



Le pluralisme thérapeutique des migrants et héritiers de l'exil maghrébin en France. Nouvelles données et perspectives

François Sicot, Slimane Touhami

► To cite this version:

François Sicot, Slimane Touhami. Le pluralisme thérapeutique des migrants et héritiers de l'exil maghrébin en France. Nouvelles données et perspectives. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, Cnrs, 2018, La santé mentale en migrations internationales, 34 (2-3), pp.101-130. <http://journals.openedition.org/remi/10870>. hal-01989612

HAL Id: hal-01989612

<https://hal-univ-tlse2.archives-ouvertes.fr/hal-01989612>

Submitted on 22 Jan 2019

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

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

Sur le pluralisme médical de patients de psychiatrie migrants et héritiers du Maghreb

François Sicot, Professeur de sociologie, Université Toulouse 2 Le Mirail, sicot@univ-tlse2.fr

Slimane Touhami, Anthropologue, formateur-chercheur, CRFMS Erasme, Toulouse, stouhami@erasme.fr

Résumé

Les itinéraires de soins des patients maghrébins adoptent souvent des formes de pluralisme médical. Ces patients, migrants ou nés en France, recourent en effet pour bon nombre à des soins traditionnels au Maghreb (fqih, roqya, prière, désensorceleur). L'existence de ces pratiques s'explique tout autant par le rapport entretenu avec la culture du pays d'émigration et la trajectoire sociale que par le temps passé dans le pays d'accueil ou l'expérience migratoire. Les patients et leurs proches ne sont pas ancrés dans une culture d'origine qui expliquerait leurs recours car ils n'impliquent pas la croyance ou une adhésion pleine et entière à une étiologie des troubles mentaux. Une offre disponible, facile d'accès ainsi que des insatisfactions vis-à-vis de la psychiatrie expliquent le pragmatisme dont font preuve les patients et leurs proches en recourant à une diversité de soins. Les recours traditionnels peuvent être réalisés en France ou lors d'un retour au pays d'origine, ici et là-bas. Mais lors de leurs retours au pays, les patients maghrébins peuvent également consulter des psychiatres dont ils apprécient la sensibilité culturelle. Le pluralisme médical des patients maghrébins en France représente une modalité de l'expérience transnationale.

Mots clés : Migrants, Maghreb, patients de psychiatrie, pluralisme médical

**

Comment les migrants du Maghreb et leurs héritiers font-ils face aux troubles psychiques ? Il convient d'abord de noter que notre question, centrée sur le recours, exclut tout un ensemble de travaux, nombreux, sur la santé mentale des migrants ou sur les soins en santé mentale ailleurs qu'en France et sur d'autres continents.

La question des recours aux soins des migrants a été abordée en France essentiellement sous deux angles. Le premier met l'accent sur le recours comme ensemble des possibilités d'être pris en charge dans le système institutionnel dominant au regard des conditions de vie précaires et du droit – et particulièrement du droit des étrangers, des politiques de santé et de l'immigration. Les travaux qui s'y inscrivent montrent les difficultés d'accéder aux soins, en particulier du fait de discriminations ou de droits spécifiques et restrictifs (*Revue européenne des migrations internationales*, 2011, 2012 ; *Hommes & Migrations*, 2000, 2009 ; Hoyez, 2015 ; Gabarro, 2018 ; Izambert, 2018). La dimension culturelle des pratiques s'en est trouvée ignorée.

Le second angle porte sur ce qu'il convient de faire ou pas pour soigner les migrants. Il existe en effet une pluralité de théories et de pratiques professionnelles qui se proposent de les soigner en prenant en compte d'une manière ou d'une autre le bain culturel au sein duquel ils ont été socialisés (Baubet et Moro, 2003). En France, un courant de l'ethnopsychiatrie, développé autour de T. Nathan, a donné une tournure radicale à cette volonté en créant des dispositifs de soins inspirés des thérapies traditionnelles et en interprétant leurs souffrances et leurs pathologies à partir de la culture d'origine. Cette ethnopsychiatrie a été critiquée pour son culturalisme c'est-à-dire le fait de postuler l'existence d'un inconscient ethnique et de renvoyer systématiquement les migrants à la culture ethnique de leur pays d'origine (Fassin,

2000 ; Rechtman, 2000). Plus récemment, S. Wang a très précisément documenté la diversité des formes de souffrance psychique vécues par les migrants chinois à Paris (2017) en fonction de la vague d'immigration, des causes et des modalités de celle-ci, des conditions de vie passées en Chine et actuelles en France. C'est à partir de cette connaissance qu'elle a entrepris, lors de son enquête participative à des consultations interculturelles, de « démontrer aux médecins la thèse selon laquelle les Chinois n'existent pas culturellement » et qu'il convenait de les « sensibiliser aux facteurs sociaux tels que l'âge, la génération, le genre et la classe – bref, autres que l'origine ethnique – pouvant conduire aux malentendus ou incompréhensions avec les familles chinoises » (Wang, 2016 : 150).

