La Joroterapia, une rencontre entre soignant et soigné dans leur humanité commune

Alice RANOROJAONA PÉLERIN

Dr Alice Ranorojaona Pélerin, Médecin généraliste, Diplômes Universitaires de Victimologie et d'Ethnomédecine, Docteure en Anthropologie

1 Itinéraire et création d'une démarche anthropologique de soin

Dans mon parcours, j'ai été aide-soignante puis infirmière en dialyse et en psychiatrie durant mes études, et médecin aux mains nues durant les 7 mois durant lesquels j'ai traversé Madagascar, mon île natale, à pieds, en 2008. Cette dernière expérience a été décisive pour mon investissement en anthropologie car j'y ai redécouvert le sens des pratiques traditionnelles et l'importance de l'aide que je pouvais apporter sur ma route, en accompagnant les personnes uniquement dans la quête de sens, avec des effets thérapeutiques souvent spectaculaires.

Partant de ce constat, c'est tout naturellement que, de retour à mon cabinet, je me suis mise à pratiquer différemment. J'ai exploré l'histoire des personnes à la recherche d'événements non apaisés dont ils avaient pu perdre le sens.

Je pars de l'hypothèse selon laquelle la maladie peut être le symptôme d'une absence de sens susceptible d'engendrer un désordre somato-psychique en rapport avec une perturbation des liens sociaux, en particulier familiaux. L'accompagner à donner un sens, en l'orientant vers ce qu'elle vit et vers son histoire familiale peut permettre alors à la personne d'accéder à la partie symbolique de cette maladie qui est présente mais dont la médecine ne se préoccupe pas, puisque ce n'est pas dans ses prérogatives. C'est ainsi que je me suis intéressée à la manière dont chacun peut vivre la maladie, en tenant un langage d'humain à humain, avec son contexte culturel.

Le résultat a été à la hauteur de mes attentes puisque j'ai pu vérifier que cela permet à la personne de remettre de l'ordre intérieurement, après s'être connectée avec des

émotions en relation avec les événements qui n'étaient pas apaisés dans son vécu ou dans son histoire. C'est ainsi qu'après avoir fait le lien entre les perturbations dans sa vie et sa maladie, elle se met en paix avec ses émotions, et arrive, en remettant de l'ordre dans son vécu émotionnel, à apaiser des symptômes. Cela m'a permis de créer une démarche anthropologique de soin nommée Joroterapia qui se préoccupe de la partie symbolique de la maladie, afin de compléter ma pratique biomédicale axée, elle, sur la maladie, d'où le titre de ma thèse d'anthropologie (soutenue en 2018 à l'université de La Réunion) : « Joroterapia : soigner avec la quête de sens ».

2 Limites de la pratique biomédicale et méthodologie de la Joroterapia

Tout médecin généraliste connaît ce profil de malade qui le renvoie à l'échec de sa pratique biomédicale, alors même que les investigations et le traitement sont bien conduits, ce qui en fait des nomades médicaux, passant d'un médecin à l'autre, avec les mêmes plaintes immuables face auxquelles le praticien se sent habituellement impuissant. La Joroterapia s'adresse particulièrement à ce genre de malade.

Au moment où j'entame ma thèse en Anthropologie, je suis installée en association avec mon mari qui est également médecin généraliste et mon terrain d'étude est notre cabinet. Mon mari y contribue en m'adressant les cas qui lui semblent correspondre à ma démarche.

Je travaille à partir des récits de vie, et m'attelle à comprendre la manière dont le demandeur de soin se représente sa maladie, comment il la vit, et ce qu'il a essayé d'entreprendre pour se soulager. Pour ce faire, j'utilise toutes les disciplines en ma connaissance, de ma simple culture malgache, à la philosophie, la victimologie, la psychologie, la psychiatrie, la psycho généalogie, l'ethnomédecine, la « mathématique moderne des ensembles » de ma classe de sixième, la sociologie, l'anthropologie… et la liste n'est pas exhaustive, afin d'enrichir mon anamnèse médicale classique des antécédents traumatiques de son histoire personnelle et familiale, et, selon les cas et les indications qui me sont fournies, selon le cadre culturel et spirituel de la personne, la façon dont je pourrais proposer à mon patient de solder sa souffrance passée.

C'est une manière, pour moi, d'honorer ce serment d'Hippocrate par lequel je me suis engagée à rétablir, préserver et promouvoir la santé dans tous ses éléments physiques et mentaux, individuels et sociaux, en mettant en œuvre tout ce qui est en mon pouvoir, en prenant, avant tout, soin d'éviter de nuire. J'ai choisi de désigner la personne qui vient me consulter par le terme « demandeur de soin », pour souligner la démarche active qui est la sienne de venir chercher une réponse à ses problèmes, et rappeler qu'il a son mot à dire dans ce qui lui arrive. Il est important de souligner le cadre que je mets en place à partir du moment où je décide de passer à cette démarche qui amène nos deux regards dans une autre direction que celle de la biomédecine. Très solennellement, je lui expose les caractéristiques d'équivalence, de complémentarité tout en nous appuyant sur nos différences dans le lien que nous mettons en place pour aborder cette partie symbolique de la maladie. Ce changement de paradigme est fondamental dans la mise en place d'une relation humaine de confiance qu'exige ma démarche de soin.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Sur une île comme La Réunion, où la population est d'une grande diversité d'origines, avec beaucoup de métissage, et donc une très importante variété culturelle et cultuelle, les cas qui se présentent embrassent tous les pans de l'existence humaine. Le conflit inconscient qu'il peut y avoir entre les diverses origines d'une personne peut, par exemple, engendrer une véritable pathologie. Dans une île qui a connu les fléaux de l'histoire, comme l'esclavage, les guerres, les famines, les épidémies en trois siècles et demi d'histoire, les thématiques qui en ressortent sont assez représentatives des problèmes de notre humanité commune. C'est pour cela que je dis que La Réunion est pour moi, le « Monde en miniature ». Mon accompagnement consiste à amener à la conscience de la personne ce genre de problème de loyauté inconsciente et d'établir le lien avec la maladie qu'elle vit en passant par son histoire généalogique personnelle.

