

psychologie et pédagogie médicale

le double lien

« Il est clair qu'on ne peut communiquer les découvertes scientifiques qu'à ceux qui ont accepté les mêmes règles de recherche. L'indigène de la brousse australienne ne sera nullement impressionné par les découvertes de la science en ce qui concerne l'infection bactérienne. Il croit qu'en vérité la maladie est causée par des esprits mauvais. Ce n'est que lorsque lui aussi acceptera les méthodes scientifiques comme de bons moyens de se tromper soi-même qu'il sera susceptible d'accepter leurs découvertes. Pourtant, même parmi ceux qui ont accepté les règles de base de la science, beaucoup ne peuvent croire aux découvertes scientifiques que lorsqu'ils sont subjectivement prêts à croire ».

C.R. ROGERS (*Le développement de la personne*, Dunod, Paris, 1970).

Drainant un grand nombre de pays africains francophones, la situation de l'université de Dakar est à proprement parler polyculturelle. Toutefois, considérant une certaine identité entre les cultures africaines en général, le problème fondamental se situe à la rencontre chez l'étudiant de deux types d'appréhension du monde radicalement différents qui impriment des comportements souvent contradictoires à propos d'une même situation ; comportements dictés l'un par la culture traditionnelle, l'autre par la culture occidentale. La contradiction lisible dans ces deux modes de réaction est souvent génératrice de conflit.

La notion de conflit de rôles, étudiée il y a quelques années par R. Blochet-Auguin (1) sur un groupe de médecine en formation, témoins et acteurs de cette situation bi ou polyculturelle, montrait que la trajectoire de l'étudiant est dans l'ac-

culturation. L'étudiant a pour tâche de devenir un cadre, et pour cela il doit digérer un certain nombre d'aspect de la culture occidentale que l'université a pour fonction de reproduire en Afrique.

Le rôle peut être défini comme un modèle organisé de conduite relatif à une certaine position de l'individu dans un ensemble interréactionnel. La personnalité se forme au contact des rôles par une intériorisation de ceux-ci.

Le conflit de rôles est envisagé lorsqu'il y a incompatibilité de deux rôles se présentant simultanément à un individu.

Cette situation conflictuelle est reconnaissable dans le système pédagogique médical et a suscité une nouvelle stratégie de formation au niveau du groupe d'enseignants de psychologie médicale de la Faculté de Médecine de Dakar (1).

(1) BLOCHET-AUGUIN R. - Essai d'utilisation du concept de conflit de rôles pour l'étude d'un groupe d'étudiants en médecine de Dakar. Mémoire de Maîtrise de Psychologie, Paris, 1972, 74 p. (ronéo).

SPLANCE-ROCHEBLAVE - La notion de rôle en psychologie sociale. P.U.F., Paris, 1969.

(1) COLLOMB H., AHYI R., BLOCHET-AUGUIN R., BOUSSAT M., DIAP B., DUCROCQ R., DUPUY M., FELLER L., NDAO S. et TRIPLET L. - L'enseignement de la psychologie médicale à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Dakar (PCEM). IV^e Congrès Pan-Africain de Psychiatrie, Abidjan, 30 juin - 6 juillet 1975.

l'éducation et l'instruction

La tradition africaine garde une certaine vivacité dans bien des familles, allant à l'encontre de l'enseignement de type strictement occidental. En effet, dès l'école primaire, la formation de la personnalité est perturbée par des ruptures et des contradictions qui ont été maintes fois étudiées. Si nous considérons comme essentielle la continuité dans les méthodes d'éducation depuis la première enfance jusqu'à l'adolescence, pour un développement harmonieux de la personnalité, il est certain que l'école véhicule un modèle différent de celui des parents (souvent non scolarisés).

L'éducation traditionnelle africaine ne sépare jamais l'éducation au sens large du mot de l'instruction au sens précis et restreint, alors que l'école, trop investie comme remplaçante de l'éducation traditionnelle, ne transmet qu'une instruc-

la relation médecin-malade

Le présupposé culturel a un impact très important pour la perception de la relation médecin-malade en fonction de la relation au monde originel.

Il serait possible de trouver de nombreux exemples parmi les attitudes

médicale :

tion

tion qui, peut-être, ne permet plus la cohérence psycho-sociale d'antan.