Explorer la dimension culturelle des pratiques de santé ne doit pas amener à reconduire la notion de culture d'origine qui laisse penser qu'elle constitue un système stable. « La culture n'est pas un bagage que l'on pourrait transporter avec soi quand on se déplace. On ne transporte pas une culture comme on transporte une valise. Voir les choses comme cela, ce serait tomber dans une réification de la culture, qui n'est en définitive qu'une abstraction. Ce qui se déplace, en réalité, ce sont des individus ; et ces individus, du fait même de leur migration, sont amenés à s'adapter et à évoluer » (Cuche, 2012 : 49).

Si la vocation de la sociologie ne peut pas être, contrairement à l'ethnopsychiatrie, d'encourager les migrants à retourner dans le pays de leurs ancêtres pour accomplir un rituel et conjurer ainsi le mauvais sort à l'origine de leurs souffrances (Nathan, 1994), elle consiste, par contre, à s'interroger sur de possibles recours alternatifs à la biomédecine.

Pourtant, trois courants de recherche auraient permis que nous sachions ce qu'il en est de ces recours : l'ethnologie appliquée à l'étude de la médecine populaire, l'anthropologie de la maladie et les travaux plus récents sur les médecines non conventionnelles. Ces trois ensembles, relativement disjoints, attestent unanimement de la prégnance du pluralisme médical dans les itinéraires thérapeutiques et, loin de le considérer comme une survivance, montrent à l'inverse son étendue, son dynamisme, son renouvellement, en France comme ailleurs.

Les recherches sur les médecines dites non conventionnelles concernent des soins qui s'inscrivent explicitement dans un rapport dialectique et critique avec la bio-médecine (Cohen et Rossi, 2011). De ce point de vue, elles correspondent à la définition qu'en donne le Ministère de la santé : « Leur point commun est qu'elles ne sont ni reconnues, au plan scientifique, par la médecine conventionnelle, ni enseignées au cours de la formation initiale des professionnels de santé ». Dans le monde anglo-saxon, on les qualifie de complémentaires pour souligner ce qu'elles apportent au patient par rapport à la biomédecine jugée insuffisante ou insatisfaisante (Cant et Sharma, 1999). De par sa construction d'objet, cette littérature ne s'est pas intéressée spécifiquement aux migrants et à ce que leurs pratiques de soins, leurs recours en cas de maladie pourraient devoir à une socialisation culturelle donnée.

S'il n'existe pas de liste exhaustive des médecines conventionnelles, en est exclu tout un ensemble de recours qui relèvent bien du pluralisme médical mais que l'anthropologie a pu nommer traditionnels et qui recouvrent l'ensemble des pratiques qui relèvent d'un système culturel, religieux dans sa globalité et dans une société donnée. Historiquement, les anthropologues qui se sont intéressés au pluralisme médical ont réalisé leurs terrains dans deux types de sociétés : d'une part celles des pays non occidentaux dans lesquels les anthropologues ont été sollicités pour comprendre et aider les acteurs politiques à diffuser la médecine allopathique malgré les obstacles représentés par les croyances et l'omniprésence des thérapeutiques traditionnelles (Dozon, 1983). D'autre part les sociétés dans lesquelles la diversité culturelle, le métissage, le brassage culturel et donc le pluralisme médical étaient des évidences. « La notion d'itinéraire thérapeutique met l'accent sur l'ensemble des processus

impliqués, avec leurs détours et sinuosités, dans une quête thérapeutique, allant de l'apparition d'un trouble à toutes les étapes, institutionnelles ou non, où peuvent s'actualiser diverses interprétations (divination, rumeur, etc) et cures, dans des contextes de pluralisme médical » (Sindzingre, 1985 : 14).

Très rapidement (Augé et Herzlich 1987 ; Benoist, 1999) ces travaux ont montré la présence de l'innovation dans la tradition, et que la tradition n'indiquait pas la permanence d'un passé figé dans le présent (Lenclud, 1987). Parler de médecine traditionnelle c'est reconduire l'opposition binaire entre société traditionnelle/moderne, alors même que, dans le domaine de la santé, la modernité semble être à l'intégration des médecines non conventionnelles et traditionnelles¹. Dans *Les nouveaux guérisseurs*, les auteurs montrent l'apparition en Afrique, sur les continents asiatique, américain de guérisseurs d'un nouveau genre dont les pratiques, tout en se référant aux médecines traditionnelles, empruntent divers éléments à des orientations religieuses et médicales contemporaines, donnant lieu ainsi à des « thérapies kaléidoscopiques »². Mais à nouveau, ces travaux laissent de côté la question de savoir si les migrants installés en France recourent, au long de leur itinéraire thérapeutique, à un pluralisme médical qui puiserait à une tradition, même renouvelée.

Les travaux sur les mobilités et la santé dans le cadre de la globalisation décrivent la circulations des médecins et des patients des pays des Suds vers les pays du Nord, mais également des circulations sud-sud ou des recours de patients ou de clients des classes moyennes et supérieures du Nord vers le Sud et ses ressources considérées comme traditionnelles (Pordié, 2011). Mais qui sont les clients ou les patients de ce nouveau pluralisme médical qui émerge de la globalisation ?