Le but est de soigner, mais aussi de redonner à la personne la confiance en ses capacités d'être en bonne santé, et d'en rester maître. La prise en charge peut déborder le seul champ du demandeur de soin et concerner toute la famille, puisqu'elle concerne ses liens. Un autre intérêt consiste à faire de la prévention, face à des cas précis comme les enfants de remplacement ou des situations de violence à répétition, de suicide, par exemple.

La Joroterapia fait appel à la pluridisciplinarité dans la transdisciplinarité[1], car elle sollicite la contribution de tous les savoirs du demandeur de soin et de celui qui accompagne, qu'ils soient scientifiques ou culturels, pour se mettre à la portée d'une communication par laquelle on emploie un langage intelligible de part et d'autre dans une relation sans lutte de pouvoir, où le seul enjeu est d'amener la personne à dénouer son problème intérieurement en mettant de l'ordre dans ses émotions et son vécu. Cela nécessite de dépasser le cloisonnement de nos fonctionnements habituels pour apporter une ouverture qui permette d'aborder le malheur et la maladie avec un seul et même outil. En effet, la personne aspire à être prise en charge dans sa globalité, car son corps et son esprit interagissent et ne peuvent être dissociés.

Le processus qui se dégage de cette démarche, par la victimologie, fait rechercher les émotions délétères qui font appel à nos 5 sens, résultant de traumatismes récents ou anciens, directs ou hérités (psycho généalogie). Il met en relation des émotions avec des événements que le demandeur de soin rapporte, parfois de manière très détachée, sans imaginer un instant qu'il puisse y avoir un lien. Le rôle du soignant, est dans ce cas de l'accompagner à établir ce lien, afin de donner sens au mal-être qui est à l'origine de sa souffrance actuelle. Il est important de souligner que tout ceci se fait sans jugement. Il s'agit d'un travail de prise de conscience qui s'accompagne, la plupart du temps, d'une énorme catharsis, qui réinitialise les charges émotionnelles, permettant le changement de vécu. Mon outil de prédilection est, à cet instant, la boîte à mouchoirs. Une fois le lien établi et validé par le patient, c'est-à-dire que cela lui parle, le fait de poser un acte permet d'en inscrire l'empreinte au niveau du corps par la voie psychomotrice. C'est donc en sollicitant les différents domaines du système nerveux que l'on va agir pour poser de nouveaux repères dans la manière de vivre l'histoire. On ne peut pas changer ce qui s'est passé, mais l'on peut changer le vécu que l'on en a.

[1] Jean Claude Sallaberry, 1996, *Dynamiques des représentations dans la formation*. Paris : L'Harmattan.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

L'étape suivante consiste à voir avec lui comment mettre de l'ordre et se séparer des émotions délétères qui sont à l'origine de ses malheurs actuels. L'objectif est ici de modifier un vécu que le patient aura choisi, en passant par les outils de perception de son corps, en investissant ce qu'il veut de ses 5 sens, pour accéder à ses émotions. Ces anciennes émotions stockées en mémoire, qui se manifestent de façon inadaptée, peuvent être là pour lui signifier qu'il est temps pour lui de se séparer de l'ancienne histoire et de commencer à en écrire une nouvelle, l'orientant vers une solution. Il s'agit d'un acte rituel, d'un langage appartenant au domaine culturel, qui va réinitialiser son vécu et lui permettre d'en faire un récit transmissible avec des émotions apaisées. C'est la voie symbolique, dans le langage culturel et/ou cultuel de l'intéressé.e. qui est logiquement investie car c'est une voie que partage l'espèce humaine, donc intelligible autant par le demandeur de soin que par le soignant.

L'humain est un être de symboles. Dès la toute petite enfance, le bébé sait se rassurer avec son « doudou », dans un langage symbolique tel que nous le montre le concept d'objet transitionnel formulé par Donald Woods Winnicott. Sur un autre registre, nous constatons que la vie est jalonnée de rituels tels que mariage, baptême, funérailles ou d'autres langages symboliques qui nous permettent quelque part de mourir d'un statut, pour renaître à un autre. C'est par cette voie que j'aborde la partie symbolique de la maladie, et c'est ce qui permet au demandeur de soin d'accéder à une remise en ordre interne par la voie de ses émotions, d'en établir de nouveaux repères : temporel, spatial et présentiel, pour en circonscrire le nouveau vécu. Se met en place un champ où la vision médicale de la maladie rejoint le domaine de la vie sociale, afin d'appréhender la pathologie du symbolique. Cette dernière s'exprime souvent sous forme de manifestations culturelles, inconnues de la grille de lecture de la biomédecine qui les désigne par « manifestations psychosomatiques, parfois psychiatriques », et que le monde populaire désigne par « phénomènes surnaturels » ou « sorcellerie ou possession, etc… »

