

Flavien SIMONE

N° Etudiant : 1417968

*Le soin psychique à l'épreuve des djinns
Vers une clinique métissée ?*



Réseau Samdarra (CH Le Vinatier)

Interface (CH de Saint-Etienne)

Université LYON I

Diplôme Inter Universitaire « Santé, Société, Migration » 2014-2015

Introduction	3
1. Avant-propos	3
2. Présentation de l'objet d'étude	4
3. Champs théoriques	5
I. Présentation des éléments théoriques et empiriques	8
1. La démarche méthodologique	8
2. La croyance religieuse – Définition des concepts	10
a. La religion	10
b. La religion musulmane	13
c. Le djinn	14
3. La situation clinique – L'histoire de Dajana	16
a. Présentation du terrain	16
b. La rencontre avec Dajana et sa famille au CMP.	20
c. L'évocation du Djinn	21
4. Éléments de problématisation	23
II. Analyse des données	25
1. Représentations des patients concernant la maladie.	25
2. Représentations des soignants quant aux croyances religieuses.	28
3. Un soin à la croisée des chemins	30
Conclusion	33
Bibliographie	34

INTRODUCTION

1. Avant-propos

Le travail présenté ici, étudiera les relations complexes entre la religion et la santé mentale en s'appuyant sur la situation d'une jeune adolescente et de sa famille, issues de l'immigration et de confession musulmane. L'axe d'étude de cet objet de recherche s'appuiera sur les notions de représentations et d'altérité dans la relation thérapeutique où des éléments convoquant des croyances religieuses sont en jeu. Cet écrit déploiera et affinera progressivement cette question avec des apports théoriques d'orientation ethno-psychiatrique, anthropologique, psychologique et religieux.

"Je le pensai, Dieu le guérit"

Ambroise PARÉ

Depuis des siècles, la religion et la médecine entretiennent des liens à la fois proches et distants. Nous pourrions faire une étude riche et passionnante d'un point de vue historique sur cette relation entre le médical et les religions. Concentrons-nous plutôt sur l'émergence de la médecine psychiatrique en France au cours du XIXe siècle. Cette émergence témoigne bien des conflits mais aussi des ententes entre la discipline médicale et la religion catholique. Nous nous appuyons sur l'étude de Jan GOLDSTEIN, qui dans son ouvrage « *consoler et classer* ¹ » rend compte des difficultés, des tensions mais aussi des alliances en jeu, entre la médecine psychiatrique naissante et l'église.

Consoler renvoie à la notion de *traitement moral* pensée par le Docteur Philippe PINEL. Il explique que la maladie mentale et la folie seraient engendrées par des causes morales, s'éloignant donc de la pensée de l'époque où la folie aurait des origines biologiques. Pour P. PINEL, il s'agit alors de « donner l'espoir consolant d'un sort plus heureux » aux « aliénés », de « compatir à leur maux ». Nous comprenons donc que le Docteur PINEL préconise des méthodes thérapeutiques plus douces plutôt que les saignées ou les purges, par exemple. Ces méthodes sont davantage axées sur la parole et le travail d'expression des émotions. Cette pensée soignante a été inspirée par la posture bienveillante de Jean-Baptiste POUSSIN alors surveillant à l'hospice de Bicêtre et proche du Docteur

¹ Jan GOLDSTEIN, *consoler et classer* », l'essor de la psychiatrie française, Ed : institut Synthélabo, 1997

PINEL.

Le *traitement moral* renvoi également aux pratiques de l'église catholique, très présente et influente au XIX^e siècle. L'on pensait à l'époque, que certaines pathologies telles que la monomanie pouvaient être traitées grâce au recours de pratiques religieuses. La parole, l'écoute ou la confession étaient alors privilégiées.

Nous ne pouvons pas encore parler clairement d'altérité, comme nous l'entendons dans la pratique clinique, mais la posture de P. PINEL et de J-B. POUSSIN marque une réelle prise en compte de ce qu'est l'autre en tant que sujet en souffrance. Pour autant, ce bref rappel historique n'élucide pas les questionnements bien actuels du soin dans un contexte d'interculturalité, entendu ici, comme les différentes représentations des origines d'un syndrome, de son traitement et de sa guérison.

2. Présentation de l'objet d'étude

Les questions des liens entre la religion et le soin psychique me sont apparues dans le cadre de mon activité professionnelle, d'assistant de service social dans un centre médico-psychologique (CMP) en pédopsychiatrie, rattaché à un centre hospitalier spécialisé public.

Au cours d'entretien avec une famille ou lors d'une consultation, certains parents ont pu exprimer leur croyance religieuse. Cette expression prend souvent la forme d'une phrase ou d'une idée qui peut paraître anodine de prime abord, tel que "si Dieu le veut", "Inch Allah" ou "que dieu vous bénisse". Parfois, la religion est exprimée par des rites religieux, tel que le baptême, la circoncision ou le ramadan. J'ai également observé que certains parents expliquaient la cause des troubles de leur enfant, par des manifestations de l'ordre du divin ou de croyances religieuses. La question du mauvais œil, ou la question de la punition divine est clairement exprimée.

Ces discours m'interpellent à plusieurs niveaux. Ces familles sont en souffrance et elles expriment par leurs paroles et leurs discours des éléments convoquant la religion. Or, les professionnels du soin psychique que nous sommes, travaillons dans la majeure partie des cas avec les propos des patients. Il n'est pas aisé pour les soignants d'intégrer ce discours empreint de religieux dans le travail d'élaboration clinique. Ces discours peuvent être éloignés de nos références professionnelles. Les soignants peuvent être alors pris dans des mouvements d'incompréhension, d'incapacité à penser, voire d'un relatif rejet vis-à-vis de ces propos.

Ce mémoire présentera la situation d'une adolescente prénommée Dajana, dont les parents musulmans, pensent qu'elle est possédée par un être malveillant, appelé djinn. Dajana est née au Kosovo en 1998 et elle est arrivée en France avec le reste de sa famille en 2004.

Ce mémoire tentera donc d'interroger les propos invoquant les croyances religieuses dans le cadre du soin psychique, mais aussi de questionner la possibilité pour les professionnels travaillant en psychiatrie, d'entendre et de mettre au travail dans leur pratique ces discours.

Cet écrit tentera donc de répondre à la problématique suivante :

Comment penser un soin psychiatrique avec des patients se vivant comme possédés par un djinn ?

La première partie de ce mémoire, permettra de construire une vision globale mais précise du terrain sur lequel nous allons nous appuyer. Il s'agira d'exposer des éléments théoriques et empiriques. La démarche méthodologique de ce mémoire sera détaillée.

Cette problématique suppose dans un premier temps, de définir et de développer trois notions importantes : la religion, puis l'Islam et enfin les croyances religieuses et les djinns. Celles-ci ne peuvent être définies que de manière modeste et il apparaît nécessaire de délimiter la définition de la religion et des croyances religieuses à notre cadre de recherche. Une fois cette première base théorique posée, il sera indispensable de spécifier et d'expliquer ce que sont les djinns et ce qu'ils représentent dans la religion musulmane.

Le troisième développement de cette première partie présentera la situation clinique choisie pour illustrer le propos de ce mémoire. La situation de la jeune Dajana, possédée par un djinn sera alors énoncée.

La seconde partie de ce mémoire portera sur l'analyse des éléments en jeu dans cette situation. Il s'agira alors de croiser des observations cliniques de l'histoire de Dajana avec des données théoriques.

Enfin, la conclusion permettra à la fois de donner un éclairage nouveau sur la situation de cette patiente, mais aussi d'ouvrir d'éventuelles perspectives concernant le problème posé.

3. Champs théoriques

La problématique de ce mémoire et la recherche qui en découle suppose un champ théorique pluridisciplinaire avec des écrits d'auteurs d'époques et de sensibilités différentes concernant la religion et le soin psychique.

Dans un premier temps, il est apparu nécessaire de se familiariser avec cet objet d'étude et de le saisir dans sa globalité. Mes premières recherches ont eu tendance à considérer la religion comme

un élément constitutif de la culture. Il me semblait donc important de lire des auteurs traitant du soin dit transculturel.

Cela a été alors l'opportunité de découvrir le psychanalyste et anthropologue, Georges DEVEREUX avec son ouvrage « Essai d'ethnopsychiatrie générale ». Ses théories de l'inconscient culturel et des mécanismes de défenses octroyés par la culture, sont extrêmement intéressantes. Dans ce même ouvrage, G. DEVEREUX indique également qu'il est préférable, en situation de thérapie, de considérer la culture comme une expérience vécue, comme un éprouvé, plutôt que comme une instance toute puissante dont les patients en seraient les objets (« (...) *ce qui est important c'est que les névrosés et les psychotiques réinterprètent ou même déculturent des items culturels en relation avec leurs conflits ou leur délire personnels* »). Dans cette continuité et suite aux conseils de nombreux intervenants au D.I.U j'ai visionné « *Jimmy. P* » du réalisateur Arnaud DESPLECHIN, adaptation cinématographique du « *psychothérapie d'un indien des plaines* » de G. DEVEREUX. J'ai apprécié dans ce film la façon dont était montrée la construction de la relation entre le soignant et le patient. Ce long métrage témoigne enfin de la démarche clinique en ethnopsychiatrie où la culture du patient est étudiée et analysée afin d'élaborer le traitement.

Toujours dans l'idée de connaître mieux l'ethnopsychiatrie et ses fondements théoriques, j'ai lu « *fier de n'avoir ni pays, ni amis ...Quelle sottise c'était* » de Tobie NATHAN. L'auteur expose à la fois des théories, mais aussi des techniques cliniques visant la construction d'un soin ethnopsychiatrie pour des patients migrants. Cet ouvrage m'a intéressé de par ses vignettes cliniques où l'irrationnel, le magico-religieux sont au centre des problématiques exposées.

Pour autant, l'ethnopsychiatrie permet d'avoir accès à une lecture bien particulière de la culture et de ses éventuelles incidences sur les sujets. Il est donc apparu indispensable de lire d'autres auteurs s'inscrivant dans d'autres champs disciplinaires.

J'ai eu l'opportunité d'assister à deux communications du Docteur Jean FURTOS, en novembre 2014 et en mars 2015. Lors de cette première intervention², J. FURTOS s'appuie sur l'ouvrage de G. DEVEREUX « *psychothérapie d'un indien des plaines* » pour exposer sa vision de la bientraitance dans une relation de soin. Pour J. FURTOS, la bientraitance doit comprendre à la fois une technicité professionnelle, mais surtout une « saine relation » entre le patient et le soignant. Cette relation se doit d'être construite sur une réciprocité, une préoccupation témoignée par le professionnel au patient.