L'article de A.-C. Hoyez « L'ayurveda, c'est pour les Français » -, pourrait être de ce point de vue illustratif de l'idée selon laquelle, le pluralisme médical concerne une part non négligeable de la population mais pas les migrants. L'auteure commence en effet ainsi son article : « Les études sur les démarches de santé des populations migrantes évoquent couramment la recherche et/ou l'usage de pratiques de soins ne relevant pas du système biomédical (Gronseth et Oakley, 2007 ; The Franco-British Working Group on Migration, Health and Wellbeing, 2009 ; Thomas, 2010). Elles sous-entendent ou avancent explicitement que, dans la migration, les individus transfèrent un ensemble de connaissances relatives à la santé, empruntées aux savoirs médicaux élaborés dans les pays d'origine, et organisées au sein de réseaux transnationaux liant des patients et des praticiens » (2012 : 149). Il faut pourtant remarquer qu'il n'y a pas de telles études en France, et que A.-C. Hoyez s'inscrit dans la seule perspective qui y soit développée et qui pointe du doigt le culturalisme de telles approches et souligne, *a contrario*, les « facteurs individuels et collectifs, sociaux et politiques qui, en se conjuguant, influent sur les logiques de recours aux soins des populations migrantes » (Hoyez, 2012 : 149).

Enfin, un troisième ensemble de recherches montre la présence du pluralisme médical en France. S'inscrivant dans les pas de l'œuvre des folkloristes, l'ethnologie de la médecine populaire étudie les objets, recettes, prières, légendes des guérisseurs et autres leveurs de maux des « campagnes » (Loux, 1974 ; Laplantine, 1976 ; Favret-Saada, 1977). Des travaux plus récents montrent que le recours aux guérisseurs et autres praticiens luttant contre la sorcellerie se poursuit, se renouvelle et soit s'inscrit dans un habitus familial et un système de soins local (Raineau, 2002 ; Lemonnier, 2016), soit vient puiser dans la science contemporaine en évoquant la présence d'ondes, d'énergies positives ou négatives, en

¹ La Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014–2023 se donne comme objectif « d'intégrer la médecine traditionnelle et la médecine complémentaire et parallèle aux systèmes nationaux de soins de santé, de manière appropriée ».

² La postface de cet ouvrage, rédigée par D. Fassin est titrée : « la tradition, toujours réinventée ».

proposant des reformulations chamaniques (Schmitz, 2006) ou issus de la tradition catholique et d'autres religions (Kessler-Bilthauer, 2018).

Faut-il conclure de cette rapide revue de littérature que les migrants présents en France ne sont pas concernés par le pluralisme culturel au sein de leurs itinéraires thérapeutiques, en particulier sous la forme d'un recours à des soins traditionnels présents dans leur société d'origine ? Sous réserve d'oubli, on peut affirmer que quelques travaux seulement font exception et qu'il n'existe de toute façon pas de recherches en nombre suffisamment important, se cumulant et se discutant pour aboutir à une connaissance du phénomène. Bouly de Lesdain (1994), Epelboin (1996) et Kuczynski (2008) ont fait état des pratiques de maraboutage d'Africains à Paris, en particulier en présence de maladie, ainsi que de l'importance des voyages en Afrique soit du malade lui-même soit de sa famille pour y trouver une aide supplémentaire. F. Cherak s'est intéressée spécifiquement à la roqya ou « médecine du prophète » et à ses traitements axés sur le retour à l'islam traditionnel (2013).

Notre article prolonge des travaux que nous avons mené antérieurement et porte ici sur ce que A. Kleinman nomme le secteur traditionnel du système de soins (1980). A propos des comportements de recherche de soins ou des stratégies de recours aux soins, cet auteur considère que les individus s'orientent dans des systèmes de soins qui sont composés de trois secteurs qui se chevauchent : les secteurs populaire, professionnel et traditionnel. C'est le système dans sa totalité qui soigne. Dans chaque secteur, la maladie est perçue, nommée et interprétée et un type spécifique de soins est appliqué. Dans le secteur populaire, l'individu est en interaction avec son entourage proche, non spécialisé. C'est le lieu de l'identification du trouble et de l'évaluation de ses retentissements par l'individu et par sa famille. Lieu de l'auto-soin, il est aussi celui des conduites préventives et de protection. Dans sa thèse d'ethnologie sur le Maghreb de France, l'un d'entre nous (Touhami, 2010) explorait ce secteur populaire au travers de la description des pratiques quotidiennes de protection du mauvais œil, leur transmission, leurs transformations, au sein de familles de migrants et de leurs enfants. Il y montrait la persistance, dans de nombreux foyers, de pratiques traditionnelles de médication ainsi que la croyance en diverses catégories d'êtres invisibles et, plus globalement, les représentations traditionnelles du « désordre » dans la diaspora maghrébine.

Dans une recherche ultérieure (Sicot, Touhami, 2015) menée auprès de cinquante soignants en psychiatrie exerçant sur trois sites, nous avons commencé à explorer le secteur professionnel dominant, celui de la biomédecine. En les interrogeant avec un focus très précis sur la place qu'ils accordaient à la culture de leurs patients d'origine maghrébine dans les soins, ils ont été nombreux à citer l'existence d'une diversité de pratiques – retour au pays d'émigration, fumigations, lectures du Coran, incantations, évitement d'aliments censément dangereux ... - sans qu'il leur soit possible de préciser ces pratiques et leur ampleur.