Dans la maladie, il y a le volet individuel en rapport avec le dysfonctionnement organique au niveau du corps, qui intéresse la biomédecine et il y a le volet collectif familial qui impacte le vécu et va jusqu'à engendrer la perturbation des liens entre les membres de la famille. Là, il est important de se mettre à la portée du langage culturel pour analyser la situation. Il s'agit donc de trouver le langage le plus commun qui permette de s'affranchir des spécificités culturelles, et qui puisse s'adresser à la fois aux valeurs symboliques sociales et au système nerveux du corps pour accéder à un nouveau vécu, à l'origine de la perception d'un changement. Le système de la mythologie et les rites qui lui sont indissociables s'avèrent être la voie la plus adaptée pour cela. Les mythes qui existent dans toutes les cultures sont les récits fondateurs qui ont permis aux diverses civilisations de répondre à leur quête de sens. C'est ainsi que l'être humain a pu répondre à leurs questions existentielles pour donner du sens à l'ordre du monde et maîtriser son angoisse relative aux mystères de la vie et de la mort. Le même mode de construction de sens existe pour les mythes à l'échelle individuelle, familiale et sociale. La démarche que je propose concerne l'aspect délétère de certains de mythes tels que « je suis maudit », « je n'ai pas de chance » ou « chez nous, les premiers enfants meurent toujours »… Ces mythes délétères sont désignés par « croyances négatives ».

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Le vécu d'une maladie diffère selon qu'il s'agisse de l'individu ou de la famille. Bien qu'il y ait des parties communes, telle la nature des émotions de souffrance, il peut y avoir des intérêts qui divergent. De fait, l'inconscient collectif familial semble attribuer à chaque individu le rôle de porter une problématique qui lui paraît menaçante pour la survie du groupe, afin de préserver la pérennité du collectif. Ceci a comme effet d'isoler l'individu du groupe et d'affecter ses liens, portant atteinte à son statut d'être « de lien », c'est-à-dire, « d'être social ». Il n'est donc pas étonnant que le langage choisi dans cette démarche soit le langage symbolique, commun aux êtres humains, qui arrive à transcender les barrières et les différences culturelles.

L'organisation en fractales de notre organisme, de notre vie, jusqu'à notre existence, en fait un système complexe qui ne peut pas être abordé dans la logique du dualisme cartésien fondateur des disciplines qui ont bâti la biomédecine. Ceci explique pourquoi la lecture de ses contradictions et de ses paradoxes doive faire appel aux lois des systèmes complexes (décrites par Edgar Morin – 1990), et que le maniement de tous les savoirs nécessaires à la compréhension et la résolution de ses problématiques se fasse dans le constructivisme[2]. Il y a ici un changement de paradigme fondamental qui consiste donc à l'ouverture du dualisme cartésien de la logique biomédicale, vers un constructivisme qui permette de donner la parole de manière équivalente au point de vue du soignant et à celui de la personne demandeuse de soin, dans une co-construction salutaire.

3 Quelques cas cliniques

Voici quelques cas cliniques pour illustrer mes propos.

M. Jean, âgé de 70 ans, vient me consulter pour prendre un somnifère car il me dit qu'il ne dort pas. Je lui demande depuis quand et il me dit, que c'est depuis toujours, et qu'il a toujours pris un médicament pour dormir. Je lui demande s'il dort bien alors sous somnifère. Il me dit que non, qu'il fait des cauchemars toutes les nuits, mais au moins, il dort. Je lui demande les sujets de ses cauchemars et il me dit qu'il voit des morts, toute la nuit et que ce sont les morts qui l'empêchent de dormir.

Je sais d'expérience que les cauchemars surviennent chez des personnes qui ont vécu des événements traumatisants, ce que je recherche dans son anamnèse en le lui expliquant, mais nous n'en trouvons pas. M. Jean n'a pas eu d'accident, n'a pas assisté à des scènes horribles qui auraient pu le traumatiser. Je lui propose alors de regarder dans son histoire, au cas où il y ait quelque chose qui puisse expliquer ses cauchemars et son insomnie. M. Jean se prête volontiers à l'exploration de son histoire à travers un génosociogramme simplifié que je lui propose, et nous voilà partis dans les dédales de son histoire, dans une ambiance complètement détendue. Son histoire nous révèle que son père a eu deux ménages successifs, et que M. Jean est né du deuxième lit. Je cherche particulièrement les décès, les histoires de dates qui pourraient coïncider, et là, il m'apprend qu'il est né le jour de la mort de sa demi-sœur aînée du premier lit, Christine, âgée de 20 ans, qui vivait chez son père. Je lui fais part de l'hypothèse que je retire de ce malheureux concours de circonstance. M. Jean est d'origine malgache,

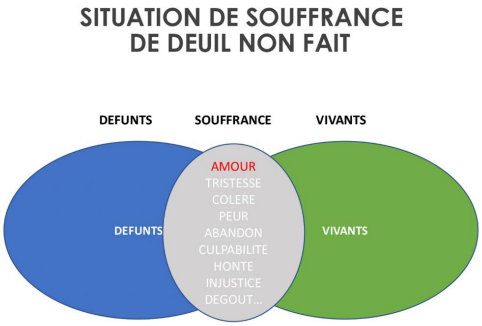
[2] Jean-Louis Le Moigne, 2007.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

comme moi, et notre consultation se déroule entièrement en malgache, plus précisément, dans le dialecte sakalava de son origine du nord de Madagascar. Je lui avance mon interprétation, dans la symbolique culturelle que nous avons dans nos rapports aux morts, au cas où cela ait du sens pour lui.