Le malaise ressenti provoque chez les étudiants une constante recherche d'identité. Ils revendiquent d'une part le droit à un enseignement qui ne se réduise pas à la reproduction des modèles occidentaux, d'autre part le droit à la critique des systèmes traditionnels, tenus par certains pour inadaptés au monde industriel qui sert actuellement de modèle dans la plupart des pays d'Afrique.

Ces contradictions conduisent les étudiants à une grande insécurité. Certaines situations insécurisantes de la formation ont pu être mises à jour chez les étudiants en médecine. Elles tendent à être métabolisées en tournant le dos au monde traditionnel pour s'investir dans la technique.

d'étudiants démontrant cette situation de malaise engendrée par la co-existence de deux modèles culturels différents pour ne pas dire contradictoires quant à leur perception de la relation.

Des discussions de groupe sur la médecine traditionnelle, et des

compte-rendus écrits sur le même sujet serviront d'illustration.

La relation de type occidental est profane : l'homme de « science » dissèque, observe, démystifie la nature. Sa démarche semble dénuée d'affectivité. Elle se présente comme cherchant un objet extérieur à incorporer en vue d'une efficacité.

La première attitude manifeste de l'étudiant, futur médecin, déjà en contact avec la médecine occidentale et s'investissant dans son rôle, est de paraître adhérer parfaitement au modèle proposé et d'ac-

corder une suprématie sans conteste à la technique occidentale ; nous avons ainsi les définitions suivantes :

- « Le médecin est universellement reconnu, c'est un scientifique soignant un organe bien précis par des méthodes qui évoluent avec la technique ».
- « Le médecin utilise les progrès de la science et fait évoluer son art en découvrant des techniques nouvelles ».
- « Le médecin a un potentiel de connaissances, une pharmacologie et un diagnostic qui sont basés sur des faits scientifiques et surtout expérimentaux. Sa science est donc expérimentale et « réelle », dans ce sens qu'elle est reconnue universellement ».

la relation avec la médecine traditionnelle

Bien sûr, l'étudiant va reconnaître une certaine valeur à la médecine traditionnelle, mais restant toujours dans son optique de valorisation de la médecine occidentale, il insiste surtout sur la pharmacopée et les possibilités de récupération au profit de sa propre technique :

- « Les guérisseurs emploient des plantes qui ont des vertus certaines, mais qui sont complètement ignorées des médecins. Il y aurait de la part des médecins beaucoup à apprendre de ce côté ».
- « Si l'on pouvait arriver à connaître certaines plantes qu'utilisent les guérisseurs, ce serait très profitable, car on pourrait faire des études approfondies et les cultiver en quantité ».
- « Étant donné que le guérisseur traditionnel a souvent du succès dans ses traitements, il faudrait que ces recettes soient transmises à l'humanité toute entière par l'intermédiaire du médecin, car c'est le médecin qui pourra analyser toutes les drogues que le guérisseur pourra lui fournir, étudier leur métabolisme, les expérimenter et les mettre sur le marché médical ».
- « Le scientifique (médecin) va chercher à connaître la ou les plantes dont s'est servi le guérisseur afin qu'à l'avenir il ne puisse plus être impuissant ».
- « La médecine scientifique en étudiant au laboratoire les propriétés de certains produits utilisés par les guérisseurs peut être amenée à les fabriquer et par conséquent à augmenter l'éventail thérapeutique pour le bien de l'humanité ».
- « Les plantes seraient étudiées, dosées, expérimentées et peut-être un nouveau médicament soignant un fléau pourrait apparaître ainsi ».

On a un peu le sentiment d'assister à un « pillage » sans reconnaissance réelle de la valeur d'une pratique autre. Néanmoins le doute apparaît quand même de temps en temps, ainsi que le sentiment de profiter de la situation.

- « Le médecin est le plus avantage dans une union avec les guérisseurs car après une bonne étude des plantes il pourra les introduire dans son système ».