La deuxième intervention de J.FURTOS s'intitulait « *Migration théorique et pensée métissée autour de la persécution*³ ». L'argumentaire ici développé porte sur une pensée, une clinique où la

² Colloque interculturalité et soin « des bonnes intentions aux changements des pratiques » 20 novembre 2014 – organisé par l'Université LYON II et le CH « le Vinatier »

³ Conférence du 8 janvier 2015 organisé par l'ORSPERE SAMDARRA à l'IFSI du CH « le Vinatier »

rencontre entre le patient et le soignant amène ce dernier à s'imprégner des émotions et des éléments culturels du patient. Il est question ici de se rendre compte du contre-transfert massif du soignant et d'en faire l'analyse. La pensée métissée va donc au delà de la « simple » empathie.

D'autres articles sont venus appuyer la construction théorique de ce mémoire. Notamment via la base de données du Cairn. Nous les présenterons dans l'analyse de ce travail.

Il est apparu également nécessaire d'étudier des textes étudiant la religion. Le premier article est rédigé par Michel MESLIN⁴ Professeur émérite à l'université de Paris-Sorbonne. Son regard anthropologique sur la religion semble pertinent pour appréhender au mieux notre objet d'étude. Le travail de M. MESLIN décrit et explique finement le concept de religion en s'appuyant sur plusieurs champs théoriques. Je m'appuierai principalement sur cet article pour définir le concept de religion. De cet article, nous nous appuierons également sur les paragraphes suivants : « *La religion, une expérience d'altérité* » ; « *Du langage religieux* » et « *religion et culture* ».

Une fois l'objet « religion » mieux cerné, il est apparu intéressant de s'orienter vers des lectures étudiant l'Islam. Le but étant de pouvoir apporter des éléments de compréhension sur la situation clinique présentée. L'ouvrage intitulé « *Le sujet en Islam*⁵ » de l'anthropologue et psychanalyste Malek CHEBEL propose une lecture du sujet musulman et de son rapport à l'altérité. Enfin, l'ouvrage « *l'Islam en anthropologie de la santé mentale* » d'Abdelwahed MEKKI-BERRADA, professeur en anthropologie et Karim BEN DRISS, docteur en sociologie des religions, s'intéresse aux regards que porte l'Islam sur la santé mentale et plus particulièrement sur la folie.

Les bases de ce travail maintenant posées, nous pouvons nous intéresser davantage au contexte empirique et aux éléments théoriques de cet écrit. Cette partie première partie servira de support pour l'analyse de la situation clinique de Dajana.

⁴ MESLIN Michel, « simple variation sur le thème religion », recherches de science religieuse, 2006/4 Tome 94, p523-546.

⁵ CHEBEL Malek, « le sujet en Islam », Paris, Seuil, 2002.

I. Présentation des éléments théoriques et empiriques

Dans l'objectif de donner davantage de sens aux éléments théoriques et empiriques. Il convient dans un premier temps d'exposer la démarche mise en place pour construire la réflexion de ce mémoire.

1. La démarche méthodologique

Comme évoqué précédemment, la problématique de cet écrit repose sur mon terrain professionnel. Mes premières recherches ont été donc empiriques et reposaient sur une relecture approfondie des éléments constitutifs du dossier médical de Dajana. Mais également de mes notes personnelles. Cette première étape m'a permis de me réapproprier l'histoire de cette patiente et de sa famille. La famille est connue du CMP depuis plusieurs années maintenant. Il était donc nécessaire de reprendre l'histoire de cette famille et de se remémorer le parcours de soin de Dajana dans sa globalité.

J'ai également pu constater qu'il nous manquait des informations pouvant être utiles au soin de Dajana. Notamment concernant ses premières années de vie au Kosovo. Nous savons bien que les premières années de vie, d'autant plus en situation de conflits militaires, peuvent avoir une incidence certaine sur le développement psycho-affectif d'un enfant. Les questions du conflit au Kosovo, de la migration subie par cette famille et du traumatisme n'ont jamais été réellement exposées par la famille. Aucun travail d'élaboration clinique n'a pu réellement s'instaurer pour évoquer ces éléments. Pour autant, il me semblait délicat sur un plan éthique, de demander ces informations à la famille dans le cadre de ce mémoire. De plus, peut-être que le recueil de ces informations manquantes n'aurait pas permis d'éclairer davantage le propos de cet écrit. Probablement que ces informations manquantes, ces « blancs » dans la vie de Dajana peuvent être considérés comme des éléments constitutifs de la clinique de cette patiente.

Malgré cela, la situation de Dajana me semble intéressante pour être un support de mon sujet d'étude. La question des croyances religieuses dans le soin a déjà été traitée, notamment dans le cas des personnes atteintes du VIH d'origine africaine notamment. Il m'était important de considérer cette question sous l'angle du soin psychique, avec une patiente que j'ai investi sur un plan professionnel et humain et dont la clinique a pu engendrer des mouvements institutionnels et personnels très forts.

Enfin, je pense que cette question de l'autre en souffrance, dans un contexte de migration et de croyances religieuses, a son importance et se doit d'être pensée. D'autant plus, dans un contexte sociétal où le rejet de l'autre est très prégnant. La question de l'autre, de l'altérité m'a toujours intéressé.

Concernant mon cadre théorique et mes lectures, il m'a semblé important dans un premier temps de lire des écrits d'ethnopsychiatrie. En effet, en choisissant cet objet d'étude, il me paraissait évident que cette discipline pouvait m'éclairer davantage. De plus, l'aspect clinique de l'objet de mon mémoire repose sur une situation médicale dans le cadre de mon travail en pédopsychiatrie. Les écrits de G. DEVEREUX et de T. NATHAN m'ont permis un premier éclairage salutaire.

La revue Rhizome et notamment son numéro de novembre 2014 portant sur l'articulation entre spiritualité et santé mentale, m'a permis d'avoir une vision plus globale mais aussi plus référencée théoriquement sur le maillage existant entre la religion et le soin.

Dans un second temps, et pour construire une lecture pluri-théoriques de mon objet d'étude, de le questionner dans toute ses dimensions, mais aussi pour le délimiter, j'ai privilégié des auteurs parlant de leur clinique et de leurs expériences. Les sites internet du Cairn et de Persée ont été des ressources précieuses. Notamment, l'article du Docteur Hélène FOUQUE, pédopsychiatre d'un hôpital de jour pour enfants, qui évoque la diversité des représentations d'une même maladie, en l'occurrence l'autisme.

Ces premières lectures m'ont permises d'affiner mon énoncé de recherche. Il en découle des mots clefs, des concepts avec lesquels je devais me familiariser mais surtout les définir. Je pense notamment à la religion.

Comment définir la religion ? C'est un vaste sujet qu'il convient de manipuler avec précaution. Il ne faut pas le réduire à une simple idéologie ou à des faits historiques. Mes premières lectures d'ordre ethno-psychiatrique m'ont éclairé. Mais il était nécessaire de penser la religion comme un objet n'étant pas seulement qu'un élément constitutif d'une culture. J'ai donc lu un article d'un anthropologue, Michel MESLIN, qui étudie la religion sous différents aspects (historiques, psychologiques et socio-religieux). Cet écrit m'a permis de connaître d'autres auteurs, comme E. DURKHEIM qui ont également pensés la question de la religion et de sa définition. Une fois la notion de religieux mieux cernée, il est apparu évident de s'intéresser davantage à la religion musulmane. Et ce pour deux raisons. La première est dans un souci de cohérence avec la situation clinique présentée. Dajana et sa famille étant de confession musulmane. La deuxième raison étant mon manque de connaissances concernant cette religion. Il aurait été inadapté et peu crédible de penser mon objet de recherche sans connaître mieux l'Islam.

Ces recherches sur la religion m'ont permis d'être moins ethnocentré notamment concernant les termes employés. En effet, en élaborant mon objet d'étude, j'avais pour habitude d'employer l'expression « magico-religieux » pour parler des phénomènes tels que les Djinns. En lisant ces écrits sur la religion, la magie et en me documentant sur les djinns, il m'a semblé moins pertinent d'employer cette expression. Je préfère donc parler de croyances religieuses, ce qui me semble être un terme plus

neutre et reflétant mieux ce que symbolisent les Djinns.

Nous le verrons, la religion occupera une place importante dans la réflexion proposée. Il est donc nécessaire de définir ce concept pour pouvoir l'étudier au mieux. Cette première définition nous permettra alors de parler de l'Islam et ce que cette religion peut symboliser pour les musulmans. L'étude de cette religion sera également mise en exergue avec son rapport à la santé mentale. Nous terminons cet apport théorique et religieux en considérant ce que sont les djinns et ce qu'ils représentent.

2. La croyance religieuse – Définition des concepts

a. La religion

Il n'est pas aisé de donner une définition de la religion. Si l'on se réfère au dictionnaire « Larousse », la religion est caractérisée par « *un ensemble de croyances et de dogmes définissant le rapport de l'Homme au sacré. Mais aussi un ensemble de pratiques et de rites spécifiques propre à chacune de ses croyances*⁶ ». Cette définition, certes succincte, demeure intéressante dans le fait qu'elle trouve des dénominateurs communs à l'ensemble des religions. Ce sera notre propos ici⁷ : étudier les éléments constitutifs de la religion, ce qui la caractérise :

- *Le sacré*

L'on entend par sacré, l'existence d'un dieu, d'une divinité comme étant un être supérieur et créateur de toutes choses et de toutes espèces vivantes sur Terre.

« (...) l'homo religiosus croit toujours qu'il existe une réalité absolue, le sacré, qui transcende ce monde-ci, mais qui s'y manifeste et, de ce fait, le sanctifie et le rend réel. Il croit que la vie a une origine sacrée et que l'existence humaine actualise toutes ses potentialités dans la mesure où elle est religieuse, c'est-à-dire : participe à la réalité. Les dieux ont créé l'homme et le Monde(...) »⁸.

Il est question ici de forces supérieures et surnaturelles qui vont au-delà de notre compréhension du monde et de la réalité. Le sacré induit la question du profane. Une profanation est une attaque envers le sacré. Il y a donc une distinction nette pour la personne croyante entre le monde du sacré et le reste, le monde du profane.

Enfin, la croyance en une religion, la religiosité, suppose un lien personnel et émotionnel fort

⁶ Larousse.fr

⁷ Nous nous intéresserons plus particulièrement à la religion musulmane dans un second temps.