Voici ce que je lui dis : « Imaginez ce petit bébé que vous étiez, les émotions qui l'entourent, à ce moment où il arrive, au lieu d'être accueilli dans la joie, il n'entend que les cris et les hurlements car sa sœur est morte. Ce sont vos premiers repères et vous avez intériorisé ces émotions. Depuis, aux yeux des membres de votre famille, vous êtes systématiquement associé à ce décès et votre existence est toujours « recouverte » par les émotions de ce décès. C'est probablement à cause de cela que vous rêvez tout le temps des morts ».

Et nous essayons ensemble d'imaginer et de reconstituer les émotions suscitées par la mort brutale de sa sœur, une jeune fille de vingt ans. Nous listons la tristesse, la colère, la peur, le sentiment de culpabilité et le sentiment d'abandon. Je lui suggère alors que ce sont ces émotions-là qui constituent pour l'instant le lien qu'il a avec sa sœur, bien qu'il ne l'ait pas connue, lien qui passe jusqu'à maintenant par le vécu des autres par rapport à cette mort et par la manière dont ces sentiments ont perduré jusqu'à ce jour. L'expression de la peur, notamment, se manifeste par les cauchemars. Je lui dis que symboliquement, la mort de sa sœur et sa naissance se sont « télescopées », et qu'il y avait là un mélange entre deux mondes qui n'avaient pas à se mélanger. S'il le désire, nous pourrions dissocier son histoire de celle de sa sœur et il pourrait décider du type de lien qu'il veut avoir avec elle, sans que cela passe par qui que ce soit d'autre. Avec le schéma suivant, je lui explique le concept de deuil non fait où, le monde des morts et des vivants s'interpénètrent et restent collés par des émotions de souffrance qui recouvrent l'amour qui les a reliés auparavant.



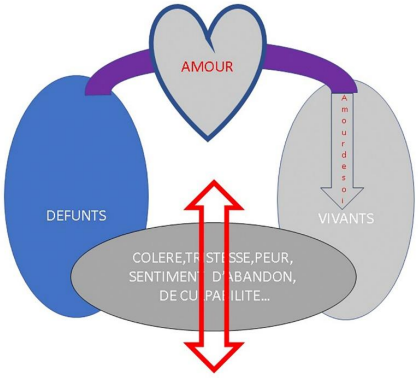
Cette proposition parle complètement à M. Jean, et il me demande comment on pourrait procéder en pratique. En lui montrant les schémas, je lui explique que ce qui nous permet de réaliser la séparation de ces deux mondes, c'est que nous sommes liés à nos défunts par l'amour, un lien très fort qui relie les membres d'une même famille. Ce lien d'amour survit à la mort, mais c'est comme si nous le ressentions à travers les émotions de souffrance telles que la tristesse, la colère, la peur, l'angoisse,

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

les sentiments de culpabilité et d'abandon venus le recouvrir à la survenue du décès. Le but est de dissocier l'amour de ce bloc d'émotions de souffrance, de l'investir consciemment comme un lien indéfectible, et partant du fait que nous n'avons que le temps présent, d'accepter que les émotions de souffrance cessent d'avoir leur raison d'être car elles constituent un lien délétère qui enchaîne les morts et les vivants. Pour cela, je lui dis la date du jour et lui dis que cela fait maintenant plus de 70 ans que tout cela s'est passé, y aurait-il une raison de garder encore ces anciennes émotions ? M. Jean me dit non, très clairement. Alors, je lui tends le papier et une paire de ciseaux et lui dis : « alors si vous voulez, vous pouvez couper ce lien qui vous fait mal. Par la peine que vous a laissé sa mort qui vous lie encore avec votre sœur, elle ne repose pas en paix car c'est son décès qui est responsable de votre souffrance, comme vous, vous ne vivez pas en paix. Alors, quel intérêt de garder ce lien qui vous fait souffrir tous les deux aujourd'hui ?

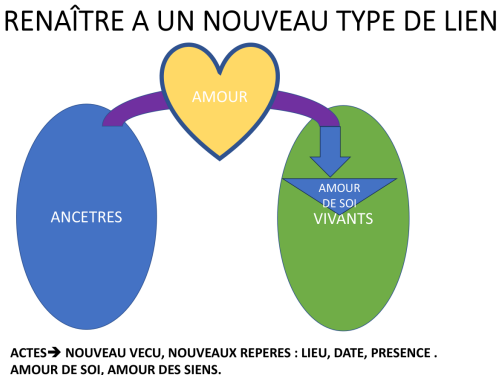
M. Jean me répond : « aucun ». Il s'empare des ciseaux pour découper le papier à l'endroit où j'ai dessiné le lien d'émotions douloureuses qui relie les pôles inférieurs des deux figures représentant le monde des morts et celui des vivants, au niveau du deuxième schéma.

