auteur déploie ses humeurs contre les gourous et charlatans de tout bois, ou contre les technocrates sans âme de la médecine, ou contre les aigrefins des neurosciences ou certains ayatollahs de la psychanalyse). Mais ces coups de gueule n'en perdent pas pour autant l'indispensable esprit autocritique ou le sens des nuances. Je dirais que le fil d'Ariane du livre, ou son point d'orgue, reste sans conteste le patient, considéré ici avec respect et humanité, générosité et complicité et, surtout, avec une confiance extraordinaire en ses ressources propres. Ressources dont l'inépuisable fontaine jaillit au cœur de l'inconscient et auxquelles il s'agira d'accéder grâce à l'hypnose. (Mais n'y a-t-il pas là le risque de mythifier «l'inconscient-copain», à trop vouloir le considérer avec bienveillance? Nos soubassements et nos arrière-cours mentales ne nous réservent-ils pas parfois des coups de Jarnac?). Quoi qu'il en soit, par ses qualités naturelles et très singulières, comme par l'énorme travail que ce livre représente, Victor Simon réussit la gageure de nous expliquer très clairement ce qu'est l'hypnose ericksonienne aujourd'hui, comment et pourquoi on la pratique, et ceci dans un langage accessible à tous, satisfaisant aussi bien les connaisseurs que

tout lecteur ignorant désireux de comprendre ce qu'est l'hypnose. Cet art de vulgarisateur inspiré est de mon point de vue comparable à celui de son illustre collègue et ami, Paul Watzlawick, qui nous avait déjà initié, avec élégance et simplicité, aux réalités les plus complexes de la psychothérapie stratégique, investiguées par les grands pionniers des premières heures de Palo Alto. C'est ce qui fait de lui non seulement un auteur si plaisant à lire, mais un formateur expérimenté et brillant qui enseigne depuis des années l'hypnose en maintes cités de France et d'ailleurs, avec un souci d'exigence et un savoir-faire non dénué d'humour et de sens critique.

### L'hypnose en France

Certes, l'hypnose a connu de féconds développements en maints autres pays et cités (Vienne, Londres, Edimbourg, Saint Pétersbourg, les USA, le Canada, la Suisse, pour ne citer que quelques-uns de ses hauts lieux). Mais est-ce un hasard si la France et Paris fonctionnent à l'instar d'aimants ou de «collecteurs» de ce savoir? Songez que c'est bel et bien dans ce creuset particulier que Mesmer a connu ses heures de triomphe (et de défaite), que Chastenet de Puysegur, l'Abbé Faria, Charles de Villers, puis Martin Charcot, Hyppolite Bernheim, Auguste Liébault ont soulevé les débats les plus chauds. Et n'oublions pas que c'est à la Salpêtrière que Freud s'initia au b.a.-ba de cette discipline, à l'aube du XX<sup>e</sup> siècle (avant de l'abandonner pour fonder la psychanalyse). Et c'est aussi bel et bien Pierre Janet qui allait jeter, à Paris, à la même époque, les premières bases de la dissociation (à mes yeux, notion clef de l'hypnose), bien avant les développements modernes qu'allaient lui apporter Erickson et Hilgard aux Etats-Unis.

Bien sûr, l'hypnose allait être «oubliée» quelque temps par l'intelligentsia française, alors qu'elle béné-



ficiait de travaux poussés dans d'autres pays : l'Allemagne, avec Moll, Vogt ou Schultz; la Suisse, avec Dubois et Forel; l'Union Soviétique, avec Pavlov, Bechterev, Platonov; les Etats-Unis avec Hull, puis Erickson et ses épigones. Pourtant, pendant ces années d'occultation, son bastion restait solidement défendu par quelques Français : songeons aux contributions en hypnose expérimentale de Binet et, surtout, aux magnifiques et inestimables travaux de Chertok, qu'on n'a pas fini d'inventorier et de décrypter.