Afin d'avoir une vision complète du système de soins dans lequel évoluent les patients d'origine maghrébine en France, nous avons donc entrepris de mener l'enquête auprès des patients eux-mêmes et de ce que Kleinman nomme le secteur traditionnel, formé des spécialistes non professionnels. Outre que nous reprenons les termes de Kleinman et que nous avons cité plus haut un certain nombre de précautions à prendre lorsqu'on utilise le terme de traditionnel, on ajoutera que les pays du Maghreb sont devenus des pays d'immigration, en particulier subsaharienne (Bensaâd, 2009), produisant un nouveau cosmopolitisme (Khrouz et Lanza, 2015). Et tandis que les patients originaires du Maghreb se réfèrent à des systèmes

d'interprétation issus de leur pays d'origine, les professionnels de la médecine moderne recourent de leur côté à diverses thérapies anciennes et se forment à la médecine intégrée³.

Quatorze entretiens ont été réalisés à Toulouse auprès de patients de psychiatrie maghrébins (Maroc, Tunisie, Algérie) installés en France depuis des durées variables. Onze sont de nationalité française de naissance ou par naturalisation. Tous ont des parents nés au Maghreb (*cf* tableau ci-dessous). Le terme d'héritier utilisé pour les qualifier permet d'indiquer cette ascendance en soulignant l'aspect dynamique d'un rapport aux héritages dont les contenus sont susceptibles d'être revisités, en fonction de choix ou de conditions de vie. Il permet d'éviter le non sens de la désignation à une « énième » génération d'immigré ou à une origine supposée sur la base de critères ethno-culturels non objectivables.

Les patients ont été recrutés dans des structures de soins psychiatriques (CMP, hôpital de jour, Permanence d'accès aux soins) et réalisés soit dans ces structures soit à leur domicile⁴. Les patients interviewés avaient tous des droits ouverts qui leur permettaient d'accéder à la psychiatrie. Le tableau ci-après présente quelques caractéristiques de ces patients - les prénoms sont fictifs afin de garantir leur anonymat - et de leurs recours.

Par ailleurs, quatre psychiatres libéraux ont été interviewés à Rabat au Maroc. Comme on le verra, la recherche reste exploratoire et laisse ouverte de nombreuses questions sur ce secteur traditionnel.

Tableau récapitulatif des personnes interviewées et de quelques unes de leurs caractéristiques

| Nom | Sexe | Age | Lieu et date de naissance | Présence en France | Pathologie (diagnostic énoncé) | Psychiatrie | Pratiques de Pluralisme médical | Lieu | Initiative |
|-----------|------|-----|---------------------------|------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--|--|--|
| Mr Amar | H | 39 | Algérie 1974 | 1999-2001 [expulsion] 2011 → | Dépression, Tentative de suicide | Suivi CMP | Fqih | Algérie (opportunité) | Famille (frères sœurs) |
| Mr Benais | H | 31 | Tunisie 1982 | Depuis 1986 | Schizophrène puis bipolaire | HO, hospitalisées, psy privés | Roqya, raki Désensorceluse Taleb Pharmacopée musulmane | Tunisie (opportunité) Tunisie (opportunité) Toulouse Toulouse | Oncle, parents Incitation amis Incitation ami On lui « en parle » |
| Mr Selma | F | 29 | France 1984 | Origine algérienne | Dépression | Suivi CMP | | | |
| Mr Issa | H | 53 | Algérie 1960 | Depuis 1965 | Toxicomanie, alcoolisme | HO, Suivi CMP | (Religion) → rejet des tradipraticiens (islam bid'aa) | | |

³ Le terme de médecine intégrée est utilisé pour décrire les soins de santé où la médecine complémentaire et alternative (CAM) est prise à l'intérieur du modèle biomédical. On peut citer par ailleurs le développement de la médecine chinoise dans les grandes villes de Tunisie, du Maroc et de l'Algérie.

⁴ Afin d'obtenir la confiance des interviewés, les entretiens ont été menés par S. Touhami.

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|----|-----------------|---------------------------|--|----------------------------|--|--|-----------------------------|
| Najib | H | 25 | Maroc 1988 | Depuis 2010 | Dépression | PASS | Fqih (Prières, du'a) | Avant émigr. Toulouse | Parents |
| Mme Feza | F | 40 | Tunisie 1973 | Depuis 1993 | Psychose | HDJ | Imam : Rokya Fqih : talisman, hadra | France Tunisie (opportuni té) | Mari Famille |
| Mr Omar | H | 42 | France 1971 | Origine algérien ne | Troubles bipolaires, délires paranoiaqu es | HO, CMP | Talebs | France | Mère |
| Lounis | H | 31 | France 1982 | Depuis 1996 | Entend des voix | HJ, hospit réitérées | (prières) | | |
| Mme Ouard ia | F | 53 | Maroc 1960 | Depuis 1976 | Dépression chronique | Hospit réitérées | Rokya, Rakih Pèlerinage marabout (prières) | Maroc (opportuni té) | Dont oncle Elle-même |
| Saber | H | 20 | France 1993 | Origine marocai ne | Psychose | ITEP, HJ, CMP | | | |
| Salim | H | 31 | France 1982 | Origine tunisienn e | Bipolaire, bouffées délirantes | HO, hospit réitérées | (prières) | | |
| Farah | H | 35 | France 1978 | Origine algérien ne | Psychose | Hospit, HJ, CATTP | (prières) | | |
| Rida | H | 25 | France 1988 | Origine marocai ne | | Hôpital | Taleb | France | Parents |
| Aïcha | F | 39 | France 1976 | Origine marocai ne | | | Désensorcele use | Maroc | Mère |