SÉPARER LES 2 MONDES, GARDER UN LIEN D'AMOUR



Une fois qu'il a fini de couper ce lien, il ne persiste plus que le lien d'amour reliant les deux pôles supérieurs des deux figures, et je lui demande ce qui reste. « L'amour » dit M. Jean, un grand sourire enjoué sur les lèvres. Il ne lui reste plus qu'à retisser un lien d'amour avec cette sœur défunte, et tout en s'attribuant au passage, l'amour de lui-même en hommage à ceux qui l'ont précédé.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017



Je lui explique alors que nous avons la possibilité de mettre cela en acte, comme nous le faisons à Madagascar quand nous faisons un « Joro », un rite d'invocation et de passage, en nous adressant à sa sœur, par le biais d'une lettre que nous rédigerons ensemble, afin de signifier à sa sœur et à nous-mêmes, cette séparation des mondes, mais aussi la séparation de leurs deux destins. – Nous allons lui dire toutes les émotions que son décès a amenées dans votre vie, et dont vous pouvez maintenant vous débarrasser définitivement, car cela ne fait du bien, ni à elle, ni à vous, ni à votre relation.

M. Jean a l'air enchanté par ma proposition et veut réaliser cet acte rituel avec moi. Je lui propose un temps de réflexion de quelques jours pour qu'il intègre bien la démarche, et puisse aussi l'investir à sa manière. Je lui propose qu'il amène les accessoires qu'il souhaite et que nous le réalisions réellement comme si nous étions dans notre pays. Je lui précise que l'expédition du message à sa sœur se fera par la voie symbolique du feu, après lecture de la lettre.

Le jour du rendez-vous, M. Jean arrive avec un « *lambaoany* », une pièce de tissu dans lequel on se drape habituellement pour ce genre de cérémonie au pays. Il a aussi ramené un petit flacon de parfum. C'est un accessoire souvent utilisé à Madagascar pour entrer en communication avec les ancêtres. Il me demande si on peut l'utiliser. Je lui dis qu'il peut le faire bien sûr. Je lui rappelle que je ne fais que l'accompagner et qu'il s'agit pour lui d'écrire une nouvelle version de son histoire. Je lui dis qu'il a toute latitude pour cela.

Ensemble, nous rédigeons la lettre pour sa défunte sœur, dans notre langue maternelle, et plus précisément dans le dialecte du nord de Madagascar que M. Jean utilise au quotidien. C'est lui qui me dicte le contenu de la lettre en insistant sur la séparation des deux mondes et de leurs destins respectifs, sur les émotions qui l'ont submergé à sa naissance et dont il veut maintenant se débarrasser définitivement, et sur la substitution de l'amour comme seul lien persistant entre lui et sa sœur, afin qu'elle repose en paix et veille sur lui, son petit frère, et qu'il vive enfin en paix. Par la même occasion, cette démarche ayant ramené en sa mémoire d'autres ancêtres. M. Jean salue au passage ses grands ancêtres et demande leur bénédiction, investissant un lien particulier avec tel grand-père et telle grand-mère.

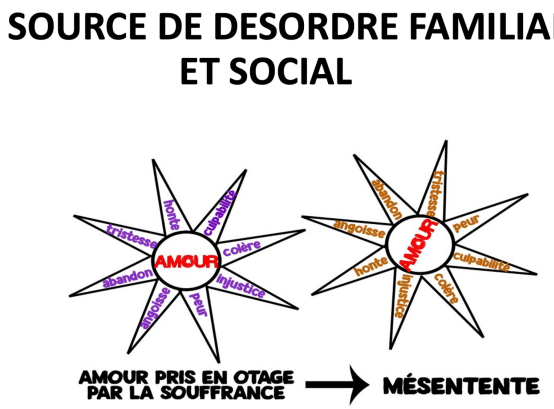
Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Cela fait sens, et notre démarche commune consiste à séparer symboliquement son monde de celui des défunts, et son histoire de celle de sa sœur, tout en rétablissant le lien d'amour qui lie les membres d'une même famille.

Depuis, M. Jean ne me demande plus de somnifères.

Mme Pi, femme réunionnaise de 40ans, en est à son 6ème accident de moto, et, contrairement aux autres fois, ce dernier accident est plus mal vécu. Elle ne consolide pas sa double fracture du poignet. C'est ce qui l'amène à me consulter. L'interrogatoire montre qu'elle est choquée et n'a pas évacué son psycho traumatisme, car elle n'a pas eu son accident seule, elle était accompagnée de ses 2 enfants, et s'était dit au moment de l'impact qu'ils allaient mourir tous les trois. J'identifie un psychotraumatisme où elle s'est sentie confrontée à la réalité de sa mort et des enfants qui l'accompagnaient.

L'exploration de l'histoire familiale révèle des accidents de moto chez les frères et l'autre fils, ainsi que de violentes disputes familiales, dans un climat d'alcool et de violence, en particulier chez le défunt père. Et événement de taille, elle me révèle l'existence, dans sa fratrie, d'un bébé décédé de maltraitance de la part de son père, ce que l'on dénomme par syndrome de Silverman en médecine. Cette consultation était familiale, en présence de la mère et des frères et sœurs. Elle s'est déroulée lors d'une visite à domicile, demandée par Mme Pi à la suite d'une consultation effectuée à mon cabinet durant laquelle je lui ai fait comprendre qu'il y avait de la violence dans son histoire et que les accidents à répétition étaient probablement en lien avec des souffrances jusqu'ici non entendues, qu'il fallait clôturer. La démarche était de reconnaître la souffrance du père à l'origine de cette violence dont ils ont tous hérité, et qui se manifeste par des violences routières et des mésententes. Il était important d'imputer la violence du père à la souffrance qu'il portait, sans que cela ne représente ni une excuse, ni un argument justifiant la violence, afin que tout le monde puisse le rétablir en tant que père. Il s'agissait de le dissocier d'une souffrance qu'ils pouvaient maintenant clôturer avec tout un parcours de vie qui s'est terminé à sa mort.



Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

J'illustre par un schéma la manière dont la capacité d'aimer des membres de la famille est restée prise en otage par les émotions de souffrance de ces deuils non clôturés, et comment cela impacte la relation entre eux. A chaque fois qu'ils essaient de se rapprocher, ils se blessent mutuellement.

Nous reconnaissons ensemble l'état de martyr du bébé décédé et décidons d'en faire le deuil. Nous attribuons la violence du père à sa souffrance, et décidons ensemble de faire le choix de le séparer de l'histoire qu'il portait et de mettre fin définitivement à cette souffrance qui cesse d'être d'actualité. Nous décidons de clôturer définitivement cette violence pour les générations actuelle et à venir pour ne garder que l'amour qui unit les membres de cette famille à leur défunt, les unit entre eux et qu'ils vont se donner comme objectif de se donner à eux-mêmes. Nous réalisons cela dans un rituel collectif très émouvant dont je suis le témoin extérieur.

Mme Pi a consolidé sa fracture quelques semaines après son rituel et a réalisé à la fin de cette même année son mariage avec le père de ses enfants après 20 ans de vie commune. L'amour semble avoir repris ses droits de cité. Elle a ainsi pu réunir des membres de sa famille qui ne s'adressaient plus la parole depuis longtemps.

Nous avons ici l'apaisement aussi bien à l'échelle individuelle que collective.

Mme Mi, 33ans, d'origine malgache, enceinte, présente une symptomatologie très diverse, erratique : dermatologique, allergique, cauchemars à répétition, toux. Les examens cliniques et paracliniques ne sont pas contributifs. Mon anamnèse me fait rechercher un événement dont les émotions ne sont pas apaisées dans son histoire. Celle-ci révèle un secret de famille, celui de son père mort en prison, sur une fausse dénonciation, et chose gravissime, la famille n'a pu ni revoir, ni enterrer le corps, perdu à la fosse commune ! Il est évident que le deuil n'en n'est pas fait et le fait de l'évoquer déclenche chez Mme Mi une énorme catharsis que j'accueille du mieux que je peux en mettant des mots sur les émotions qu'elle éprouve. Ensemble, nous en dressons la liste : la colère, la tristesse, l'angoisse, le sentiment de culpabilité, de honte, d'injustice une fois que tout a pris sens. Là aussi, la situation débouche sur une consultation familiale durant laquelle la présence du témoin que je suis facilite la révélation aux enfants et lève le secret de famille. Mme Mi élabore elle-même sa solution qui consiste à faire le voyage à Madagascar pour ériger une stèle afin de rétablir la mémoire de son père, finir son deuil avec le reste de sa famille et briser ce secret toxique.

Les troubles de Mme Mi ont disparu par la suite.

Malaika, sept ans, vient me voir de manière très fréquente pour des douleurs abdominales pour lesquelles je ne trouve pas d'anomalie clinique ni paraclinique. Elle n'est pas soulagée par les traitements médicamenteux que je lui prescris et les consultations se multiplient. Je finis par me dire que ses plaintes véhiculent probablement un mal être d'une autre origine. Typiquement, c'est ce que l'on appelle en médecine des « douleurs fonctionnelles ».

C'est ainsi que je me suis rappelée qu'il y a eu un drame dans sa famille, il y a quelques mois. Sa petite sœur, polymalformée de naissance est décédée à Paris après huit mois

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

de parcours médical dans les hôpitaux, itinéraire qui a mobilisé sa mère depuis bien avant la naissance. Le diagnostic de poly malformations a été fait en anténatal, par échographie, mais la famille n'a pas voulu interrompre cette grossesse, comme les consultations pluridisciplinaires à l'hôpital le lui avaient suggéré, et la maman a mené sa grossesse jusqu'à terme. Cette petite sœur, Maïmouna, a aussitôt été prise en main par les hôpitaux, dès la naissance. Sa mère l'accompagnait en hospitalisation mère/enfant et depuis ce temps, c'était plus souvent son père qui s'occupait de Malaika et de son frère, restés à La Réunion.

Etant leur médecin de famille, j'ai beaucoup accompagné et soutenu cette famille, en particulier la maman, depuis le diagnostic anténatal, lors de l'accouchement, puis tout au long de ses nombreux suivis spécialisés, jusqu'au décès de cette enfant à Paris. Ce fut aussi l'attitude de l'entourage familial et de leurs amis de plus soutenir la mère qui était confrontée en première ligne aux conséquences de la poly malformation de son enfant, donc toute l'attention s'était portée sur ce bébé, laissant Malaika un peu en arrière-plan.

Je demande à sa maman s'il y a eu un événement récent qui aurait pu déclencher cette crise douloureuse, et elle me dit que c'est son père qui est parti en voyage sans rien lui dire, de peur qu'elle ne pleure comme elle le fait d'habitude. Au moment où la mort de sa sœur me revient en mémoire, je demande à Malaika comment elle a vécu ce décès et ce qu'elle ressent ? Est-ce qu'elle veut lui écrire une lettre ? Elle ne me répond pas directement, mais comme si elle n'attendait que mon invitation pour parler de sa défunte sœur, elle me dit :

« Tout d'abord je veux lui écrire une lettre et puis, je veux aussi écrire une lettre à mon papa ».