Aujourd'hui, l'hypnose renaît de ses cendres en France, dans une foulée essentiellement ericksonienne. Parmi ses contributeurs, citons bien entendu le travail patient de Jean Godin et de ses collègues ou élèves, les recherches comparatives rigoureuses accomplies par l'équipe de Didier Michaux,

l'indispensable éclairage latéral apporté par l'éthologie et brillamment réalisé par Boris Cyrulnik, et surtout le travail considérable et érudit, d'une hauteur de vue incomparable, déjà accompli et toujours en cours de François Roustang, qui en revisite les fondements mêmes et nous propose un nouveau cadre épistémologique pour sa compréhension. C'est à cette affiliation qu'il convient de rattacher le travail de Victor Simon et de son équipe lilloise, mais aussi de l'équipe de Jean-Marc Benhaiem à Ambroise Paré, de l'équipe lyonnaise de Mohammed El Farricha, ou des équipes francophones lausannoise et genevoise de Suisse. Il ne m'est malheureusement pas possible, faute de place, de développer davantage ici cette tentative d'esquisse d'une lignée française et francophone de l'hypnose. Peu importe, nous manquons pour l'instant de

recul, et ce n'est pas avant quelques décennies que nous pourrions mieux apprécier les apports respectifs et durables des diverses équipes en question.

Quoi qu'il en soit, gageons que le livre de Victor Simon restera un des points de repère précieux, du point de vue clinique, dans l'histoire du mouvement. Et c'est avec impatience que nous attendons d'autres histoires de patients, qu'il cache pour l'instant dans sa hotte. ■

(\*) G. Salem est l'auteur de *L'approche thérapeutique de la famille* et, avec Eric Bonvin, de *Soigner par l'hypnose* (Masson Editeur, Paris, 1987, 1996, 1999, nouvelles éditions fin 2000, sous presse).

# 詩

## LES CLARTÉS OBSCURES DE BÉATRICE CORTI

Gérard Salem

*La Fondation Ling a le plaisir d'éditer, avec la collaboration de Michèle Gamba, sous le titre **Miettes de bonheur**, une anthologie des poèmes de Béatrice Corti, psychologue, psychothérapeute, écrivain. Le texte qui suit est la préface que G. Salem a consacré à ce bel ouvrage (qui peut être commandé à la Fondation Ling).*

Qu'elle soit " vécu souverain " (René Char) ou " soudain élargissement du monde " (Henri Michaux), la poésie restera toujours, à nos yeux de simples mortels, une sorte de cérémonie plus ou moins occulte, la célébration d'un indispensable mystère. Chaque poème fonctionne à la façon d'un rite, d'un " embrayeur " curieux qui nous connecte au mystère du monde et de notre relation avec le monde. Et le poète est alors semblable au chaman, intercesseur doué, parfois inquietant, entre chacun de nous et les esprits cachés dans les pierres, les astres, les étoiles, les plantes, les nuages...

Les poèmes contenus dans ce recueil ont été composés et écrits en des conditions essentiellement exotiques, au sens où Victor Segalen définissait ce terme. Autrement dit, il s'agit ici aussi

bien d'exotisme " extérieur " que d'exotisme " intérieur ". Jardins chinois de Singapour, *Writer's Bar* ou *Long Bar*, terrasses aux pivoines, étangs aux lotus, rideaux ajourés de la chambre d'hôtel sur le ciel émeraude ou blafard, certes. Mais aussi, alcôves intimes, salles de consultation, chambre à coucher hantée par les chats, lit d'hôpital, écritoire secret de la petite maison de Burtigny...

Béatrice Corti est une voyageuse de l'invisible. Ses yeux savent voir des mondes qui échappent à nos rétines aveugles. Elle a la trempe des vrais explorateurs, ceux qui ne se laissent guère intimider par les territoires secrets de nos pérégrinations humaines : steppes glacées du deuil, miroirs sombres de l'amour blessé, solitudes sans fond de l'enfant blotti au cœur de

fin de l'article de Gérard Salem

l'adulte. Elle décrit ces étranges équipées dans les poèmes que vous lirez ci-après, et dont chacun, pur joyau, balise son itinéraire intérieur, comme les cailloux d'un Petit Poucet rêveur et inspiré, inscrivant dans l'humus de la forêt son carnet de voyage.

Mais Béatrice Corti ne le fait pas pour elle seule : chaque poème est une offre au monde et aux autres humains, chaque poème nous livre, à travers le prisme de sa mélancolie ou de son exultation, quelques éclats de cette "obscurité clarté qui tombe des étoiles" (évoquée par Victor Hugo). Et cette lueur sombre destinée à éclairer les choses invisibles nous dévoile, à chaque poème, un peu de nous-mêmes, un peu de notre histoire (la plus cachée surtout).