En réalité, derrière cette façade apparemment scientifique d'appréhension culturelle, l'approfondissement des discussions et de la réflexion des étudiants fait découvrir d'autres éléments qui ont trait à la relation bien différente de l'Africain au monde par opposition à la relation de type occidental définie plus haut. Ici la nature garde sa puissance, son mystère, son caractère sacré. L'homme africain est dans une relation étroite avec l'univers qui l'entoure. Il est immergé dans le groupe et dans l'environnement. Les techniques de maternage, l'éducation visent à un type d'organisation qui favorise une relation non duelle mais ouverte sur les autres.

L'étudiant va apporter des preuves de son attachement réel à ses traditions et à sa culture ; il cite des exemples de traitements réussis

ade

par des guérisseurs là où la médecine occidentale avait échoué :

— « Je citerai ici l'exemple de ma petite sœur qui a été renvoyée de l'hôpital parce que les médecins ne pouvaient plus rien pour elle ; elle avait alors les deux membres inférieurs paralysés. Elle a été soignée et guérie en un temps record de deux semaines par un guérisseur de notre village et se porte très bien maintenant ».

Il en arrive finalement à évoquer le pouvoir du guérisseur, pouvoir qui dépasse largement l'utilisation et la connaissance des plantes pour entrer dans le domaine des croyances auxquelles l'étudiant reconnaît adhérer même s'il n'aime pas toujours en parler.

— « Ce que l'on ne peut comprendre, c'est le côté magique de la guérison du guérisseur ».

L'étudiant se trouve donc pratiquement confronté à deux « idéologies » médicales ; il en a choisi une consciemment, et l'autre pèse sur lui sans qu'il puisse réellement avoir prise sur elle.

Pour beaucoup, en effet, il paraît impossible d'acquérir autre chose du « paradis perdu » de la médecine traditionnelle que ces quelques

plantes qui étaient évoquées plus haut, étant donné les difficultés de communication des deux systèmes et les aléas qui pèsent sur l'avenir de la médecine traditionnelle et la transmission de son pouvoir.

— « Actuellement la communication est difficile car le guérisseur traditionnel tend à garder secret son pouvoir de guérir ».

— « La médecine traditionnelle régresse parce que le guérisseur cache ses secrets, et lorsqu'il meurt tout son savoir et toutes ses connaissances sont enterrées avec lui ».

— « La transmission du pouvoir ou de la puissance de guérir se fait selon certains critères définis par le guérisseur pour celui qui doit lui succéder tels la confiance, la discrétion, la capacité et le courage d'évoquer différents esprits, alors que la transmission de la médecine scientifique se fait théoriquement par les livres et pratiquement par l'exemple de médecins expérimentés, et cette transmission n'exige que la volonté, l'assiduité, plus ou moins d'intelligence et la motivation ».

D'autre part ayant quand même opté pour la technologie et la rationalité, l'image du guérisseur qu'a l'étudiant est bien souvent dévalorisée.

— « Si le médecin tenait beaucoup plus compte de l'aspect psychologique du malade, il n'aurait rien à envier au guérisseur. Dès lors que le guérisseur n'aura plus d'audience, ils disparaîtra ».

surer leur succession qu'ils deviennent guérisseurs, sinon ils demeurent de petits charlatans ou de petits féticheurs.

La fréquentation régulière de quelques guérisseurs m'a convaincu que ces personnes sont profondément attachées au milieu environnant. Le contraire d'ailleurs serait étonnant car la nature est le support et l'origine de toute leur science.

Il y a des gens qui guérissent avec un simple regard, d'autres une simple infusion, d'autres encore un simple verset, certains une simple eau. Il en existe qui guérissent le malade en lui demandant seulement d'accomplir une action qui paraît anodine.

Mais ce qui est évident c'est que le guérisseur digne de ce nom ne se trouve jamais dans un état normal, mais subnormal. D'autre part il ne se conçoit pas comme une entité, le malade une autre et le monde environnant une autre encore. Il se voit lui, le malade et le monde formant une unité indissociable. N'est-ce pas là une forme de connaissance que l'enfant qui va à l'école, qui se forme dans un métier, ne connaît pas ?

A mon avis le médecin a une connaissance profondément empirique et rationnelle, alors que le guérisseur a une connaissance sensible, intuitive et naturelle par-dessus tout.