⁸ Mircea Eliade, *Le Sacré et le Profane* (1965), Éd. Gallimard, coll. « Folio », 1965, pp. 171-172.

du croyant envers son dieu, un culte, mais aussi des liens entre les personnes qui croient à la même divinité :

« La religion fonde des liens entre des hommes et des femmes qui partagent la même croyance et, en même temps, un lien vertical entre ces humains et le ou les dieux(x) qu'ils vénèrent⁹ ».

- *La Magie*

Une des caractéristiques de la religion, qui nous intéresse plus précisément dans ce mémoire, est l'ensemble des phénomènes magiques et surnaturels qui la compose. Plusieurs auteurs ont traité cette question, et différentes thèses s'opposent. E. DURKHEIM distingue la religion de la magie puisque cette dernière ne permet l'émergence d'un collectif à l'inverse de la religion, comme vu précédemment :

« Il en va tout autrement des croyances magiques; bien qu'elles soient souvent très répandues, elles ne servent jamais à unir les uns aux autres les individus qui les adoptent et ne les lient pas en un groupe¹⁰ ».

Pour autant, la magie et la religion semblent partager des champs communs et des points de croisements. Le sociologue Pascal SANCHEZ dans son ouvrage « la rationalité des croyances magiques » met en exergue les liens et les oppositions entre la magie et les croyances religieuses. Selon cet auteur, l'étude de ces deux objets se doit d'être pensée dans un premier temps comme deux pôles bien distincts. Pour P. SANCHEZ, la magie « tend ainsi à être une technique, tend à développer des pratiques maléfiques (...)»¹¹ » alors que la religion « (...) tend vers le pôle du sacrifice, de l'adoration d'un être supérieur, valorise l'exercice de la prière (...)»¹² ».

Pour autant, la frontière entre ces deux objets semble perméable puisque des éléments d'ordre magique imprègnent des croyances religieuses tout comme des croyances sacrées se retrouvent dans la magie :

« (...) la frontière entre magie et religion est difficile à tracer en raison de l'insuffisance des informations disponibles. Aussi est-il préférable de postuler l'existence de deux pôles extrêmes à partir desquels s'opère la circulation de rites et des croyances alternativement aimantés d'un point à l'autre du spectre magico-religieux¹³ »

Il y a bien de la magie dans la religion lorsqu'elle suppose que des gestes, des prières peuvent,

⁹ MESLIN Michel, « simple variation sur le thème religion », recherches de science religieuse, 2006/4 Tome 94, p523-546.

¹⁰ Emil Durkheim Religion, morale, anomie, Éd. de Minuit, 1975, p. 70

¹¹ Pascal SANCHEZ, la rationalité des croyances magiques, librairie Droz, p. 350

¹² Pascal SANCHEZ, la rationalité des croyances magiques, librairie Droz, p. 350

¹³ Pascal SANCHEZ, la rationalité des croyances magiques, librairie Droz, p. 352

grâce à l'intervention du dieu, avoir des effets bénéfiques qui ne sont pas obtenus par des voies naturelles ou scientifiques, mais bien surnaturelles tels que les miracles, les exorcismes ou les djinns.

« *La religion et la magie (...) peuvent être regroupées sous l'unité de surnaturelle. Cette catégorie rassemble toute croyance qui s'insère à la jointure de l'ordinaire et de l'extraordinaire, au passage de l'ordinaire à l'extraordinaire*¹⁴ ».

Ces phénomènes sont d'ailleurs clairement mentionnés dans les textes sacrés.

- *L'institution religieuse*

La croyance religieuse et les rites d'une religion ne sont pas seulement admis par des individus isolés, mais plutôt par un groupe d'individu croyant au même dieu.

« *Les croyances proprement religieuses sont toujours communes à une collectivité déterminée qui fait profession d'y adhérer et de pratiquer les rites qui en sont solidaires. Elles ne sont pas seulement admises, à titre individuel, par tous les membres de cette collectivité ; mais elles sont la chose du groupe et elles en font l'unité. Les individus qui la composent se sentent liés les uns aux autres, par cela seul qu'ils ont une foi commune*¹⁵ »

La religion se veut alors également comme un vecteur de cohésion entre les individus croyants et donc comme un vecteur de cohésion au sein de la société. Ceci est possible par la transmission de la croyance religieuse au sein de la famille.

« *Comme nos pères ont cru, et parce qu'ils ont cru, nous croyons*¹⁶ ». C'est en tant que membres de la communauté, d'un collectif, que les individus deviennent des membres de la communauté religieuse. Mais pour autant, il faut être croyant de la même religion pour pouvoir rentrer dans la communauté. Cela renvoie à une des étymologies du mot religion : *religare* qui signifie en latin, recueillir, rassembler. Pour reprendre le propos de DURKHEIM, la religion est aussi un fait social. Il emploie le mot *église*, du grec *ekklesia* (qui signifie *assemblée*) pour exprimer l'idée d'une société dont les membres sont unis par des croyances partagées.

Ainsi donc, ce qui définit une religion, n'est pas seulement le sacré, mais aussi le caractère collectif et commun des croyances religieuses et des pratiques. C'est-à-dire en somme, l'existence d'un culte ritualisé, codifié, commun et partagé par tous les membres de la communauté.

¹⁴ Jacques SOUSTELLE, « l'homme et le surnaturel », encyclopédie française, Tome VII, 1936, p.15

¹⁵ Emile Durkheim, *Les Formes élémentaires de la vie religieuse* (1912), Le Livre de Poche, 1991, pp. 103-104.

¹⁶ MESLIN Michel, « simple variation sur le thème religion », recherches de science religieuse, 2006/4 Tome 94, p523-546

- *Religion et Culture*

La relation entre la religion et la culture est là encore complexe. Pour autant, il est nécessaire de s'intéresser aux liens qu'elles partagent.

Une des fonctions communes de la religion et de la culture est existentialiste pour l'Homme. Il s'agit entre autre de leur donner une raison d'être.

« La fonction essentielle de toute culture humaine est ainsi de donner un sens à l'action des hommes en ce monde. Or, n'est-ce pas là aussi une des fonctions des religions ?¹⁷ ».

De plus, d'un point de vu historique, la religion a bien souvent été sujette aux modifications culturelles des sociétés.

« Car en proclamant l'absolu de Dieu et ses implications dans la vie courante comme la source des valeurs de référence, la religion informe la culture¹⁸ ».

Il n'est donc pas pertinent d'opposer religion et culture tant ces deux concepts se juxtaposent et se complètent. Les personnes croyantes, comme les personnes athées, vivent et existent au travers de leur propre culture.

En nous intéressant aux principaux éléments constitutifs de la religion, nous avons pu comprendre toute la complexité de cette notion et de ce qu'est le fait religieux. Cette description nous permettra de mieux comprendre comment une croyance religieuse peut se lier ou pas au soin psychique.

Après cette présentation générale de la religion, il semble important de nous intéresser plus particulièrement à la religion musulmane et notamment son rapport avec la santé mentale.

b. La religion musulmane

Nous nous appuyerons essentiellement sur les travaux d'Abdelwahed MEKKI-BERRADA. Il est mentionné dans le Coran et les ahadith¹⁹ que le prophète Muhammad présentait des douleurs musculaires et des convulsions lorsqu'il recevait une révélation d'Allah. Les non musulmans pensaient alors que le prophète était possédé. MEKKI-BERRADA précise en s'appuyant sur le Coran, que *« ces inconforts relevaient de la nature divine des révélations elles-mêmes, puisque ces dernières exigeaient momentanément du Messager qu'il passa d'un état « d'humanité » à celui*

¹⁷ MESLIN Michel, « simple variation sur le thème religion », recherches de science religieuse, 2006/4 Tome 94, p535.

¹⁸ MESLIN Michel, « simple variation sur le thème religion », recherches de science religieuse, 2006/4 Tome 94, p535

¹⁹ Textes canoniques et fondateurs de l'Islam

« d'angélitude ²⁰ ».

MEKKI-BERRADA explique également que le monde musulman a été influencé par la médecine humorale²¹, médecine prédominante au siècle durant lequel le prophète a vécu. A cette période l'on considérait « *la folie comme résultant d'un excès de bile noire dans l'organisme. L'excès de ce fluide organique théorique provoque alors un désordre mental, dont les symptômes sont entre autre, l'agitation, l'anxiété et la tristesse (...) symptômes similaires à ceux dont se plaignait Muhammad quand Allah se révélait à lui* ²² ». Il faut préciser que bile noire en grec se dit *meleina chole*, qui est la racine du mot mélancolie.

Cette brève étude entre l'Islam et la médecine nous donne quelques éclairages sur le regard porté à la maladie mentale. Il est question de transcendance divine, de possession et d'éléments plutôt organiques. Pour autant, bien qu'il existe de nombreuses études en anthropologie de la santé mentale concernant l'Islam, le débat reste toujours ouvert quant à la perception et la considération de cette religion vis à vis de la santé mentale.

Nous avons déjà évoqué la religiosité. Il est nécessaire d'affiner ce propos en étudiant la religiosité dans l'Islam. Le sujet dans la religion musulmane est décrit soumis à la volonté d'Allah dont le message a été transmis au monde par le Prophète. L'initiative personnelle semblerait limitée. La loi (*shari'a*) consiste en une série de commandements, mais aussi de recommandations clairement énoncés dans le Coran et d'autres textes canoniques. Toutes les lois évoquées dans le Coran doivent être rigoureusement respectées, néanmoins les principes du Coran peuvent être aménagés dans la forme et même sur le fond, si les circonstances le nécessitent, et dans ce cas, on fait appel à la deuxième source de la *shari'a*, la sunna, c'est-à-dire la tradition du Prophète.

Nous le verrons dans la prochaine partie de ce mémoire, Dajana est possédée par un djinn. Il convient donc de s'intéresser à ce que sont les djinns dans l'Islam.

c. Le djinn

C'est en étudiant le Coran que nous pouvons comprendre ce que sont les Djinn :

²⁰ Mekki-Berrada A. (dir., 2010) « L'Islam en anthropologie de la santé mentale », Lit Verlag, 2010, p.14

²¹ Pour les Grecs, le corps était composé de quatre liquides organiques (le sang, le flegme, la bile jaune et la bile noire), dont l'équilibre desquels, dépendait la bonne santé d'un individu.