NB : on a signalé la religion *entre parenthèses* dans la colonne pluralisme médical. C'est qu'elle n'est jamais présentée comme soin ou traitement mais soulagement.

CMP Centre Médico-Psychologique

HO Hospitalisation d'Office

PASS Permanence d'Accès aux Soins de Santé

HJ Hôpital de Jour

ITEP Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

CATTP Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

I. Prénance et diversité des recours traditionnels

Six des quatorze patients interviewés pratiquent la prière en rapport avec leurs troubles mentaux. Outre le fait d'être un pilier de l'Islam, la prière est avancée, par les pratiquants, comme un appui thérapeutique. Les vocables employés mettent l'accent sur l'effet positif d'une pratique qui « *soulage* », « *fait du bien* », « *fait plus que du bien* » « *réconforte* ». Dans le droit fil de ce rite, on peut également citer l'usage des *du'a* - les invocations à l'adresse de Dieu souvent placées en clôture de la prière rituelle – qui prennent la forme de demandes directe à la divinité en vue d'obtenir soutien et guérison.

Ici, pas besoin d'être formé ou initié à la langue arabe, chacun compose avec son propre rapport à la connaissance de la langue du Prophète à l'exemple de Salim qui, malgré de profondes lacunes religieuses – de mère française, il n'a été que partiellement socialisé en milieu musulman – a découvert la prière auprès de certains de ses amis alors qu'il était hospitalisé en psychiatrie ; prière qu'il reconnaît pratiquer sans maîtriser les bases élémentaires du rite. A l'inverse Mme Ouardia, qui est née et a grandi au Maroc dans un milieu traditionaliste, entretient un nouveau rapport à la pratique religieuse depuis l'apparition de sa maladie « *Maintenant j'écoute beaucoup le Coran tous les jours (...) la religion ça compte (...). La religion ça m'aide beaucoup* ».

Si la forme de la pratique rituelle varie ici, la visée, elle, reste commune. Le rapport direct et intime aux forces agissantes du sacré, la possibilité d'être acteur du soin, la quête de soins dans un cadre licite peuvent éclairer le recours à la prière qui délimite un élément saillant dans le champ des réponses au trouble psychique.

Pour les cas les plus bénins, les patients et les mères de famille mobilisent les savoirs de la médecine familiale, somme de connaissances vulgarisées tirées de différentes traditions médicales au Maghreb. (Touhami, 2010). Elle se distingue en un registre prophylactique où il s'agit de prévenir le désordre qui, selon les interprétations culturelles du malheur, est associé à une agression surgissant de l'extérieur. Pour prévenir l'attaque de mauvais œil, étiologie qui peut être avancée dans les situations de troubles de l'humeur - dépression passagère, crises de pleurs chez l'enfant - on utilisera des pratiques basées sur le principe de contagion (Mauss, 1997: 56) à l'instar des talismans coraniques portés à même la peau. Lorsque l'envoûtement est avéré, des rites curatifs sont utilisés pour soigner le malade. Seront manipulées par les mères à cet effet différents produits tirés de la pharmacopée arabo-musulmane - pierre d'alun, sel, benjoin, encens...

Certains commerçants proposent des réponses thérapeutiques traditionnelles aux maux qui accablent l'existence. C'est le cas des droguistes-herboristes repérés sous les noms de *attarines* - les épiciers de quartiers - ou *assabines* - les marchands de simples, la barrière entre ces deux groupes de professionnels ayant tendance à se désagréger depuis quelques années au point qu'ils ne forment plus actuellement qu'un seul corps de métier (Bellakhdar, 1997, 70). Sollicités par les malades, ils proposeront à leurs clients les ressources tirées de la pharmacopée arabo-musulmane (Bellakhdar, 1997).

En France, les commerçants de bazar orientaux prolongent leurs rôles et leurs fonctions en migration. A Toulouse, ils se sont établis dans plusieurs quartiers des grands ensembles en périphérie du noyau urbain. A l'instar des herboristes qui occupent une fonction de thérapeute populaire au Maghreb, ces commerçants peuvent poser des diagnostics ou prescrire des traitements à la demande leurs clients : « *Là-bas, au supermarché L.S (un bazar oriental), ils vendent de l'eau de la Mecque, l'eau de Zemzem⁵. C'est pour ça que je suis allé là-bas. Je lui ai dit (au commerçant) que je suis empoisonné. Il me dit « comment ça, empoisonné ? Le mec m'a dit « ça ça vient de Médine, de la Mecque ». Il m'a dit « tiens, le miel, tu mets ça dedans. »* (Mr Benais).