Elle le fait à sa manière. Sa plume semble soulevée par le souffle ivre de Li Bai, maîtrisée par la rigueur sobre de Du Fu, illuminée par la force visionnaire de Wang Wei. De ces poètes chinois, elle a hérité aussi le sens de la litote et de l'*understatement*. Ne pas tout dire, ou dire à l'envers, ou sous-entendre. Sous-entendre le chrysanthème sans jamais écrire le mot chrysanthème.

Ainsi au "cadran du gouffre" surgit l'ange de la mort et commence la longue litanie silencieuse de la plaie ouverte par l'enfant perdu.

Ah, vomir l'humaine mixture  
De la souffrance partagée !

La douleur culmine à son faite, rien n'est plus tolérable, l'on a beau se tenir droite, présente, digne et attentive à autrui, qu'importe :

Sur le sol tu voudrais tomber  
Colonne de mercure brisée.

Ainsi, le poème devient requiem, ou supplique, ou aveu, ou cri qui déchire

la nuit, ou mélancolie blême du matin. On se réveille un peu folle.

Le sable gris de la déraison  
Avait faussé l'engrenage...

Pourtant, au plus profond du malheur se trouve une étrange fontaine, d'où jaillit le rire de Béatrice Corti. Est-ce un de ces rires lugubres (mais savoureux) dans la veine de Lautréamont ? Il y a de ça.

O vous tous qui passez comment vous dire  
Qu'une gargouille de pierre, là-haut,  
N'en finit pas de rire, à force d'être usée.

Mais il comporte quelque chose de plus fort, au-delà de l'ironie ou de l'humour noir.

Saurez-vous entendre ce cri,  
Pas celui du cauchemar, mais celui des renaissances

Et le miracle de la renaissance est là. Tout le fol espoir de l'humanité en marche se condense en quelques mots, pour celle dont le cœur est "semblable à ce bonsaï, torturé depuis si longtemps". C'est la "fine pluie du pardon" qui fertilise "L'Arbre de l'Oubli". Nous sommes consolés, enchantés par une effervescence neuve et douce.

Vienne le tendre matin,  
Vienne la clarté des évidences  
Retour au calme, à l'apaisement du cœur. La vie est là, simple et tranquille, disait Verlaine.

Un petit poète rentre à la maison,  
La barque est fragile, et le Fleuve,  
Blanc.

Avez-vous déjà entendu le rire de Béatrice ? Son merveilleux rire plein de vie et de santé ? Sinon, courez chez elle. ■

## NOUVELLES DE L'UNITÉ D'HYPNOSE DE LA FONDATION LING

L'année 2001 apportera à nouveau de nombreuses modifications aux programmes d'enseignement de l'UHFL. En effet, le *programme qualité* devra être mené à son terme tout en y acceptant d'importants remaniements. En effet, l'UHFL a décidé d'adapter son enseignement aux nouvelles exigences édictées par la FMH, pour les médecins, en vue de l'obtention du certificat d'aptitude aux techniques hypnotiques qu'elle délivre. Le programme que prépare l'UHFL permettra notamment aux médecins ayant déjà été formés par elle de poursuivre leur formation en vue de l'obtention du certificat délivré par la FMH.

Le cycle *nomade* de formation de l'UHFL, qui propose une formation de base aux techniques hypnotiques à des équipes pluridisciplinaires de soins dans le cadre direct de leur activité, rencontre un certain succès. En effet, après avoir formé une première équipe en psychiatrie sociale à l'Unité de réhabilitation du Département universitaire de psychiatrie adulte à Prilly en 1999, l'UHFL finit actuellement de former une équipe dans le cadre des Institutions psychiatriques du Valais romand et formera, en 2001, une équipe de soins en radio-oncologie à l'Hôpital de Sion. ■