²² Mekki-Berrada A. (dir., 2010) « L'Islam en anthropologie de la santé mentale », Lit Verlag, 2010, p.15

« Nous avons certes créé l'homme d'une argile sonnante, extraite d'une boue malléable. Quant aux djinns, Nous les avons créés, auparavant, d'un feu sans fumée, d'une chaleur ardente.²³ »

Les Djinns ont donc été créés avant les Hommes et sont considérés comme des êtres surnaturels invisibles. Le mot « Djinn » venant de verbe arabe « janna » qui signifie « cacher » ou « dissimuler²⁴ ». Le Coran explique que les Djinns se doivent d'être musulmans comme les Hommes:

« Je n'ai créé les djinns et les hommes que pour qu'ils M'adorent²⁵. »

Mais comme les Hommes, les Djinns disposent d'un libre arbitre. Il existe donc des Djinns qui ne croient pas ou plus en Allah. Le premier d'entre eux s'appelle Shaytān. Il refuse par orgueil de s'agenouiller devant Adam, le premier homme. Shaytān fut alors chassé du paradis. Il informa alors Allah de son dessein, éloigner les Hommes de Dieu :

« Shaytān dit : “ ô mon Seigneur, donne-moi donc un délai jusqu'au jour où ils seront ressuscités”.

[Allah] dit : tu es de ceux à qui ce délai est accordé, jusqu'au jour de l'instant connu”.

Shaytān dit : “Ô mon Seigneur, parce que Tu m'as induit en erreur, eh bien je leur enjoliverai la vie sur terre et les égarerai tous, à l'exception, parmi eux, de Tes serviteurs élus.”

[Allah] dit : “Voici une voie droite qui mène vers Moi. Sur Mes serviteurs tu n'auras aucune autorité, excepté sur celui qui te suivra parmi les dévoyés. Et l'Enfer sera sûrement leur lieu de rendez-vous à tous.”

C'est ainsi que s'ancre les origines des Djinns malveillants. Pour aller plus loin, nous pouvons nous intéresser à l'étymologie du mot « djinn » qui nous questionne par son champ sémantique connoté négativement. En effet, « djinn » a pour racine « janna » qui évoque en arabe l'idée de voile, d'obscurité. Il semble accepté dans la littérature la dénomination de « djinn » au pluriel. Pour autant, le pluriel de *djinn* est *djnoun* qui par la suite a donné *jenan* qui en arabe signifie « la folie²⁶ ». Nous nous rendons bien compte que l'origine des djinns et le vocabulaire qui en découle, ancre historiquement et culturellement le phénomène de possession et de folie.

« Le terme *djnoun* acquiert ici un double sens, à savoir « possédé » et « fou » ou « dément²⁷ »

Les Djinns ont donc la capacité de posséder les humains engendrant des troubles évoquant la

²³ Coran (15:26-27)

²⁴ Nous étudierons plus tard l'étymologie du mot Djinn

²⁵ Coran 51:56

²⁶ Tobie Nathan, « Leurrer les dieux... mais comment faire ? », Pardes in Press, 2002/1 (N° 32-33).p 147-161

²⁷ Mekki-Berrada A. (dir., 2010) « L'Islam en anthropologie de la santé mentale », Lit Verlag, 2010, p.14

folie. Dans cette croyance religieuse, la possession n'est pas du hasard²⁸. Ces Djinns veulent être investis, considérés, nourries par l'hôte :

« *Ils ne s'intéressent aux humains que parce qu'ils souhaitent qu'on leur installe un autel et qu'on leur rende un culte – "qu'on les nourrisse", comme on dit*²⁹ ».

Les djinns prennent donc possession du corps et de la psyché des personnes choisies. Ils trouvent leurs origines dans un texte et des croyances sacrés. Il n'est donc nullement question ici de sorcellerie ou de phénomènes mystiques. Mais plutôt d'un élément constitutif de la religion musulmane.

Cette première partie permet de situer le propos théorique de ce mémoire. La religion, les croyances religieuses et les djinns pourrait être considérés comme une enveloppe qui donne du sens. Nous l'avons vu, cette enveloppe mouvante, dynamique évolue au travers des contextes historiques, sociétaux, culturels, individuels et collectifs.

Le cadre ainsi posé, nous allons pouvoir faire la rencontre de Dajana et de sa famille. Cette situation symbolise bien les éventuels mise en tension entre le soin psychique et le soin associé a des croyances religieuses.

3. La situation clinique – L'histoire de Dajana

En préambule de l'énoncé de la situation de Dajana, une présentation du terrain et du cadre où cette rencontre a eu lieu est nécessaire pour comprendre dans quel contexte s'articulera l'analyse de cet écrit.

a. Présentation du terrain

Comme évoqué précédemment, la situation présentée est connue du Centre médico-psychologique (CMP) où j'interviens. Pour rappel, c'est en 1960 qu'est instaurée une politique de sectorisation psychiatrique. L'idée étant de créer de nombreuses structures « hors les murs » de l'hôpital, au cœur des villes, mettant ainsi fin au temps où l'on entrainait à l'hôpital psychiatrique pour ne plus jamais en sortir. On remet donc en question l'utilité de l'isolement, de l'enfermement, qui avait été, jusqu'alors, l'idée du soin du malade mental en le mettant à l'écart de la société. Les secteurs

²⁸ Catherine Grandsard et Tobie Nathan, « Un feu sans fumée. Conversation avec les djinns »
In, Humains, non-humains, « Hors collection Sciences Humaines », 2011 p. 357

²⁹ Tobie Nathan, « Leurrer les dieux... mais comment faire ? », *Pardes in Press*, 2002/1. p 147

psychiatriques ont alors développé plusieurs modalités d'interventions et de soins, au sein d'un territoire géographique donné. Ces structures visent à harmoniser les réponses à donner envers toutes les pathologies psychiques de l'ensemble d'une population rassemblée en une unité administrative d'environ 70 000 habitants que l'on nomme service. Chacun de ces services comprend des CMP qui deviennent des lieux de référence médicale de la santé mentale publique.

Les CMP ont donc un rôle central dans l'organisation des soins ambulatoires. Le soin repose sur la référence médicale du médecin pédopsychiatre. L'équipe médicale est pluridisciplinaire et regroupe en plus du médecin pédopsychiatre, des psychologues, des infirmières, des assistants sociaux, des psychomotriciens, des éducateurs spécialisés, une secrétaire et un cadre de santé. Les CMP ont vocation de proposer des actions de prévention, d'évaluation, de soin et d'orientation. Pour ce faire, les CMP mettent en place différents outils thérapeutiques :

- Consultation médicale
- Psychothérapie
- Suivi familial
- Prise en charge individuelle avec une infirmière
- Soins en psychomotricité
- Rééducation orthophonique
- Groupe thérapeutique
- Accompagnement social
- Visite à domicile

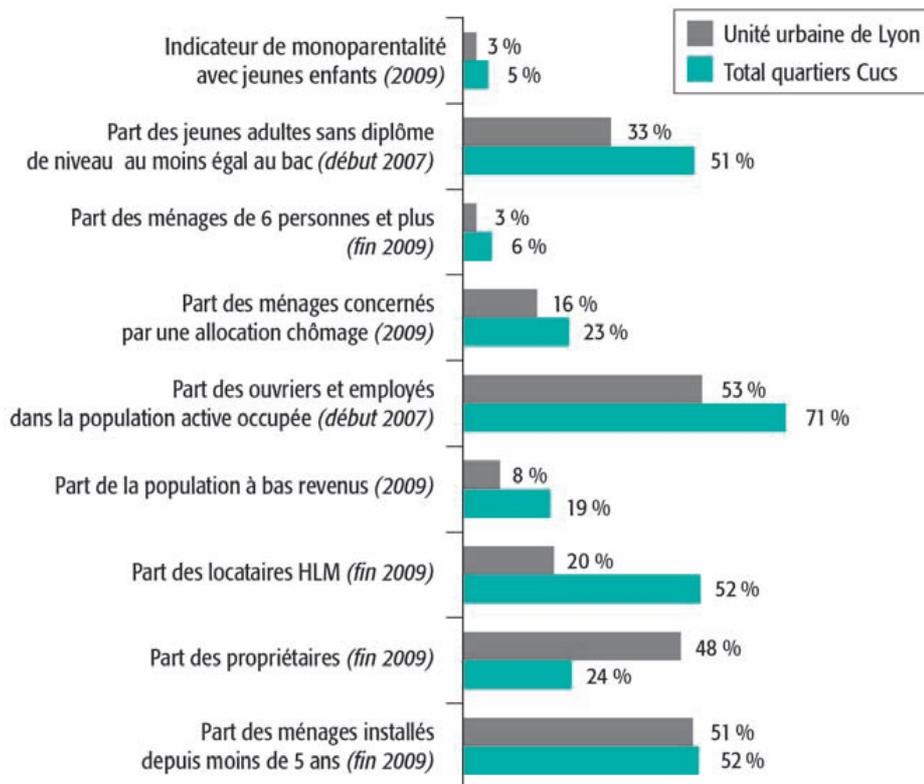
De part son implication géographique, les CMP ont de nombreux partenaires : médecins et professionnels libéraux, établissements et services médico-sociaux (IME, ITEP) ; établissements scolaires etc. Enfin, il est important de rappeler que les consultations en CMP sont entièrement prises en charge par la sécurité sociale.

Concernant plus précisément le terrain de ce mémoire, le CMP pour enfants et adolescents, où j'exerce est situé géographiquement sur un territoire de 29 966 habitants³⁰. La situation socio-économique d'un bon nombre de la population est précaire. Le taux de chômage s'élève à 18,10% en 2011. La moitié de ce territoire, appelé « ville nouvelle » est considérée comme zone prioritaire au sens du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS).

Concrètement, d'après les indicateurs retenus par l'INSEE et l'Etat (Cf. graphique ci-

³⁰ INSEE – Etude de 2001. Données statistiques les plus récentes.

dessous³¹), cette zone géographique est caractérisée par une population où l'instabilité sociale et économique suppose une intervention massive et coordonnées des différentes collectivités présentes sur le territoire.



Ces éléments socio-économiques et démographiques peuvent expliquer la forte demande de soin psychique « gratuit » au CMP. Les délais pour obtenir un premier rendez-vous dépassent les deux ans.

Une partie conséquente des habitants de ce territoire ont migré de leur pays d'origine ou bien sont de nationalité française, mais ont des parents ou des grands-parents issus de l'immigration.

En conséquence, au sein du CMP, nous recevons une grande diversité de familles avec des statuts socioprofessionnels, des nationalités et des confessions différentes. Nous constatons que nous accompagnons un nombre important de familles issues d'une migration nord-africaines ou de l'Europe de l'Est, notamment les pays des Balkans.