Les tradipraticiens sont aussi représentés par les clercs musulmans. Présents dans les pays de départ mais proposant leurs services également en migration, le *fqih* - savant versé dans la jurisprudence – et le *taleb* dont la racine TLB désigne l'étudiant en sciences religieuses ont en commun d'avoir une formation de lettré dans le domaine des sciences islamiques. Au côté de fonctions comme la direction de la prière ou la lecture du Coran à l'occasion de cérémonies religieuses, ces spécialistes peuvent être les agents d'une activité thérapeutique qui se

⁵. Eau sacrée chargée de Baraka, on lui prête les mêmes vertus curatives que l'eau de Lourdes. Toutes deux sont d'ailleurs en vente dans des boutiques ou sur Internet.

manifeste dans des compétences comme la confection de talismans et l'exorcisme.

Le *raqih* consulté par trois des patients occupe une position particulière dans cette dernière catégorie. Formé à la *roqya*, somme de savoirs thérapeutiques elle-même intégrée à la Médecine du Prophète, compilation de préconisations et de conseils en matière de santé tirées des *hadiths* et de la *Sunna*. Sa pratique connaît un regain d'intérêt en marge de la réislamisation des migrations issues des Suds. Initialement portée par la doctrine salafi qui prône un retour à la tradition des « pieux ancêtres » - les *salaf*, le *raqih* revendique une pratique conforme au modèle prophétique. Popularisée sur les sites d'hébergement de vidéos, accessible au public grâce à des traductions françaises et à des sites internet spécialisés, elle est mobilisée pour traiter la possession djinnique, l'attaque de mauvais et la sorcellerie. Selon F Cherak qui a étudié cette pratique et ses évolutions en Egypte en Algérie et en France, « son expansion à l'échelle internationale témoigne de l'adaptation de représentations et de pratiques islamiques traditionnelles à la modernité et aux réalités socioculturelles locales » (Cherak, 2013 : 297).

Seule Mme Ouardia a eu recours aux marabouts dans notre échantillon. Le terme désigne ici les saints et leurs descendants. Leur pouvoir thaumaturgique résulte de leur *baraka*, force bienfaisante de nature divine que l'on retrouve dans le Coran, chez le Prophète et ses descendants ou dans des espaces sacralisés (Faure, 1991 : 1336). A l'instar de ce que l'on peut observer en contexte catholique, il existe des saints spécialisés dans différentes maladies. Au Maroc, *Sidi Mimoun* au nord du pays et *Sidi Ben Achir* à Salé sont réputés pour leur pouvoir de guérison sur les troubles mentaux. Mais d'autres lieux peuvent être fréquentés, moins connus mais proches du lieu de résidence de la famille. « *J'ai demandé à une cousine de ma mère de m'accompagner au wali (tombeau du saint). C'est vraiment à côté, comme si tu allais au coin de la rue ici. J'y suis allé et j'ai invoqué Moul el Bergui* ». (Mme Ouardia)

Enfin, Aïcha et Mr Benais ont eu affaire à une désensorceleuse. Experte dans le traitement du *sohr*, elle n'en reste pas moins une figure marginale qui, de par son sexe et ses savoirs non indexés au Texte, reste exposée à des accusations de pratiques antireligieuses et antisociales qui l'amènent à exercer son art dans la discrétion.

La richesse de l'offre et la variété des recours ne doivent pas occulter leurs différences voire ce qui les oppose. Les tenants de la *roqya* se posent en s'opposant aux autres tradipraticiens musulmans – *talebs*, marabouts, voyantes – dont ils critiquent les pratiques proches de l'associationnisme – le *shirk* – qui consiste à associer Dieu à autre chose qu'à lui-même (Touag, 2012). Des patients ont des recours multiples en fonction des opportunités et de leur trajectoire de malade quand d'autres établissent une distinction très nette entre ce qui est autorisé (halal) et ce qui est proscrit (haram). L'exigence de soin en conformité avec un modèle licite est présente dans les entretiens : « *ça ne se fait pas, c'est haram d'agir de la sorte* », « *il y a l'islam charia (orthodoxe, la voie droite) et l'islam bid'aa (innovations). Je vois de mes yeux, quand ils font un talisman, les gens le vénèrent (le talisman) - Ça, vous estimez que c'est pas bien ? - Non - Pourquoi ? - Dans la religion, on ne doit pas aller voir le marabout* ».

Si le nombre de patients interviewés ne permet pas d'apporter de réponse définitive sur ce point, les recours traditionnels apparaissent tout de même comme des 'bricolages culturels' qui s'inscrivent en partie dans le contexte du renouvellement de l'Islam en France. Ils peuvent relever de ce que G Kepel (2012) nomme l'extension du domaine du halal, avec l'alimentation, le mariage (Collet et Santelli, 2012). Ils peuvent également éclairer les rapports très différents que les musulmans de France entretiennent à la religion. La prière de plusieurs des patients interviewés se réfère à un Islam traditionnel, pratiqué par les membres de la famille restés au pays et encastré dans un mode de vie religieux. Par opposition,

plusieurs jeunes interrogés (Salim, Farah, Mr Issa, Lounis) prient mais de manière récente, sans connaître le Coran ni avoir d'autres pratiques religieuses.