Et l'intérêt de la communication entre les deux résiderait certainement dans la confrontation de ces deux formes de connaissance ».

la résolution

l'intérêt de la communication

Pour résumer ce qui vient d'être évoqué, nous donnerons une longue citation d'un étudiant rédigée sur le thème : « Intérêt de la communication entre le médecin et le guérisseur » :

— « On ne pourrait répondre à cette question sans auparavant placer chacun de ces deux personnages dans leur contexte.

D'abord le médecin. Celui-ci pratique la médecine dite scientifique. Qu'est-ce à dire ?

Il vient à l'école, apprend à lire, à compter, à raisonner, à acquérir une logique consacrée par des siècles d'études et d'expériences. A sa disposition il possède des livres, des appareils sophistiqués. Il procède à des analyses, des examens, et si l'on peut dire ainsi, tout au long de sa formation, son mode de pensée, de réflexion ont été exercés dans une direction particulière et même imposée.

Il apprend l'ensemble des signes, des maladies, à les reconnaître, et confronté au ma-

lade il se reporte mentalement à une notice destinée à la réparation d'une mécanique qu'est l'homme.

Et le guérisseur ?

Le cadre et la formation semblent différents. On connaît certes des guérisseurs qui se sont révélés comme tels sans préparation particulière, mais peut-être pas sans environnement particulier.

Les expériences de ceux que nous cotoyons chaque jour attestent que certains, au fur et à mesure qu'ils vieillissent, découvrent le pouvoir de guérir.

D'autres, après une absence de quelques mois ou quelques années, reviennent avec des dons surnaturels.

Mais la plupart de ceux que le commun des mortels connaît deviennent guérisseurs après avoir longtemps vécu avec d'autres guérisseurs réputés. Ils assurent souvent la succession. Mais tous ceux qui ont vécu auprès des guérisseurs ne sont pas obligatoirement consacrés guérisseurs. C'est seulement lorsque leur prédécesseur a décelé en eux les dispositions naturelles à pouvoir as-

La pédagogie médicale devrait tenir compte du double lien qui unit l'étudiant au progrès, signe de maîtrise, et au passé, prise en compte de ses racines psycho-sociales.

Il faudrait envisager un enseignement favorisant le retournement dialectique qui permettrait à une nouvelle pratique de voir le jour, héritière des attitudes des thérapeutes traditionnels enrichies des concepts empruntés à l'Occident. Il s'agirait de faciliter la résolution du conflit de rôles en permettant un métissage culturel réussi.

Le métissage culturel est souvent perçu comme source d'enrichissement et de créativité. Il est « le résultat d'un double processus d'acomodation et d'assimilation entre deux systèmes de pensée ou de cultures » (1).

Cette résolution du conflit passe dans un premier temps par une prise de conscience des valeurs des

L'enseignement de la médecine occidentale à l'Université de Dakar aboutit à ce paradoxe : elle tend à faire oublier au futur médecin sa vision globale de la maladie, alors même que l'Occident redécouvre lentement les dimensions psychologiques et sociales de ce phénomène.

L'acquisition de la technique correspond donc pour l'Africain à une remise en question de sa relation au monde. La médecine traditionnelle est bien plus qu'une technique ; elle est la concrétisation d'un ensemble de croyances dont le jeune Africain reste dépendant.

Former le médecin au sens occidental du terme revient alors à le séparer du milieu dans lequel il exercera son action. La tâche est donc difficile, de repenser une pédagogie médicale, la réalité biologique gardant toute son importance. En effet, il est tout aussi dangereux de « psychologiser » la maladie que de « réduire » l'homme à sa stricte dimension biologique.

On du conflit

deux cultures, et la réévaluation de chacune d'elles ; dans un deuxième temps par la recherche de la concordance de deux langages visant la même réalité.

Elle implique l'acquisition d'une attitude de critique sur soi-même, sur l'autre, sur la société en tant qu'objet de travail.

La prise de conscience des valeurs de la culture africaine doit permettre de sensibiliser les futurs médecins à l'existence d'une dimension de l'individu et du malade autre qu'anatomo-physiologique, de les sensibiliser à la relation inter-humaine ; autrement dit, dans le cas particulier des étudiants africains, de leur faire redécouvrir ces dimensions qu'ils portent en eux.