La question de la prise en compte du pays d'origine des patients et de leurs croyances est déjà pensée au le CMP. J'en prends pour exemple un groupe thérapeutique, destiné aux mères de patients, où le travail clinique repose sur des chants et des comptines de leur pays d'origine.

Le CMP propose également aux familles de patient une aide sur le plan « social ». C'est le rôle que j'occupe en tant qu'assistant social. Il s'agit d'être à l'interface entre le soin dispensé par le

³¹ Observatoire partenarial cohésion et territoire, septembre 2012, cahier N°6, p3

CMP et les éléments de réalité du patient et de ses parents. Concrètement, j'accompagne les familles dans leurs différents projets et démarches, se situant davantage dans une réalité sociale. L'accompagnement porte donc sur l'accès aux droits, le suivi de la scolarité (en milieu ordinaire ou spécialisé), dans la recherche d'une place dans un établissement médico-social (IME, ITEP). Il peut être également pertinent d'assurer une guidance parentale en lien avec le consultant lors de situations dites de crise (séparations, deuils, difficultés éducatives).

Bon nombre de situations supposent également de créer du lien et des échanges entre plusieurs institutions (l'aide sociale à l'enfance, la justice, l'éducation nationale, le sanitaire et le médico-social). L'assistant social se doit de porter ces questions, afin de parasiter le moins possible le soin et ainsi mieux le protéger. Pour autant, il est important pour la clinique du patient, que des échanges et des temps d'élaboration existent entre le consultant et l'assistant social. Cette interface « soin/social » contribue au portage des patients et de leur famille, incontournable sur ce territoire.

Pourquoi avoir choisi de vous parler de Dajana³² ? Tout d'abord, la complexité de la situation a demandé beaucoup d'investissement de la part du médecin responsable du CMP et de moi-même, mais aussi parce que le discours des parents invoquant des croyances religieuses pour expliquer les troubles de leur fille, nous ont beaucoup questionnés et nous questionne toujours.

Dajana est née en 1998 au Kosovo. Elle est la deuxième d'une fratrie de six enfants (4 filles et deux garçons). Les deux parents sont mariés depuis 1993. Ils se disent Albanais. Tous les membres de la famille seraient arrivés en France en avril 2004. Ils ont été accueillis et aidés la même année, par l'association « Forum Réfugiés » grâce à laquelle ils obtiennent le statut de réfugiés en 2004. Si Monsieur nous a évoqué la guerre du Kosovo et un risque de représailles sur sa personne et sa famille, il ne nous a néanmoins jamais été possible de savoir réellement les raisons de cette migration. La famille obtient un logement social sur le territoire présenté dans la précédente partie, en 2005. Depuis leur arrivée en France, la famille a pu renouer des liens avec d'autres membres de leur famille et des amis. Le père a eu une période d'activité professionnelle pendant quelques mois. Les deux parents rencontrent encore des difficultés à s'exprimer en langue française mais leur niveau de compréhension est bon.

Dajana bénéficie d'examen médicaux depuis 2006. Son tableau clinique est conséquent :

- Cécité en lien avec une rétinopathie bilatérale.
- Hypertrichose et hirsutisme.

³² Par soucis d'anonymat et de secret médical, le prénom Dajana a été préféré au vrai prénom de la patiente. Dajana est également un prénom d'origine Kosovar qui ressemble à celui de la patiente.

-troubles du spectre autistique avec des troubles du comportement, notamment de l'hétéroagressivité.

-Troubles du sommeil.

Ces différents bilans ont été difficiles pour Dajana qui était très agitée. Les parents ont pu nous dire qu'ils étaient inquiets à l'idée que leur fille passe ces examens.

Les parents expliquent que Dajana alors jeune enfant ne présentait pas tous ces symptômes, mais uniquement une cécité modérée et qu'elle a toujours eu un fort caractère.

Dajana est accueillie la même année dans un institut médico-éducatif (IME) pour enfants présentant une cécité. En 2009, le personnel de l'IME note une recrudescence du comportement agressif de Dajana. L'établissement propose donc aux parents que leur fille bénéficie d'un suivi au CMP. A cette période, les parents se disent opposés à tout soin psychique pour leur fille. En 2010, au regard du comportement hétéro-agressif toujours important de Dajana, l'IME informe les parents de l'arrêt de la prise en charge. Cependant, la direction de l'établissement enjoint les parents à accepter un relais au CMP avant de confirmer définitivement l'arrêt de l'accueil. Cette fois-ci les parents acceptent. C'est donc accompagnée d'éducateurs que nous rencontrons la première fois Dajana et ses parents.

b. La rencontre avec Dajana et sa famille au CMP.

Dajana alors âgée de 12 ans se présente aux premières consultations avec le pédopsychiatre, avec un retrait autistique avec des intérêts restreints, quelques stéréotypies, mais surtout avec un comportement agressif, une intolérance majeure à la frustration se traduisant par des crises violentes (cries, coups, griffures). Dajana peut dire quelques mots en Albanais. La plupart du temps, elle reste par terre, assise ou allongée. Les parents expriment leur difficulté au quotidien puisque Dajana ne bénéficiant plus de prise en charge médico-sociale, elle reste à leur charge complète. Ils expliquent qu'au domicile tout est devenu très difficile. Dajana a besoin d'une attention constante compte tenu de ses troubles du comportement (agressivité, déplacements compliqués dans l'appartement, détérioration de ses vêtements, refus de s'alimenter etc.). Au regard de cette situation, le CMP propose aux parents un bilan somatique complet pour Dajana et une aide éducative administrative (AEA) afin d'être soutenue par une assistante sociale dans leur démarche et d'être étayés au quotidien. Des consultations familiales avec le pédopsychiatre du CMP sont programmées toutes les deux à trois semaines.

Au printemps 2011, la famille tient un discours sur Dajana pouvant traduire un certain rejet et

un épuisement vis à vis de leur fille. Des temps d'hospitalisation sont organisés pour un ajustement du traitement médicamenteux et pour offrir des temps de répit à la famille. Les deux temps d'hospitalisation ont été très mal vécus par Dajana ainsi que par sa mère. Dajana était en chambre d'isolement, refusant de s'alimenter. Sa mère pourra expliquer en consultation avec notre pédopsychiatre, que lors de ces hospitalisations, elle entendait sa fille l'appeler au milieu de la nuit.

Bien que certains rendez-vous ne soient pas honorés par la famille, nous notons tout de même que la dynamique clinique de Dajana et sa famille évolue. Dajana peut dire quelques mots en français, elle peut chanter. Pour autant, la situation de cette famille reste inquiétante et les parents ne semblent pas être en demande de soin pour leur fille. C'est bien souvent au CMP de recontacter la famille à la suite d'un rendez-vous manqué.

En avril 2012, une réunion est organisée à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) afin de trouver des solutions concrètes dans la prise en charge médico-sociale de Dajana. Un IME accepte de l'accueillir en demandant tout de même des appuis en terme de moyen humains mais aussi concernant le besoin de conseils techniques quant à la prise en charge d'une adolescente avec un tableau clinique aussi important. Cet accueil en IME sera effectif en janvier 2013, à raison de deux heures par semaine dans un premier temps. Le temps d'accueil sera augmenté l'année suivante compte tenu des progrès de Dajana. Parallèlement à ce début de prise en charge, le CMP souhaite proposer à Dajana davantage de temps de soin et surtout une prise en charge sanitaire mieux adaptée. Une indication est posée pour une unité de soin accueillant des patients âgés de 16 à 60 ans présentant des troubles psychiatriques associés à des Troubles Envahissants du Développement (TED), ou à un polyhandicap et souvent à des troubles somatiques graves. Cette prise en charge débutera en septembre 2013, nous allons néanmoins voir que cette prise en charge va être complexifiée par des données culturelles et religieuses.

c. L'évocation du Djinn

En Août 2013, les parents de Dajana expliquent au pédopsychiatre du CMP que l'état dans lequel se trouve leur fille est causé par un Djinn. Ils préciseront leur propos en disant « qu'un djinn veut faire du mal à notre famille³³ ». La famille évoque donc pour la première fois la cause selon eux des difficultés que rencontre leur fille. Mais surtout, les parents de Dajana nous informent de leur projet d'aller en Allemagne avec leur fille pour rencontrer un Imam, capable de chasser ce Djinn.

³³ Propos notés dans le dossier médical de la patiente.

Nous pouvons alors nous demander pourquoi Dajana a été choisie par le djinn. Je ne pense pas que nous ayons clairement demandé aux parents ce qu'ils pensaient de ce djinn. Pourquoi s'en prenait-il à leur fille et à leur famille ? Que voulait ce djinn en possédant leur fille ?

La famille s'est donc rendue en Allemagne pour rencontrer un Imam. Dajana a pu supporter le long trajet en voiture puisqu'elle était sédatisée, à la demande des parents et sur prescription du médecin du CMP. Les parents ont également demandé au médecin du CMP de faire le trajet avec eux. Ce qui n'a pas été possible.

Dajana était également sous sédatifs lors de la rencontre avec l'Imam. Lors d'une visite à domicile chez la famille, les parents m'ont montré la vidéo de cette séance avec l'Imam, filmée avec un téléphone portable. Nous pouvons voir Dajana allongée sur un drap blanc. L'Imam récite le coran et des textes religieux, sa main posée sur un tissu plié en triangle, tissu posé sur le ventre de Dajana. L'adolescente a alors une première attitude où elle ne bouge pas, ne parle pas et ne crie pas. J'ai l'impression qu'elle est, soit attentive à ce qui se passe autour d'elle, soit apeurée. La dernière partie de la vidéo montre Dajana bien plus agitée, obligeant sa mère à lui tenir les bras et son père les jambes. Elle crie fortement. Des cris que j'avais décrits à l'époque comme venant « d'outre tombe ». Des cris graves qui ne ressemblaient pas à ceux qu'elle faisait d'habitude. Après le visionnage de cette vidéo, je me rappelle avoir été sidéré, probablement dans un effet contre transférentiel, et j'ai seulement pu demander ce qu'en avait pensé l'Imam. Les parents m'expliquent alors que le djinn de Dajana est trop puissant. Lors de leur prochaine consultation avec le pédopsychiatre du CMP, les parents rajouteront que l'Imam leur a conseillé de changer le prénom de Dajana car il comporte le son « djinn³⁴ ».