Pour finir, il faut évoquer deux types de réponses à la maladie dont n'ont pas parlé les patients interviewés mais qui reviennent régulièrement dans les propos de différents acteurs périphériques rencontrés lors des deux précédentes enquêtes : soignants, travailleurs sociaux, proches (sœur, parents). La première consiste à vivre sa maladie au pays, dans un contexte défini à la fois comme plus tolérant mais aussi plus contenant, notamment avec la présence d'une famille élargie où peuvent se maintenir des formes de solidarité internes vis-à-vis des membres plus vulnérables. La seconde renvoie à la pratique du mariage endogame - systématiquement un homme si l'on s'en tient aux énoncés recueillis - avec la « cousine du bled ». L'option du mariage traditionnel entre cousins, norme matrimoniale traditionnelle en contexte culturel maghrébin⁶ retrouve ici une nouvelle légitimité, l'union avec une parente socialisée au pays - plus docile et dévouée qu'en France d'après les témoignages consignés - faisant soutien et support auprès du malade.

L'importance prise par le religieux dans le secteur traditionnel n'a rien d'original puisque de manière générale, la santé et les religions sont liées. D'un côté, tant l'anthropologie de la religion que l'anthropologie de la maladie montrent le pouvoir de guérison prêté aux pratiques religieuses, dont la prière. D'un autre côté, si l'on suit F. Laplantine, l'entremêlement du religieux et du médical est une caractéristique essentielle des médecines qu'il nomme populaires (Laplantine, 1982). Un numéro des *Archives de sciences sociales des religions* montre la diversité, dans les sociétés contemporaines, des intrications de la religion et de soins psychiques, avec plusieurs articles qui relèvent son renouvellement dans le cadre des conceptions holistiques de la santé et de la maladie. « « Religieux » et « psy » occupent les mêmes territoires, celui des définitions de l'humain, celui des affects qui peuvent déborder des corps, celui de la souffrance de l'âme ou de l'esprit et des soins à leur apporter, celui encore des règles morales, tout particulièrement en matière de sexualité et de relations familiales » (Champion, 2013, 9). On pourrait ajouter qu'ils concourent tout deux à fournir un sens au malheur.

Par ailleurs, ces recours traditionnels, s'ils tiennent leur spécificité des pays où ils trouvent leur origine et de la religion musulmane au sein de laquelle ils s'inscrivent en grande partie ; ils sont dans leur existence même banals. Le pluralisme médical et les recours traditionnels sont, dans le cas des troubles de la santé mentale en tout cas, fréquents. « Pour soigner leurs souffrances psychiques, les populations n'ont pas attendu que se développent des offres normées : depuis des siècles, elles consultent des praticiens dans le champ du religieux et de ses marges (guérisseurs, désenvoûteurs, exorcistes, etc.) pour des préoccupations relatives autant à l'âme qu'au corps (...). Voir un psy n'est qu'une option parmi d'autres en santé mentale » (Kessler-Bilthauer et Evrard, 2018, ix)

Ces recours traditionnels se font de manière pragmatique. Face à une maladie dont les causes sont mal connues et dont les évolutions sont incertaines, on sait que les individus recourent à tout ce qui pourrait leur apporter une aide, sans avoir besoin de construire une cohérence. Encore faut-il que ces aides soient disponibles. L'enquête montre que dans une grande ville française et, on le verra plus loin, en retournant parfois au *bled*, les recours cités sont disponibles dans leur diversité.

II. Les articulations de la psychiatrie et des recours traditionnels

⁶ Il existe une littérature fournie sur le sujet. Citons pour exemple les travaux de référence de Germaine Tillon ou de Camille Lacoste Dujardin.

On ne peut explorer des itinéraires thérapeutiques sans chercher à cerner comment s'ordonnent les différents recours. On sait que les personnes peuvent recourir de manière complémentaire à divers types de soins⁷, la question qui est débattue étant dès lors de savoir comment ils s'articulent. A partir de l'analyse des itinéraires thérapeutiques des quatorze patients concernés dans notre enquête par le pluralisme, il n'est pas possible de dégager de règles générales relatives à l'articulation de la psychiatrie et des recours traditionnels. Ainsi les traitements psychiatriques peuvent-ils intervenir en premier, avec la survenue de la maladie, particulièrement si une crise l'accompagne (Mr Issa) ; en parallèle parce que le patient considère que son état relève de deux étiologies et donc de deux types de recours (Mr Benais) ; en parallèle parce que les deux types de recours apportent leur bénéfice propre (Mme Feza) ou parce que le traitement médicamenteux de la psychiatrie est nécessaire mais insatisfaisant (Mme Ouardia) ; après que le recours traditionnels ait échoué à soulager ou à soigner (Omar, Mr Amar).