Eric Bonvin



## LE BON DOCTEUR HE, HERBORISTE À BAISHA

Gérard Salem

Pour aller de Lijiang à Baisha, vous prenez un de ces petits taxibus très populaires en Chine, qui embarquent leurs passagers au hasard du chemin, jusqu'à ce que le véhicule soit plein à craquer. Sur le pare-brise sont inscrits en chinois les deux caractères Bai-sha («sables blancs»). Un petit signe de la main, le véhicule s'arrête, on vous compresse entre trois ouvriers et six poules caquetantes aux pattes ligotées. Puis on vous fait la conversation sur les deux ou trois choses réellement intéressantes à visiter dans cette région du Nord-Ouest du Yunnan : l'Institut de recherches sur le chamanisme Dongba, à Lijiang, les sources bouillonnantes de la Montagne du Dragon, les quelques temples bouddhistes du coin, dont le Yufengsi à quelques li plein nord, et voilà. Mais Baisha ? Qu'est-ce que vous allez chercher à Baisha ? Il n'y a rien à Baisha, si ce n'est un vieux temple mal entretenu et une soi-disant maison de l'ethnie minoritaire Naxi (fortement représentée dans les parages). Dans le passé, sous la dynastie des Yuan (1279-1368), c'était autre chose : Baisha était la capitale du royaume Naxi. Mais maintenant ? Rien, un trou perdu.



La route longe un plateau très nu, qui servait naguère de piste d'atterrissage secrète aux *Tigre Volant* de l'Air Force américaine (lorsqu'ils venaient ravitailler en armes et munitions les troupes de Tchang Kaï-chek). Un peu plus loin, sur la ligne d'horizon, les monts enneigés du Dragon de Jade (5550 mètres). Bientôt le taxibus vous dépose au cœur du village de Baisha. Un bled. Quelques maisons délabrées, des chemins de terre battue, deux ou trois éventaires pour les rares touristes de

passage, une buvette à thé, un ruisseau où jouent quelques gamins aux frimousses un peu sales, qui vous regardent passer comme si vous étiez un OVNI. Un petit monsieur essaie de vous vendre un flacon de parfum à l'ancienne, orné de motifs incrustés érotiques. Une dame vous invite à vous joindre, moyennant 5 yuans, à une danse Naxi improvisée par cinq de ses congénères. Vous passez votre chemin, lentement, dignement, le sourcil froncé, la mine vaguement préoccupée, en vous demandant dans votre for intérieur ce que vous êtes venu faire là.

*What do I do here ?* C'est le titre d'un recueil de textes sur des thèmes nomadiques de Bruce Chatwin, sympathique *travel writer* anglais, qui est venu lui aussi dans les parages voici une trentaine d'années. Il y a décrit un personnage haut en couleur, le «docteur Ho», qu'il a rendu célèbre et qui doit être mort depuis belle lurette. Mais non, vous faites erreur. Le docteur Ho (ou plus exactement : He Shixiu), est toujours vivant. Le voici, du reste, devant son officine, au bord du chemin qui traverse le village en son milieu. Silhouette penchée, en-

goncée dans sa blouse blanche de docteur, et coiffée d'un bonnet d'où s'échappent de longues mèches folles, aussi neigeuses que sa barbiche et que les monts du Dragon de Jade. D'entrée de jeu, il vous offre une tasse de thé médicinal et vous invite à prendre place pour bavarder un brin.

Oui, il a fort bien connu Chatwin, devenu un ami (mais décédé quelques années plus tard). Par la suite, il a reçu des milliers de visiteurs, des quatre

coins du pays, et même des *waiguoren* (étrangers), venus lui demander ses bons soins d'herboriste. Il vous montre leurs cartes de visite épinglées aux murs en toutes les langues, et quelques-uns de ses livres d'or – dont l'un réservé aux visiteurs suisses !.. Nombre d'articles lui ont été consacrés dans maints magazines japonais, français (*Animan*), allemands, dans des journaux américains aussi (dont le *New York Times* et le *Boston Herald*), sans parler de quelques guides de voyage qui le mentionnent comme une vraie star locale. Des copies de ces articles et reportages sont punaisées en vitrine un peu partout dans l'officine, et pas mal de photos du docteur He attestent de sa grande popularité en Chine comme à l'étranger.