Sa mère est réticente car il est midi et demi passé, c'est ma dernière consultation de la matinée, ni elles ni moi n'avons encore mangé, mais je sens que cette opportunité ne se renouvellera pas et que c'est le moment ou jamais pour elle d'évacuer ce qu'elle a à évacuer. J'explique donc à la maman à quel point c'est important pour elle, et qu'il faut que nous le fassions maintenant.

Et là, nous prenant à témoin, sa mère et moi, elle me dicte sa lettre que je rédige sur une ordonnance. La voici :

« Chère Maïmouna,

Je ne te reverrai plus. Je connais que tu souffres pour moi. Peut-être un jour je vais te revoir. Si t'as envie de me voir, je t'envoie une lettre. Allah bientôt, il va te revoir au Port. Peut-être que Maman va avoir une autre bébé. Je préfère te revoir.

Déjà, tu ne m'as pas dit au revoir Maïmouna. Moi, je pense à toi Maïmouna. Moi, je fais des rêves pour toi, souvent. Allah est un génie qui peut te sauver la vie. Maman aussi souffre pour toi. Inch Allah, Allah va te reposer au Port quand tu serais guérie ». Je répète à haute voix après elle, elle reformule après moi, et décide de modifier sa phrase, « Allah va te reposer au Port quand tu seras grande. Inch Allah, tu vas grandir. C'est tout ! »

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Il est important de noter que c'est elle qui est au centre de la décision de rédiger une lettre pour sa sœur. Mon apport, dans la quête de sens, est de m'être posée la question sur l'événement traumatisant, source de malheur dans sa vie, ce qui lui a permis de faire le lien entre son mal être, ses douleurs et ce deuil qu'elle ne semble pas avoir fait. À partir du moment où ce lien est fait, c'est elle qui prend la direction des opérations. Elle est au centre de l'histoire et de la décision. Mon rôle a consisté à lui servir de témoin et de secrétaire en validant sa démarche, puis à valoriser cette compétence qu'elle a de se mettre en paix avec un événement aussi douloureux que la mort de sa sœur. Dans les suites de cet acte rituel, elle a arrêté de se plaindre de son ventre et les consultations itératives se sont arrêtées.

Il n'y pas eu besoin d'autre mesure thérapeutique.

Ce dernier récit nous montre à quel point l'humain, adulte comme enfant, est apte à donner un sens et à trouver des solutions. Cela suppose, au préalable, un ajustement de la relation soignant-demandeur de soin, qui pose ici des principes fondamentaux précis : exempte de jugement, où prévalent l'équivalence et la complémentarité tout en s'appuyant sur les différences qui leur permettent d'apporter un angle de vue différent. Le soignant l'accompagne à l'affût de toute situation douloureuse dont le vécu n'a pas été apaisé, à la recherche de mythes délétères individuels ou collectifs qui maintiendraient la personne dans une situation de souffrance, mais ne décide pas pour lui. Il remonte la filière que propose une émotion délétère, tel un fil d'Ariane, vers un événement traumatique qui pose problème. La solution finale incombe au couple soignant-soigné, dans une co-construction de sens et l'élaboration d'un acte qui servira de rite de passage avec déconstruction des anciennes représentations et des anciens repères pour mettre en place de nouvelles représentations et un nouveau vécu. La condition de cette démarche est qu'elle fasse sens et convienne au demandeur de soin, car c'est en son for intérieur que le changement va opérer. Il va de soi que l'équivalence, la complémentarité, l'absence de jugement instauré dans le lien entre soignant et soigné est fondamental dans ce cadre de soin pour que puisse émerger la confiance mutuelle et la libération des émotions.

4 Conclusion

La relation soignant-demandeur de soin est un pilier incontournable de la pratique de soin. Cette pratique montre que cette approche intégrative et symbolique favorise non seulement la guérison mais aussi le bien-être global du patient et l'équilibre de ses liens sociaux. Ce dialogue respectueux entre science et humanité offre un modèle pour repenser les pratiques de soin. Au-delà de l'approche biomédicale, il est essentiel de reconnaître la dimension symbolique de la maladie. Les émotions, les mythes familiaux et les croyances culturelles jouent ici un rôle clé dans la perception de la maladie et dans le processus de guérison.

Cette relation est une alliance qui dépasse le cadre biomédical en intégrant les dimensions émotionnelles, culturelles et symboliques propres à chaque individu pour s'inscrire dans une dynamique humaine, faite de confiance, d'écoute et de compréhension. Elle repose sur l'écoute et la reconnaissance mutuelle pour instaurer la confiance et constitue un élément fondamental du processus de soin. Elle permet d'humaniser

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

les soins et d'ouvrir de nouvelles perspectives thérapeutiques. Au cours de la démarche de soin Joroterapia exposée ici, le soignant s'appuie sur des principes d'équivalence, de complémentarité et de non-jugement pour créer un climat de bienveillance qui admet les différences culturelles, émotionnelles et personnelles. Cela permet la mise en place d'une co-construction de sens où le demandeur de soin peut exprimer librement ses souffrances, ses attentes et ses besoins et s'impliquer dans la recherche de solutions adaptées à ses besoins sans s'auto-censurer. C'est ainsi que j'aborde la compréhension des récits de vie et des contextes culturels, et que j'explore la complexité qui les caractérise, favorisant une approche globale et personnalisée. Cette pratique que l'on pourrait qualifier d'« anthropo-soin » associant médecine générale et anthropologie, met en lumière des pratiques intégratives permettant d'humaniser davantage les soins.