Cette évocation du djinn et tout ce qui en a découlé dans le parcours de soin de Dajana (les consultations, la demande d'un traitement sédatif, le voyage en Allemagne, la vidéo), nous a paru intéressant. La famille a exprimé et exposé leurs explications des difficultés de leur fille et ils ont pu faire des demandes concrètes concernant le soin (traitement médicamenteux et souhait d'être accompagnés par notre pédopsychiatre en Allemagne). Pour autant avec le recul, peut-être qu'il aurait été nécessaire de penser davantage cette croyance religieuse qu'est le Djinn, sur un plan clinique.

Depuis maintenant un an, la famille semble ne plus vouloir se rendre au CMP. Nous étions appelés pour les renouvellements d'ordonnances ou pour des questions de droits administratifs. Depuis quelques mois, le traitement médicamenteux est prescrit par le médecin psychiatre de l'unité d'hospitalisation. L'IME a suspendu son accueil en juin 2014 compte tenu de l'hétéro-agressivité de Dajana. La dynamique partenariale est mise à mal également. Les réunions de synthèse entre les

³⁴ Le vrai prénom de la patiente commence par le son « Djinn ».

différentes institutions sont plus éloignées dans le temps. Un sentiment d'impuissance semble gagner chaque partenaire engagé dans l'accompagnement de cette patiente.

La prise en compte de la religion et des croyances religieuses dans la situation de Dajana, aurait donc peut-être permis de recueillir d'autres éléments utiles pour le soin et pour sa prise en charge médico-sociale. Maintenant que la situation de Dajana est évoqué, nous pouvons déjà observer des éléments de conflits entre le soin psychique et le soin religieux.

4. Éléments de problématisation

« *Un djinn veut faire du mal à notre famille* ». C'est ainsi que les parents de Dajana expliquent l'origine des difficultés de leur fille. Un être malveillant posséderait leur fille, ce qui aurait pour conséquence, à la fois de la rendre malade aux regards des autres, mais aussi de causer d'importantes souffrances au sein de la famille. Pour eux, la situation de leur fille et de leur famille est la conséquence des agissements et de la volonté d'un autre. C'est donc dans cet optique que la famille est partie en Allemagne rencontrer un Imam : pour traiter ce problème de djinn, pour que ce dernier parte et qu'il laisse leur fille et leur famille en paix. Nous pourrions dire qu'il s'agit de leur « vérité ».

Quant à nous, nous avons une lecture différente de la situation de Dajana. Le CMP étant un lieu de soin, les origines des troubles de cette adolescence sont médicales. Tout d'abord, sur le plan somatique où les différents bilans réalisés ont confirmé plusieurs pathologies. Puis concernant l'autisme, qui reste une maladie certes complexe avec des causes multifactorielles, mais dont Dajana semble présenter plusieurs de ses caractéristiques (altération de la communication verbale, intérêts restreints, stéréotypie etc.).

Il apparaît donc une divergence entre la famille et le CMP concernant les causes et les origines de l'état de Dajana. Deux aspects semblent donc s'opposer : Les croyances religieuses et la médecine. Nous avons évoqué au début de ce mémoire les heurts, les réfutations mais aussi les liens que pouvaient entretenir ces deux parties. Comment lier deux objets aussi pluriels et dynamiques que la religion et la médecine ? Ces deux objets nous le savons évoluent en fonction de l'Histoire, de la société et sont investis différemment selon chaque individu.

Nous constatons que dans la situation de Dajana nous ne parlons pas de la même chose, entre la famille et le CMP. Nous ne nous intéressons pas aux mêmes causes et aux mêmes origines des difficultés de Dajana.

Une sorte de « mal entendu » issu d'une méconnaissance mutuelle de deux systèmes de pensée avec des référentiels culturels différents. Une différence qui pourrait se situer dans la théorie familiale pour expliquer la maladie , en l'occurrence dans cette situation, la possession , qui s'oppose au référentiel psychiatrique de la maladie mentale qui propose un traitement médicamenteux et psychique, et c'est là que nous trouvons un point de réunion entre les deux parties puisque la famille vient interpeller le CMP pour de nouvelles prescriptions médicamenteuses même si dans le même temps ils décident de « consulter » le « docteur imam » qui a aussi selon eux le pouvoir de guérir.

Tout cela, je pense nous amène à la question des représentations. Puisqu'il semble exister un « espace de vide » entre les causes s'appuyant sur les croyances religieuses et celles s'appuyant sur une discipline médicale, peut-être devons nous questionner les représentations des personnes croyantes concernant le soin psychique, mais aussi s'intéresser aux représentations des professionnels du médical concernant les croyances religieuses. Peut-être alors pourrions-nous trouver le locus, comme le nomme G. DEVEREUX, ce point de rencontre. Il n'est pas question ici d'incompréhension mutuelle ou de « choc culturel » mais plutôt de tenter de mettre au travail deux pensées d'égale légitimité.

Cette démarche semble nécessaire pour pouvoir penser avec la famille, un soin adapté qui répondrait de manière appropriée aux attentes de la famille et des professionnels.

II. Analyse des données

1. Représentations des patients concernant la maladie.

Une des premières questions que je me suis posé après l'évocation du Djinn, portait sur la représentation que pouvait avoir cette famille concernant le soin psychique. Peut-être qu'en acceptant de se rendre au CMP, après avoir refusé dans un premier temps, cette famille voulait mettre au travail d'autres éléments que la psychopathologie de leur fille, peut-être que leur demande était autre.

Il devient donc pertinent de s'intéresser aux représentations des patients et des familles concernant la maladie psychique.

« La réalité n'est pas ce qu'elle est mais ce que les représentations en font et c'est avec une superbe désinvolture qu'elles se posent pour ce qu'elles paraissent. Ce qui signifie qu'elles n'ont pas besoin de preuves pour être, qu'éventuellement elles tirent les preuves d'elles-mêmes et que, sans se préoccuper d'être elles-mêmes prouvées, elles s'offrent à prouver les choses en dehors d'elles³⁵. »

Pour être plus explicite, nous nous appuyons sur la définition du psychologue social Serge MOSCOVICI :

« Par les représentations, la personne se donne des modèles explicatifs, des codes qui autorisent chacun à trouver un sens et à donner une signification au monde qui l'entoure³⁶. »

Il s'agit donc d'une construction intellectuelle, individuelle mais aussi collective, puisque conditionnée aux interactions avec les autres et l'environnement, qui génère la création d'un concept, d'une image permettant de comprendre une situation ou une donnée.

Concernant la représentation de la maladie, il est important de ne pas tomber dans le piège du « tout culturalisme ». Il ne faut pas réduire les patients à leurs représentations culturelles, figées et immuables. Comme nous l'avons vu précédemment, la religion en tant que fait culturel, est un objet dynamique, mouvant.

Lorsque les parents de Dajana évoquent le Djinn, ils expliquent la cause des troubles de leur fille. Ils mettent du sens sur les origines de ces troubles mais aussi sur les troubles eux-mêmes. Le soin psychique et le soin biomédical ne semblaient pas être la première réponse qu'ils attendaient. Peut-être, y aurait-il eu un malentendu sur l'aide qu'ils recherchaient et que nous pouvions leur apporter que ce soit au CMP mais aussi auprès des autres institutions.

Le parcours de vie de cette famille, une fois arrivée en France a sûrement été extrêmement douloureux. En effet, bon nombres d'incompréhensions ont pu apparaître concernant l'accueil en IME,

³⁵ Pierre Mannoni, Les représentations sociales, Paris, PUF, 2003 (1ère éd. 1998), p. 7.

³⁶ Pierre Mannoni, Les représentations sociales, Paris, PUF, 2003 (1ère éd. 1998), p. 9.

puis son arrêt, l'orientation en CMP et la prise en charge somatique et psychiatrique proposée. Dans ce contexte d'immigration, ces parents ont sûrement rencontré aussi des obstacles dus à la barrière de la langue, à la non connaissance des institutions et des difficultés socio-économiques. C'est l'idée soutenue par Claude MESMIN : « *Pour tous les patients reçus, le traumatisme de la migration, qui leur est commun, ainsi que la difficulté à s'exprimer dans notre langue, entraînent des malentendus sans nombre et sans fin avec leurs interlocuteurs habituels dans des lieux aussi divers que l'hôpital, les services sociaux, l'école ... qui ne connaissent pas leur culture d'origine. En effet, les questions que leur posent les migrants, autour des difficultés qu'ils ressentent, ne reçoivent pas toujours de réponses compréhensibles pour eux*³⁷. »

Au regard de ce qu'expose C. MESMIN et au regard des événements survenus dans la prise en charge sanitaire et médico-sociale de Dajana, nous pouvons nous demander si le soin et le maillage partenarial autour de cette situation n'a pas installé toute la famille dans une souffrance plus prononcée. Selon T. NATHAN, une aide et une réponse reposant uniquement sur une dimension scientifique engendreraient de nouveaux traumatismes : « *Tout traitement qui s'appuie sur une causalité dite scientifique ajoute une nouvelle douleur au traumatisme initial, ou plus précisément, s'inscrit dans la chaîne infinie des traumatismes, car en aucun cas, avec ces patients, un tel traitement ne permet le "décentrement" puis la construction du sens. C'est pourquoi [...], pour un patient migrant, tout acte thérapeutique s'appuyant sur une causalité de type scientifique constitue à lui seul un nouveau traumatisme psychique*³⁸ ».

Nous l'avons vu, les hospitalisations ont été très mal vécues par Dajana et sa mère. Nous ne savons pas réellement ce que représentent les séjours à l'hôpital pour cette famille. Nous ne savons pas non plus, comment cet isolement a été perçu, ni ce que cela a pu raviver de leur histoire passée. Des études portant sur l'hospitalisation de patients d'origine migrante, détaillent et analysent les mécanismes en jeu. Selon le sociologue David Le Breton, « *l'hospitalisation est comparable à un événement plongeant un individu dans un lieu et dans un temps dépourvus de tout élément familial. L'ésotérisme de la culture médicale ne cesse d'ajouter des difficultés à un contexte où l'identité du sujet est comme rendue précaire par la dégradation de la santé* ». Nous pouvons émettre l'hypothèse que Dajana présentant un trouble du spectre, une cécité a dû être très angoissée en constatant que son environnement et ses repères n'existaient plus lors de l'hospitalisation. De même, sa mère a peut-être été inquiète de savoir sa fille dans un lieu, avec des soignants ne connaissant pas sa fille et ses habitudes. A la suite de la première hospitalisation, la mère a pu exprimer au médecin du CMP, ses angoisses, notamment liées à l'alimentation. Elle précise que Dajana mange uniquement ce que sa mère lui prépare, elle a une alimentation Halal et elle est très sélective. A la suite de ce recueil d'information, le médecin du CMP en programmant la seconde

³⁷ Claude. MESMIN, « le groupe thérapeutique au sein du dispositif ethnopsychiatrique », 1999, Centre G.Devereux

³⁸ Tobie NATHAN, « L'influence qui guérit », Paris, Odile Jacob, 1994, p.21

hospitalisation, a informé l'unité d'hospitalisation de la nécessité pour Dajana de manger des plats confectionnés par sa mère. Cela a pu se réaliser. La deuxième hospitalisation a été douloureuse pour la famille, mais la mère a pu exprimer le fait qu'elle était rassurée de pouvoir nourrir elle-même sa fille.