Même des médecins lui ont écrit pour lui demander la recette de son fameux thé médicinal. Il vous exhibe fièrement un rapport médical de l'illustre Mayo Clinic, qui lui fait part de la guérison d'un patient gravement leucémique, manifestement guéri grâce à ces infusions d'herbes prises quotidiennement pendant trois ans. Le bon docteur He ajoute que les herbes – qu'il va lui-même cueillir, deux fois

par année, aux flancs du Dragon de Jade – ont un effet très puissant contre de multiples maladies : tuberculose, bronchite chronique, cancers divers, ulcère gastro-duodéal, allergies, arthrite galopante, goutte, hépatites, affections coronariennes, et j'en passe. Lui-même était tombé gravement malade, il y a un demi-siècle, et avait commencé à se soigner en étudiant près de deux mille variétés d'herbes de la montagne, un peu à la façon de Li Shizhen, grand médecin chinois de





fin de l'article de Gérard Salem

jadis, auteur d'une pharmacopée historique.

Puis le docteur He vous explique son point de vue sur la façon dont devrait évoluer l'exercice de la médecine aujourd'hui. Il faut mettre un terme à la vénalité de certains praticiens (lui-même ne demande pas d'honoraires et soigne souvent gratuitement, en acceptant de vivre dans un état proche du dénuement). Il pense que les gouvernements de tous les pays devraient faciliter cette attitude humaniste auprès de tous les médecins du monde, qui devraient par ailleurs joindre leurs efforts pour combiner intelligemment techno-sciences et soins naturels – dans une ligne de pensée fort proche de la charte de la Fondation Ling.

Le fond de l'air est frais, à 2400 mètres, mais l'étonnant soleil de janvier et le thé chaud maintiennent une douce tiédeur dans vos membres engourdis. Vous quittez le docteur He en lui promettant de lui redonner de vos nouvelles, après avoir consommé pendant quelque temps une mixture spécialement apprêtée pour vos propres tracasseries de santé. Le taxibus est là, qui vous attend. Sur le chemin du retour, vous vous dites que les membres de la Fondation Ling devraient tous aller rendre visite au bon docteur He, et qu'il serait judicieux de les tenir informés de son existence, noble sentinelle des monts enneigés du Dragon de Jade. ■

## «TROIS RACINES DANS UN JARDIN» Un livre du parrain de la Fondation Ling

Nous avons le grand plaisir de signaler la parution, aux Editions La Joie de Lire (Genève), du dernier livre du Révérend Père Claude Larre, directeur de l'Institut Ricci, à Paris, sinologue de renommée internationale, parrain de la Fondation Ling. Les membres de la fondation le connaissent bien, en particulier ceux qui ont assisté aux nombreuses conférences et à maints séminaires qu'il a donnés à Lausanne. L'année passée, nous avons eu déjà l'occasion de saluer la sortie du nouveau *Dictionnaire Ricci de caractères chinois* (le plus important dictionnaire du monde, en ce qui concerne la traduction du chinois vers une langue occidentale), œuvre colossale à laquelle a travaillé le Père Larre, pendant des années, avec une importante équipe internationale de spécialistes (dont M<sup>me</sup> Elisabeth Rochat de la Vallée à Paris, et les RP Lefeuvre, Raguin, Motte et Camus de l'Institut Ricci de Taipei, pour ne citer que quelques noms)<sup>1</sup>.

Jésuite, docteur en philosophie et en sinologie (Université de Paris), longtemps président de l'École européenne d'acupuncture, directeur de l'Institut Ricci de Paris, le Père Larre a mené maintes recherches dans la traduction et l'interprétation des textes classiques, qui l'amènent à œuvrer dans le champ de la médecine traditionnelle chinoise et à collaborer avec les grandes écoles d'acupuncture d'Europe et d'Amérique. Il a publié de nombreux ouvrages sur les divers aspects de la culture chinoise, se spécialisant dans

la traduction des textes taoïstes et médicaux de la Chine traditionnelle. Son enseignement et ses conférences sont recherchés en France, aux USA, au Canada, en Angleterre, en Suisse, en Chine, entre autres.

Le livre intitulé *Trois racines dans un jardin* est un petit parcours autobiographique, écrit d'une plume poétique et méditative, au fil duquel le Père Larre revient sur son enfance, sa famille, son adolescence, ses études au séminaire, ses premiers voyages en Chine et en Orient où il a étudié le chinois (à Pékin et à Shanghai), avant de vivre au Japon et au Vietnam, pays dont il a également étudié les langues, ce qui lui a permis d'acquérir une expérience unique quant à la compréhension de

l'évolution des pensées et des mentalités orientales. Mais ici, dans ce petit livre, la place est donnée surtout au récit, à l'anecdote, ce qui en rend la lecture extrêmement plaisante. Nous avons entre les mains un petit trésor d'érudition et de cœur, précieux témoignage d'un grand homme, mais donné avec simplicité et modestie. Ces souvenirs ont été reconstitués avec la collaboration d'Anne Salem-Marin, des Editions La Joie de Lire (à Genève). ■

Gérard Salem



<sup>1</sup> Nous avons marqué l'événement par une cérémonie tenue en novembre à l'Institut d'informatique de l'Université de Lausanne, à Dorigny, en présence des RP Larre et Lefeuvre et de sinologues suisses.