Il s'agit de mettre en place un cadre qui mette le demandeur de soin au centre de la démarche, dans toute son humanité, sans porter de jugement de valeur sur les représentations culturelles qu'il a de sa problématique. Le soignant et le demandeur de soin vont converser dans le langage symbolique de leur humanité commune, intelligible par les deux parties, langage qui est aussi partagé par le domaine de leur inconscient collectif et individuel. Le soignant va mettre au service de la démarche, sans restriction, tout le savoir dont il dispose et qu'il pense utile à la résolution du problème et le demandeur de soin fera de même. Il n'est pas rare que le soignant se trouve à la place d'apprenti de la culture de l'autre car il n'est pas censé connaître tous les codes culturels de celui ou de celle qu'il accompagne.

Le processus fait appel à de nombreuses disciplines scientifiques ; il est utilisé dans la transdisciplinarité et vise à améliorer les soins, à faire de la prévention, souvent à plus grande échelle, familiale et sociale. Il permet de mettre en place une grille de lecture à travers une anamnèse type, à identifier des émotions, à mettre en lien avec des événements actuels et anciens dans l'histoire pour aboutir à l'attribution d'un sens. Il fait évoluer l'individu, le groupe, le lien entre eux, mais aussi la science et la culture, la relation qu'elles entretiennent, en transcendant la lutte de pouvoir habituelle entre les disciplines et les différents domaines de la vie. Tel est le cadre relationnel issu de la démarche anthropologique visant à prendre en soin la pathologie du symbolique qui regroupe à la fois les maladies psychosomatiques et les maladies surnaturelles.

La science qui relève du domaine de la connaissance est née de l'interrogation des êtres humains, la culture embrassant, quant à elle, le domaine de l'existence dont la science fait partie. En ce sens, on peut considérer que la culture est l'ancêtre de la science. Chaque personne dans le couple demandeur de soin-soignant a dans son vécu un domaine pour la science et un autre pour la culture, et c'est à travers ces deux domaines que les échanges se font. Cependant, cet échange exige une répartition équilibrée aussi bien entre les deux membres du couple qu'entre les différentes disciplines impliquées dans la solution. C'est ainsi que chaque partie peut apporter sa part de solution, dans une écoute et un respect mutuels. Seule la personne concernée peut intérieurement faire la paix avec ses émotions, remettre de l'ordre dans son désordre. A partir du moment où elle arrive à donner un sens acceptable au désordre qui survient dans son corps et sa vie, il faut savoir lui attribuer sa part dans la guérison. Le soignant accepte

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

ici de lâcher ce mérite d'avoir guéri seul la personne qu'il accompagne, ainsi que le pouvoir qui va avec.

Cette démarche décloisonne le domaine de la science et de la culture, apportant une autre lecture de la problématique et une ouverture vers un champ où la culture occupe une place majeure. Pour transcender l'impact de la rivalité habituelle entre science et culture, instaurée par notre fonctionnement actuel, une condition préalable s'impose dans cette démarche de soin. Celle de la modification de la relation entre le demandeur de soin et le soignant vers une équivalence, une complémentarité, une absence de jugement et le maintien respectueux de la différence pour bénéficier de la richesse des différents points de vue.

L'humanisation du soin passe ici par la prise en compte de l'humanité commune du couple soignant-demandeur de soin et de leurs participations respectives.

Bibliographie

Benoist, J. (1996), *Soigner au pluriel : essais sur le pluralisme médical*. Paris : Karthala.

Eliade, M. (2009), *Le sacré et le profane*. Paris : Gallimard.

Good, B. (1998), *Comment faire de l'Anthropologie médicale ? : Médecine, rationalité et vécu*. Paris : Empêcheurs de penser en rond.

Jaovelo-Dzao, R. (1996), *Mythes, rites et transes à Madagascar Angano, joro et tromba Sakalava*. Paris : Karthala.

Jung, C. G. (1966), *Ma vie : souvenirs, rêves et pensées*. Paris : Gallimard.

— (1986), *Dialectique du Moi et l'inconscient*. Paris : Gallimard.

Le Moigne, J.-L. (2007), *Les épistémologies constructivistes*. Que sais-je ? Paris : PUF.

Morin, E. (1990), *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Seuil.

Neuburger, R. (2003), *Les rituels familiaux*. Paris : Payot.

Rabesahala-Randriamananoro, C. (2015), *La religion malgache ancestrale pratiquée. Eléments de compréhension*. Paris : Les Impliqués Editeurs.

Ranorojaona Pèlerin, A. (2018), *Joroterapia. Soigner avec la quête de sens*. Thèse de doctorat en anthropologie, Laboratoire LCF, Université de La Réunion. https://ciret-transdisciplinarity.org/biblio/biblio_pdf/Th%C3%A8se_APelerin.pdf

—- (2002), Mémoire de DU de Victimologie. *Intérêts de la victimologie en Médecine Générale*. Université de Montpellier.

Sallaberry, J.C. (1996), *Dynamiques des représentations dans la formation*. Paris : L'Harmattan.

Schützenberger, A. A. (2015), *Aïe, mes aïeux ! : liens transgénérationnels, secrets de famille, syndrome d'anniversaire, transmission des traumatismes et pratique du génosociogramme*. Paris : Desclée De Brouwer.

Thomas, L. V. (1975), *Anthropologie de la mort*. Paris : Payot.

Tisseron, S. (2011), *Les secrets de famille*. Paris : Presses universitaires de France.

Van Gennep, A. (1909), *Les rites de passage*. Paris : Payot.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017