(1) VALANTIN S. et COLLOMB H. – *Métissage biologique et métissage culturel*. III^e Congrès Pan-Africain de Psychiatrie, Khartoum, 20-25 novembre 1972.

place de la psychologie et formation pratique des médecins

A la lumière de certaines remises en question fondamentales, l'équipe d'enseignants de psychologie et de psychiatrie de Dakar a tenté de revoir ses objectifs et ses méthodes d'enseignement.

● **L'acquisition d'un savoir** médical est pour les étudiants soumise à une règle d'identification au modèle du professeur dont le savoir est gauchi par l'expérience et ses avatars. Cette expérience est en grande partie acquisition de certains comportements où tout n'est pas codifié par les règles scientifiques apprises mais modifiée en fonction de « l'humanité » de l'individu malade, de son caractère particulier individuel (il n'y a pas de maladies, mais des malades) de son environnement familial, social et bien sûr socio-économique.

● **L'expérience de chacun** est donc souhaitable, elle n'est pas seulement expérience de l'enseignant mais incluse dans chaque individu. Par l'enrichissement progressif des notions souvent contradictoires véhiculées par les entoures parentaux, familiaux, ethniques, raciaux, l'individu peut acquérir une capacité de critiquer un certain savoir émanation d'un petit nombre, savoir traditionnel ou savoir scientifique.

La parole enseignante coule alors non dans le sens maître-élève mais dans une infinité de réseaux. Chacun reçoit l'information de l'autre, la métabolise, la traite pour renforcer son expérience qui tend ainsi à être plus globale, moins sectaire, plus relative.

● **La responsabilisation** : la valorisation de la parole de chacun est un privilège angoissant qui implique la responsabilisation de tous

les participants de l'échange. L'enseignant ne peut se démarquer de l'enseignement et du rôle qu'il doit y jouer. L'enseignant a aussi à s'impliquer personnellement beaucoup plus que dans la méthode classique contraignante (préparation des cours) mais sécurisante (transmission d'un texte sans remise en question). L'enseignant dans la méthode de groupe se ré-enseigne et découvre des réalités qu'il ne soupçonnait pas... ou dont il se défendait.

Le contact inter-individuel ne peut que s'en trouver amélioré. Proximité, écoute respective enrichissent les rapports enseignants-enseignés.

Ces principes forment la base de l'enseignement de la psychologie médicale à Dakar. Ils demandent une disponibilité et un nombre d'heures considérable. Chaque année, la méthode se modèle et se polit, en restant dans une ligne permanente qui permet peut-être la résolution du conflit de rôle, et redéfinit un rapport plus riche entre maîtres et élèves, comme l'a décrit C.R. Rogers :

« Il me semble que tout ce qui peut être enseigné à une autre personne est relativement sans utilité et n'a que peu d'influence sur son comportement. J'en suis arrivé à croire que les seules connaissances qui puissent influencer le comportement d'un individu sont celles qu'il découvre lui-même et s'approprie... J'ai découvert que la meilleure façon d'apprendre – bien que plus difficile – est pour moi d'abandonner mon attitude défensive, au moins provisoirement, pour essayer de comprendre comment une autre personne conçoit ou éprouve sa propre expérience. Une autre façon d'apprendre est pour moi d'exprimer mes incertitudes, d'essayer de clarifier mes problèmes afin de mieux comprendre la signification réelle de mon expérience ». (C.R. Rogers, op. cit.).

L. Feller et M. Boussat.

La partie « Formation » de ce numéro a été réalisée dans le Service de Psychiatrie du Centre Hospitalo-Universitaire de Fann Dakar – Pr H. Collomb – avec la collaboration de Solange Ndiaye.

a

Au terme de cette série d'articles, nous voudrions donner à nos lecteurs, s'ils ne le connaissent déjà, des extraits d'un texte de Michel Foucault qui rejoint les thèses exposées ci-dessus. Il est tiré de la leçon inaugurale au Collège de France, sur « **L'histoire des systèmes de pensée** », 1970.