## ACTIVITÉS DE LA FONDATION LING

- 10-11.2 Week-end résidentiel **“Vivre son rythme entre son Ciel et sa Terre”**, avec M<sup>me</sup> Hermine Mambi-Meïdo, Puidoux, Crêt-Bérard
- 10-11.3 (week-end) Séminaire **Hypnose et psychothérapie**, avec M<sup>me</sup> Joséphine Balken, Prilly, Site de Cery, CES (réservé aux médecins et psychothérapeutes)
- 14.3 (mercredi) **Film “UNE FOLIE QUI AIDE”** avec M. Jean-Charles Pellaud, et M<sup>me</sup> Hermine Mambi-Meïdo, réalisateurs, Pully, Collège A. Reymond, salle de projections, 20 h 15
- 24.3 (samedi) **QIGONG DE L’OUVERTURE DES 12 MERIDIENS** (cours en 3 matinées) avec M<sup>me</sup> Véronique Terrier, Lausanne, Centre paroissial Saint-Jacques, avenue du Léman 26, 9 h-12 h (dates suivantes, 7 et 28 avril)
- 28-29.4 **WEEK-END D’INITIATION À L’AUTOHYPNOSE** (Cycle C1-2001) avec des enseignants de l’Unité d’hypnose, Prilly, Site de Cery, CES, 9 h-17 h 30
- 2.5 (mercredi) **Film “AU NOM DE NOS ANCETRES”** avec M. Jean-Charles Pellaud et M<sup>me</sup> Hermine Mambi-Meïdo, réalisateurs, Pully, Collège A. Reymond, salle de projections, 20 h 15
- 4.5 Ouverture de l’exposition « Traversée des mondes. ArtMédecine en Afrique » (jusqu’au 16 septembre 2001)
- 8.5 (mardi) **Soirée d’autohypnose 2-2001**, Lausanne, Lucinge 16, 18 h-20 h
- 19.5 (samedi) **Journée sur les BOLS CHANTANTS TIBÉTAINS** - musique, méditation, thérapies par le son, avec M<sup>me</sup> Lucette Volken, Fey, ferme en Pré-Courbe, 9h-17h
- 19.6 (mardi) **Soirée d’autohypnose 3-2001**, Lausanne, Lucinge 16, 18 h-20 h
- 1-2.9 **WEEK-END D’INITIATION À L’AUTOHYPNOSE** (Cycle C2-2000) avec des enseignants de l’Unité d’hypnose, Prilly, Site de Cery, CES, 9 h-17 h 30

Ce calendrier est régulièrement mis à jour sur notre site : [www.ling.ch](http://www.ling.ch)

**www.athenaeum.ch**  
 école d’architecture & design

## LA FONDATION LING A... DIX ANS !

Il y a tout juste dix ans (le 7 février 1991) que la Fondation LING était créée par une équipe enthousiaste et convaincue de la pertinence de la complémentarité de la médecine classique et des autres médecines ou pratiques de santé, à l'époque peu connues ou diffusées. Quelle évolution en dix ans ! La Fondation a, dès ses débuts, mis sur pied des cours et des séminaires avec des partenaires pionniers, chez nous, de plusieurs de ces disciplines alors peu répandues. Elles sont aujourd'hui reconnues et utilisées par la majorité des personnes préoccupées de gré ou de force par leur santé. Le corps médical s'ouvre également à cette nouvelle conception de la santé, considérant plus le patient comme un partenaire. Le patient (utilisateur de soins) de son côté envisage sa santé non seulement en termes de guérison de la maladie mais en quelque sorte en termes de «culture de la santé» au travers de moyens qu'il choisit en toute autonomie. A l'heure des bilans, la fondation peut se prévaloir d'avoir contribué à cette ouverture et à ce mouvement. Elle a choisi pour cela des moyens variés allant des conférences, cours, week-ends et rencontres s'adressant à tous aux séminaires, formations ou colloques plus directement destinés aux praticiens de santé de toutes disciplines. Bien qu'il eût été plus facile de sélectionner un type précis de partenaires, la fondation a tenu à garder cette ouverture conformément aux buts définis dans sa charte. De même, elle s'est attachée à ne pas se cantonner à des domaines strictement médicaux pour répondre à