En nous intéressant de nouveau au djinn, la famille de Dajana nous donne le sens des troubles de leur enfant. Mais pour que ce sens soit compris, cela suppose qu'il soit entendu par les professionnels. Il s'agit alors d'entendre les discours sur le djinn comme « ce qui est « responsable » des troubles. Finalement, comprendre ce discours comme la vraie réalité de cette patiente et de cette famille. Cela nous incite à évoquer le « langage religieux ». Cette expression comprend « le religieux » qui comme nous l'avons vu précédemment, confère une relation transcendante entre l'Homme et la réalité ; et « le langage » qui est le mode de communication universel et fondamental de l'Humanité. Ainsi, selon M. MESLIN, il est important, dans toutes relations imprégnées de religion de « *comprendre que dans un récit qui relate une expérience religieuse, ses divers éléments n'ont de sens que parce qu'ils se réfèrent à l'objet même de la croyance. (...) c'est l'interprétation qu'au nom de la foi le sujet donne de ce qu'il a vécu, qui lui confère sa qualité de religieux. C'est la foi du sujet qui explicite la dimension religieuse de l'implicite qu'il a vécu*³⁹ ».

Peut-être que la parole de cette famille n'a pas pu être suffisamment entendue ? Ou peut-être que les parents n'ont pas pu, pour diverses raisons, expliquer plus précisément leurs compréhensions des troubles de leur fille. Malgré cela, les parents ont accepté les différents projets thérapeutiques ou médico-sociaux pour Dajana. Il leur a été proposé de chercher les causes de la maladie, essentiellement dans des disciplines biomédicales et psychiatriques, du moins les premiers temps. Pour autant, il convient de nuancer en précisant que les parents de Dajana sont tout de même en demande d'un regard médical. Ils savent que la médecine peut soulager, en partie, la souffrance de leur fille et du reste de la famille. Les parents semblent avoir adhéré au traitement médicamenteux. Cela rappelle ce qu'explique T. NATHAN, pour qui les patients « *En cherchant un sens à leur désordre, ils obtiennent au mieux une information sur sa cause. Cette réponse s'adresse au corps visible symptôme de maladie et non au corps invisible que le patient va souvent confier ensuite (ou concurremment) à un guérisseur traditionnel*⁴⁰ ». Cette théorie semble correspondre en partie à la situation de Dajana. Le soin médical pourrait agir sur le corps alors que le soin traditionnel, religieux, soignerait l'esprit. Cela pourrait expliquer en partie pourquoi la famille, ces derniers mois, faisait appeler au CMP uniquement pour le renouvellement de l'ordonnance.

³⁹ Michel MESLIN, « Simples variations sur le thème religion », Recherches de science religieuse, 2006/4 Tome 94 p.532

⁴⁰ Tobie NATHAN, « L'influence qui guérit », Paris, Odile Jacob, 1994, p.21

Nous avons tenté de comprendre les représentations que pouvaient avoir la famille de Dajana vis à vis du soin. La médecine peut être vécue comme source de souffrance et partiellement adaptée pour répondre aux troubles de leur fille. Il est nécessaire de nous intéresser aux représentations que peuvent construire les soignants dans ces situations où des éléments d'ordre religieux et culturels viennent bouleverser nos pratiques.

2. Représentations des soignants quant aux croyances religieuses.

Nous l'avons abordé dans cet écrit et lors de nombreux échanges dans les modules du DIU, les situations de migration et de croyances religieuses viennent questionner fortement les soignants à plusieurs niveaux. Les ressentis et les discours des soignants et des professionnels du médico-social, à propos des croyances religieuses (et de ladite « culture ») des patients ne sont pas toujours modérés. Certains pensent que la religion et ces discours n'ont pas leur place à l'hôpital et dans le soin en général, tant dis que d'autres, tiennent des discours beaucoup plus jugeant.

Alors, de ces constats pourraient découler un soin et un accompagnement purement technique, protocolisé où l'intérêt porterait essentiellement sur le traitement de la maladie. Cette posture est, je pense, rare, notamment en psychiatrie. Mais alors, que viennent animer en nous, les croyances religieuses des patients ?

Cette question suppose une démarche réflexive mais aussi objective. En effet, tout comme l'indique le professeur en psychiatrie, Philippe HUGUELET, parler de religion avec les patients demande d'avoir « *une approche clinique qui devrait être caractérisée par une posture phénoménologique*⁴¹ ». C'est-à-dire, d'opter pour une posture d'observation neutre dans la consultation, mais aussi d'éviter les a priori théoriques, sources d'éventuels préjugés et d'une mauvaise perception de la situation. P. HUGUELET rajoute également que cette posture permet d'entendre réellement la parole du patient évoquant ses croyances religieuses. Cette écoute neutre permet alors d'accéder à ses éprouvés et à son « expérience » de la religion et de la maladie.

C'est ici alors l'endroit de « *rencontres entre des sujets incarnant des formes culturelles différentes, voire à la limite antagonistes*⁴² » comme l'explique le professeur Jean-Pierre AUDUREAU. Cette rencontre peut être source de tension pour le professionnel. Ce dernier peut craindre que l'intérêt que l'on porte à la parole religieuse soit vécu par le patient comme malveillant, jugeant ou stigmatisant. De plus, cette parole demande au professionnel de se décentrer de sa pratique et de son cadre interne de travail, ce qui n'est pas sans conséquence et qui peut être vécu comme une

⁴¹ Philippe HUGUELET, « psychiatrie et religion : par delà les préjugés », Rhizome, N°54, Novembre 2014, p.3

⁴² Jean-Pierre AUDUREAU, Introduction, livret du colloque interculturel et soin, Novembre 2014

mise en danger. En nous intéressant de nouveau à la situation de Dajana, il apparaît évident que cette prise en charge à demander au CMP et aux partenaires du soin de (re)penser leurs pratiques, leurs références et leur manière d'être à l'autre.

Mais qu'en est-il justement de nos pratiques et de nos références ? Peut-être en s'intéressant au sens aux représentations que nous donnons à la maladie avec notre regard et notre « culture professionnelle ». Nous pouvons nous baser sur la théorie de l'ethnologue Andreas ZEMPLENI⁴³. Il explique que notre notion de la maladie comprend trois dimensions. La maladie est subjective puisque c'est une expérience vécue par l'individu. La maladie est une réalité biomédicale puisqu'elle est une altération biologique et organique. La maladie demandant donc à la médecine une technicité du soin. Et enfin, la maladie est une construction sociale puisqu'elle peut engendrer un statut dans notre société.

De ce postulat, la dimension religieuse de la souffrance rencontrée par le patient peut être difficilement compréhensible par les soignants. Personnellement, il m'est encore difficile de percevoir ce que Dajana et sa famille peuvent éprouver de leur situation et de leur souffrance. En revanche, il existe bien une certitude. Toute posture de négation de la dimension religieuse dans le soin pourrait être contre productive, pour le soin lui-même.

Il devient donc intéressant maintenant d'introduire la notion de contre-transfert. La parole religieuse des patients nous renvoie des éléments étrangers à nous même, d'autant plus si nous ne connaissons pas la religion ou si nous sommes non croyants. « *Nous faisons connaissance avec la part « étrangère » de la famille et tout ce qu'elle transporte de conceptions étonnantes⁴⁴* ». Nous cherchons tous dans nos pratiques à nous situer au plus proche de la réalité psychique des familles. Mais cette démarche peut s'avérer complexe. Écouter les patients parler de leur monde symbolique empreint de religiosité peut entraîner des mouvements de sidération, de rejet, de curiosité malsaine. Les propos de J.FURTOS a ce sujet illustrent bien ce mouvement « *en fait, nous sommes dérangés par la souffrance de l'autre que nous portons en nous, souvent à notre insu, si bien que le transfert étant universel, une assistante sociale, un travailleur social, (...) a le même type de transfert qu'un psychanalyste, mais dans son cadre propre ; il est souvent comme squatté par l'autre⁴⁵* ».

Dans ces conditions, comment repérer puis mettre au travail ces résistances, ces contre-transferts ? G. DEVEREUX nous donne des pistes d'élaboration. En effet, le contre-transfert peut

⁴³ Valérie ROUSSELON, « Les dimensions culturelles de la culpabilité » ERES, Connaissances de la diversité, 2012, p.130

⁴⁴ Valérie ROUSSELON, « les dimensions culturelles de la culpabilité », ERES, Connaissances de la diversité », 2012 p136

⁴⁵ www.carnetpsy.com

devenir un élément clinique utile au soignant. L'objectivation de ces mouvements contre transférentiels peut passer par la prise de conscience par le soignant que la croyance religieuse exprimé par le patient est un élément objectif, constitutif de la réalité du patient alors le mouvement contre transférentiel du soignant pourra l'éclairer sur le symbolique objectif du patient.

« Le locus de partition entre l'observateur et l'observé, dans des situations de trouble (...) rend possible l'objectivité là où nous pensions d'abord trouver qu'implication, déformation et distorsion. Sans distorsion, il n'y a pas en effet, de séparation possible entre le subjectif et l'objectif. Le subjectif est mis inconsciemment dans l'objectif; mais la prise de conscience du trouble amené par l'observateur en lui révélant sa propre subjectivité, lui révèle par la même occasion l'objectivité authentique de l'alter ⁴⁶».

Dans la situation de Dajana, l'évocation du djinn peut créer une distorsion chez le professionnel. Cette distorsion peut alors s'avérer être l'éprouver ressentie par le patient.

Finalement, les représentations de la maladie déterminées par des croyances religieuses, suppose pour les soignants d'opérer une reformulation et une médiation de deux théories. La sienne, qu'il a intégrée comme légitime, scientifique et objective, mais aussi celle du patient. Pour cette dernière théorie, le soignant doit pouvoir mettre au travail ses mouvements internes concernant l'impact de la maladie dans le champ de compréhension du patient.