« Voici l'hypothèse que je voudrais avancer, ce soir, pour fixer le lieu – ou peut-être le très provisoire théâtre – du travail que je fais : je suppose que dans toute société, la production du discours est à la fois contrôlée, sélectionnée, organisée et redistribuée par un certain nombre de procédures qui ont pour rôle d'en conserver les pouvoirs et les dangers, d'en maîtriser l'événement aléatoire, d'en esquiver la lourde, la redoutable matérialité » (...).

Il distingue alors trois principes d'exclusion de tout discours dans les sociétés :

- l'interdit (qui porte ordinairement sur la sexualité et la politique) ;
- l'opposition raison-folie ;
- l'opposition vrai-faux.

Voici le passage qui concerne l'opposition raison-folie :

(...) Il existe dans notre société un autre principe d'exclusion : non plus un interdit mais un partage et un rejet. Je pense à l'opposition raison et folie. Depuis le fond du Moyen Age, le fou est celui dont le discours ne peut pas circuler comme celui des autres : il arrive que sa parole soit tenue pour nulle et non avenue – n'ayant ni vérité ni importance, ne pouvant pas faire foi en justice, ne pouvant pas authentifier un acte ou un contrat, ne pouvant pas même, dans le sacrifice de la messe, permettre la transsubstantiation et faire du pain un corps ; il arrive aussi en revanche qu'on lui prête, par opposition à toute autre, d'étranges pouvoirs, celui de dire une vérité cachée, celui de prononcer l'avenir, celui de voir en toute naïveté ce que la sagesse des autres ne peut pas percevoir. Il est curieux de constater que pendant des siècles en Europe la parole du fou n'était pas entendue, ou si elle l'était, était écoutée comme une parole de vérité. Ou bien elle tombait dans le néant – rejetée aussitôt que proférée ; ou bien on y déchiffrait une raison naïve ou rusée, une raison plus raisonnable que celle des gens raisonnables. Si bien que de toute façon, exclue ou secrètement in-

vestie par la raison, au sens strict elle n'existait pas. C'était à travers ses paroles qu'on reconnaissait la folie du fou ; elles étaient bien le lieu où s'exerçait le partage ; mais elles n'étaient jamais recueillies ni écoutées ; jamais avant la fin du XVIII^e siècle un médecin n'avait eu l'idée de savoir ce qui était dit (comment c'était dit, pourquoi c'était dit) dans cette parole qui pourtant faisait la différence. Tout cet immense discours du fou retournait au bruit ; et on ne lui donnait la parole que symboliquement sur le théâtre où il s'avancait désarmé et réconcilié puisqu'il y jouait le rôle de la vérité au masque.

On me dira que tout ceci est fini aujourd'hui ou en train de s'achever ; que la parole du fou n'est plus de l'autre côté du partage ; qu'elle n'est plus nulle et non avenue, qu'elle nous met aux aguets, au contraire ; que nous y cherchons un sens – ou l'esquisse ou les ruines d'une œuvre ; et que nous sommes parvenus à la surprendre, cette parole du fou, dans ce que nous disons nous-mêmes – dans cet accroc minuscule par où ce que nous disons nous échappe. Mais tant d'attention ne prouve pas que le vieux partage ne joue plus : il suffit de songer à toute l'armature de savoir à travers laquelle nous déchiffrons cette parole ; il suffit de songer à tout le réseau d'institutions qui permet à quelqu'un – médecin, psychanalyste, qu'importe – d'écouter cette parole, et qui permet en même temps au patient de venir apporter (ou désespérément retenir) ses pauvres mots, il suffit de songer à tout cela pour soupçonner que le partage, loin d'être effacé, joue autrement, selon des lignes différentes, à travers des institutions nouvelles et avec des effets qui ne sont point les mêmes. Et quand bien même le rôle du médecin ne serait que de prêter l'oreille à une parole enfin libre, c'est toujours dans le maintien de la césure que s'exerce l'écoute. Écoute d'un discours qui est investi par le désir et qui se croit – pour sa plus grande exaltation ou sa plus grande angoisse – chargé de terribles pouvoirs. S'il faut bien le silence de la raison pour guérir les monstres il suffit que le silence soit en alerte et voilà que le partage demeure (...).

On sait que Michel Foucault est l'auteur d'une « **Histoire de la folie** » parue en 1961, collection 10/18.