sa volonté d'orientation humaniste considérant la santé comme un tout faisant partie de la médecine, de la psychologie et de la culture de l'homme. Au final, un bilan très positif qui n'a toutefois pu se réaliser que grâce à votre soutien indéfectible et renouvelé. Bien que reconnue d'utilité publique, la fondation ne dispose pas de subvention régulière d'aucun organisme privé ou d'Etat. C'est donc vos cotisations et le produit des activités qui constituent l'essentiel de ses revenus. A cela s'ajoutent vos dons spontanés ou de soutien pour une activité précise (*La Lettre* par exemple !) ou pour un événement particulier comme ce dixième anniversaire. Nous vous en remercions chaleureusement, ces sommes étant indispensables à la poursuite de nos activités et constituant un encouragement moral tout aussi important pour le Conseil et les collaborateurs de la fondation. Quelques organismes nous ont également soutenus : La Loterie romande au début des activités de la fondation, la Fondation Madeleine de Weiss en 1998 et l'année dernière la Fondation Tissières qui nous a octroyé un don de 20'000 francs. Grâce à cette somme, nous avons pu poursuivre notre programme d'édition et renouveler une partie de notre matériel informatique devenu vétuste. Nous les remercions vivement de ces aides substantielles qui ont permis le franchissement d'importantes étapes. Vous avez reçu au mois de décembre le programme pour le 1<sup>er</sup> semestre 2001; nous vous serions reconnaissants de

vous inscrire dans les délais aux activités qui vous intéressent. Nous sommes soumis à des délais de dédit (pour les lieux de cours mais aussi vis-à-vis des enseignants et des personnes inscrites) et il arrive trop fréquemment que nous soyons obligés d'annuler une activité qui finalement aurait pu avoir lieu si toutes les inscriptions étaient arrivées à temps. Les paiements effectués dans les délais facilitent également beaucoup le travail administratif, que, rigueur administrative oblige, nous sommes tenus de simplifier au maximum ! Merci donc à tous de nous faciliter la tâche par cette collaboration indirecte.

Les moyens publicitaires classiques par voie de presse ou d'affichage étant très onéreux, nous sollicitons également votre aide pour diffuser programmes, mémos, affiches ou tout autre documentation. Nous vous les adressons volontiers : téléphone, fax et mail sont à votre disposition.

Nous aimerions encore remercier très chaleureusement tous les bénévoles qui au cours de l'année nous assistent lors des conférences, week-ends, cours et envois.

Nous vous souhaitons à tous une excellente année 2001 et nous nous réjouissons de vous rencontrer lors de l'une ou l'autre de nos activités.

**Hélène Bottarelli**, directrice administrative et l'équipe du secrétariat, **Anne Spagnoli**, secrétaire de l'Unité d'hypnose, **Annie Amblet**, secrétaire, et **Shoshana Corthésy**, secrétaire assistante.

*Ce numéro vingt-deux de «La Lettre» a été réalisé par une équipe bénévole, de membres ou d'amis de la Fondation Ling. Chaque membre de la fondation a droit à un numéro gratuit. Tout numéro supplémentaire peut être acheté à notre secrétariat. Enfin, tout soutien financier est le bienvenu à notre compte bancaire BCV, Lausanne C. 211.173.4 (767), en mentionnant la rubrique «La Lettre».*

### COMMENT SOUTENIR LA FONDATION LING?

En devenant membre et en versant la cotisation annuelle.

En participant aux conférences, enseignements, séminaires, week-ends ou voyages.

En versant des dons de soutien pour *La Lettre*, pour une de nos recherches ou actions (*self-help*, proverbes de santé, hypnose, etc.).

En offrant une aide bénévole pour l'administration ou l'organisation technique des manifestations.

En faisant connaître nos travaux dans les milieux concernés par la santé et dans la société en général.