Finalement, le patient et le soignant peuvent éprouver un sentiment d'étrangeté au moment de la rencontre de leurs représentations respectives. Les mouvements internes qui en découlent pourraient être caractérisés par un sentiment d'être « *étranger à son propre pays*⁴⁷ » (B. LÉBOUCHÉ – 2004).

La maladie est subjective, qu'elle soit éprouvée par le patient ou le soignant, mais elle peut-elle être le liant à une objectivité dans la relation ? Et ainsi répondre aux attentes des deux parties ?

3. Un soin à la croisée des chemins

La littérature est riche en théories et en méthodologies concernant le soin (psychique) et les différentes conceptions humaines d'un trouble. L'exemple le plus représentatif est la méthode complémentariste de G. DEVEREUX. Celle-ci repose sur le rôle des observateurs (un psychologue, un sociologue, un psychiatre etc.) en situation d'étude et d'analyse d'un problème posé par une

⁴⁶ George DEVEREUX, « essai d'ethnopsychiatrie générale » Galimard, 1983, p.16

⁴⁷ Bertrand LÉBOUCHÉ « sida et migrants, le retour du religieux », Centre Laennec, Tome 52, p.20

personne en souffrance. Cette configuration reposant sur les observations de plusieurs professionnels au champ disciplinaire différent, permet d'élaborer des hypothèses de travail concernant dans son ensemble le problème. Un des nombreux avantages de cette méthode est de permettre aux professionnels de rester dans leurs champs de compétences et dans leurs cadres. Quant à la personne évoquant ses difficultés, elle peut se raconter et exposer sa réalité en toute subjectivité. Son trouble, son désordre reste inscrit dans son modèle de références, son modèle symbolique.

Pour autant, cette méthode suppose aux observateurs d'avoir des connaissances fines sur l'histoire de la personne et d'où elle parle (les faits culturels). Pour appliquer cette méthode avec Dajana, il aurait été nécessaire de connaître davantage la vie de cette enfant et de sa famille au Kosovo mais aussi de savoir plus finement ce que sont les djinns.

La méthode complémentariste de G. DEVEREUX peut donc laisser penser qu'en laissant la personne énoncer son trouble, il est alors possible de s'en saisir comme levier thérapeutique. A condition bien sûr, d'avoir mis au travail nos propres conflits internes sur ce qu'il sera énoncé par le patient. Travailler en somme, sur une non appréhension des autres modèles symboliques.

Cette posture d'écoute pourrait permettre alors au patient de nous confier « *leurs pensées à partir desquelles il n'est pas possible de reconstruire avec précision le modèle symbolique auquel il font référence, mais l'écoute est au service d'une alliance thérapeutique et non de l'écriture d'une monographie ethnologique*⁴⁸ ». Nous éviterions également le piège de réduire la personne à sa « culture » puisque le professionnel n'évoque pas cette dimension, mais l'écoute plutôt. Peut-être même que cette écoute serait l'opportunité pour le soignant de percevoir une correspondance à sa représentation du soin avec celle du patient.

Dans la situation de Dajana, l'écoute a semble-t-il été opérante à un moment donné dans le parcours de soin au CMP. Les parents ont décidé d'eux même d'évoquer la possession du djinn. L'écoute qu'ils ont reçue leur a peut-être été satisfaisante puisqu'après leurs séjours en Allemagne, ils ont aussi décidé de nous montrer les vidéos de dépossession.

Pour autant, doit-on se satisfaire d'être uniquement convoqué à une place de prescripteur de traitement ou d'aide administrative ? Dajana ou du moins sa famille se disent en souffrance. Et malgré cela, les étayages apportés semblent fragiles et décourageant progressivement les professionnels.

A la question du médecin du CMP : « comment vous aider ? Qu'est-ce qu'on fait pour vous ? »

Le père de répondre : « il nous faut une petite maison ».

⁴⁸ Valérie ROUSSELON, « les dimensions culturelles de la culpabilité », ERES « connaissances de la diversité », 2012 p133

Cette réponse pourrait paraître inadaptée au regard de la situation. De même, le souhait du père de changer de cadre de vie, ne peut pas être réalisé dans le cadre d'une prise en charge sanitaire ou médico-sociale. Pourtant, la question ainsi posée au père de Dajana peut témoigner de l'intérêt réel que porte le médecin au père de famille. Il est ici question de vouloir rencontrer cet homme dans son humanité et son altérité.

L'altérité, concept philosophique d'Emmanuel LEVITAS allant à l'encontre des théories d'objectivation de l'Autre. L'altérité peut se définir comme l'acceptation de l'autre, en tant qu'être différent et la reconnaissance du droit à être lui-même⁴⁹. L'altérité suppose également un échange réciproque où l'un ne l'emporte pas sur l'autre⁵⁰ :

"Si on pouvait posséder, saisir et connaître l'autre, il ne serait pas l'autre. Posséder, connaître, saisir sont des synonymes du pouvoir⁵⁰."

La pensée de J. FURTOS prolonge ce concept quand il évoque la pensée métissée permettant la bientraitance. La rencontre et la réciprocité de la relation « patient-soignant » permettent d'éviter des écueils qui parasiterait l'aide apportée. C'est là tout le propos de « *psychothérapie d'un indien des plaines* » et de son adaptation cinématographique. Nous assistons à une rencontre qui se situe au niveau professionnel tout en n'excluant pas l'authenticité de se qu'engage le soignant et le patient dans la relation. Les éléments « transculturels » (G. DEVEREUX) n'interviennent que dans un second temps dans la clinique.

C'est ici les fondements d'une relation de confiance. J. FURTOS rappelle que « la confiance soigne en étant éthique, humaine⁵¹ ».

⁴⁹ www.larousse.fr

⁵⁰ E.Levinas, *Le temps et l'autre*, op. cit., p. 83.

⁵¹ Propos de Jean furtos lors de sa communication sur la pensée métissée. Janvier 2015

Conclusion

Finalement, la question posée par ce mémoire supposait de mettre en tension une croyance religieuse et une croyance scientifique, dans le but d'en dégager d'éventuels pistes de réflexion. La religion et la psychiatrie sont deux objets complexes à étudier. Elles sont toutes deux empreintes de leur époque, de leur société. Pour autant, des liens et des passerelles entre elles deux existent.

Ces liens se doivent d'être construits et pérennisés dans le cadre thérapeutique. Mais pour que la religion et la psychiatrie se rencontrent, il est nécessaire d'engager un travail d'objectivation des représentations en jeux dans la clinique. Ce processus n'est pas sans difficulté, tant nos représentations, que l'on soit professionnel ou soigné, sont ancrées et nourries par notre environnement et la société. A cela peut s'ajouter les stéréotypes véhiculés aussi bien par les soignants que par les patients, les difficultés dans la communication et dans la compréhension, les craintes de la stigmatisation et la façon dont est traité la question de l'immigration dans le débat public.

Il est nécessaire d'avoir conscience que notre manière de penser peut-être parasitée par ces éléments. Pour mettre à distance ces mouvements et ainsi engager un travail d'objectivité, il conviendrait d'amorcer un travail réflexif sur l'altérité.

La vraie rencontre avec l'autre, dans ce qu'il est d'humain en souffrance suppose de l'accueillir avec soi (et en soi) dans ce qu'il est de différent de nous, mais aussi dans ce qu'il est semblable. C'est avec cette base qu'éventuellement s'installe une relation de confiance mutuelle dont l'objectif final sera le mieux être du patient.

Cette brève étude contient plusieurs limites de recherches théoriques et empiriques. L'étude de la religion musulmane et des liens avec la santé mentale se doit être approfondie et affinée. La question des représentations doit également être davantage ancrée dans un contexte sociétal. Enfin, la situation de Dajana aurait mérité d'être énoncée avec plus d'éléments sur le parcours de vie de cette adolescente et de sa famille.

Ce mémoire peut appeler à une nouvelle question :

Est-ce que l'institution « hôpital » dans ce qu'il est d'hospitalier peut-il être un lieu de vraie rencontre entre le soigné et le soignant ?

Bibliographie

CHEBEL Malek, « *le sujet en Islam* », Paris, Seuil, 2002, 214 p

DEVEREUX, George, « *essai d'ethnopsychiatrie générale* » Galimard, 1983 p.16

DURKHEIM, Emile, « *Religion, morale, anomie* », Éd. De Minuit, 1975, p. 70

DURKHEIM, Emile, « *Les Formes élémentaires de la vie religieuse* », 1912, Le Livre de Poche, 1991, pp. 103-104.

GOLDSTEIN, Jan, « *consoler et classer : l'essor de la psychiatrie française* », Ed : institut Synthélabo, 1997, 502 p

HUGUELET, Philippe, « *psychiatrie et religion : par delà les préjugés* », Rhizome, N°54, Novembre 2014

LEBOUCHÉ, Bertrand « *sida et migrants, le retour du religieux* », Centre Laennec, 2004, Tome 52, p.20

LEVINAS Emmanuel, « *Le temps et l'autre* », Paris P.U.F, 11^e édition (2014) 108 p

MANNONI, Pierre, « *Les représentations sociales* », Paris, P.U.F, 1998, 128 p

MEKKI-BERRADA, Abdelwahed (dir., 2010) « *L'Islam en anthropologie de la santé mentale* », Lit Verlag, 2010, p.14

MESLIN, Michel, « *simple variation sur le thème religion* », recherches de science religieuse, 2006/4 Tome 94, p523-546.

MESMIN, Claude « *le groupe thérapeutique au sein du dispositif ethnopsychiatrique* », 1999, Centre G.Devereux

MIRCEA, Eliade, « *Le Sacré et le Profane* », Gallimard, 1965, pp. 171-172.

NATHAN Tobie, « *Leurrer les dieux... mais comment faire ?* », *Pardes in Press*, 2002/1 (N° 32-33), p 147-161

NATHAN, Tobie, « *L'influence qui guérit* », Paris, Odile Jacob, 1994, p.21, 312 p

ROUSSELON, Valérie, « *Les dimensions culturelles de la culpabilité* » ERES, *Connaissances de la diversité*, 2012, p.130

SANCHEZ, Pascal, « *la rationalité des croyances magiques* », librairie Droz, 2007, p. 350

SOUSTELLE, Jacques « *l'homme et le surnaturel* », encyclopédie française, Tome VII, 1936, p.15

Communications :

- Colloque interculturalité et soin « des bonnes intentions aux changements des pratiques » 20 novembre 2014 – organisé par l'Université LYON II et le CH « le Vinatier »
- Conférence du 8 janvier 2015 organisé par l'ORSPERE SAMDARRA à l'IFSI du CH « le Vinatier »