Les soins traditionnels sont pratiqués en cas d'échec d'une réponse biomédicale, situation qui peut être illustrée par le récit de Rida, un jeune homme de vingt-cinq ans d'origine marocaine. L'apparition subite d'absences et de frayeurs, après être allé fumer une cigarette au bas de son immeuble pour digérer un énième refus de stage en entreprise, a d'abord conduit Rida à l'hôpital où il a pu bénéficier d'un scanner cérébral qui ne repérera rien d'anormal. Ses troubles persistants malgré un traitement médical, ses parents décideront de consulter un *taleb* local qui pratiquera un exorcisme pour expulser avec succès les trois *djinn*s - deux mâles et une femelle - qui tourmentent un jeune homme dont l'état s'est depuis amélioré, même s'il reste toujours précaire.

Chez certains, comme Najib, la quête de soins pour atténuer les douleurs et les échecs successifs les amène à utiliser toutes les ressources existantes, que ce soit en France ou au Maroc : les différents spécialistes bio-médicaux qu'ils exercent dans le secteur public ou privé, qu'ils pratiquent leur art dans le champ somatique ou psychique (psychologues, psychiatres), qu'ils opèrent ou qu'ils prescrivent des médicaments (antalgiques), les différents tradipraticiens, les recours non-conventionnels (hypnose), la prière.

Pour les soignants de psychiatrie interrogés, les personnes feraient appel à eux après l'échec des recours traditionnels et l'aggravation de leur état. Ce cas de figure existe bien, parmi d'autres. Ainsi Mr Omar narre t-il son itinéraire en évoquant d'abord des délires et des actes qu'il ne comprend pas, qui « ne lui correspondent pas ». Il dit en particulier : « *Je faisais l'homosexuel.* ». Il interprètera ce qui lui arrive comme relevant d'une attaque de sorcellerie. Le recours au *taleb* va participer de son passage à l'acte (meurtre) dans la mesure où, s'il est le premier à se considérer comme victime d'un *sohr* – l'agression sorcellaire - sa mère le confirmera dans cette idée ainsi que les différents *taleb* consultés : « *Vous l'avez tué pourquoi ? - Parce que je croyais que l'origine du sohr, c'était cette famille - Et vous avez tué celui que vous pensiez qu'il était le responsable. - Voilà - Et vous, comment vous expliquez ce qui vous est arrivé ? Cette maladie ? - Moi au début, j'ai cru que c'était de la sorcellerie.* ». Mr Omar sera hospitalisé d'office en psychiatrie puis en Unité pour Malades Difficiles (UMD).

Pour autant, la succession des recours ne relève pas d'un mécanisme simple, d'une conclusion logique tirée par le patient ou son entourage d'une expérience de soins. D'abord, la maladie du médecin (disease) n'est pas la maladie du patient (illness). Ensuite, l'échec et la réussite des recours sont des notions très relatives. La réussite de la psychiatrie est très diversement appréciée. La majorité des patients interrogés se plaint que la psychiatrie se réduise à la

⁷ Sur ce point s'accordent les travaux qui portent sur les médecins populaires, les recours non conventionnels, les soins traditionnels.

prescription de médicaments. Et les effets secondaires des médicaments sont soulignés par tous les interviewés⁸. C'est même une des raisons pour poursuivre des soins traditionnels ou prier : ces pratiques viennent soulager à la fois de la maladie et des effets secondaires des médicaments. « *Ca aussi, c'est le réflexe de dire 'c'est le traitement qui me rend fou. Donc j'arrête le traitement. Je vais voir le taleb' (...). Ça, on le sait après coup, par exemple, quand la personne va bien* » (Infirmier psychiatrique). La « médecine de l'Islam » peut être considérée comme le traitement de fond quand la psychiatrie ne propose que des succédanés, des « médicaments pour dormir », qui vont aider pendant quelque temps mais qui vont seulement « étouffer la maladie » sans s'attaquer aux causes. Le recours traditionnel s'explique donc en partie par les caractéristiques de la pratique biomédicale, son vécu, et par l'absence de sensibilité du psychiatre à la culture du patient, les difficultés de compréhension mutuelles.

Néanmoins, passer des soins traditionnels aux soins bio-médicaux ne signifie pas qu'on abandonne les premiers ni que l'on cesse de « croire » à leur efficacité. Mr Omar par exemple a prévu d'aller *zohr* (pratiquer le pèlerinage thérapeutique) sur un *wali* (tombeau de saint) en Algérie quelques mois après sa sortie de psychiatrie.

L'hypothèse d'un enchaînement du recours traditionnel vers la psychiatrie au long d'un itinéraire thérapeutique repose sur l'idée que les patients croient en l'efficacité d'une thérapeutique et qu'ils peuvent être déçus par le constat de l'absence de résultats, c'est-à-dire qu'ils ont un raisonnement « basé sur les preuves ». En fait, les patients n'expriment pas une croyance sans distance critique. Certains disent même à propos de leur recours traditionnel : « ça se fait ». D'autres arguments sont du type « ça ne peut pas faire de mal » et « on ne sait jamais ». Et puis pour les acteurs, tout un ensemble de raisons peuvent expliquer que « ça n'a pas marché ».

Enfin, pour les patients tombés malades à l'étranger, le recours traditionnel en première instance s'explique autant par leur disponibilité, leur faible coût et l'absence d'offre en psychiatrie que par la croyance ou la culture.

Les patients et leurs proches ne sont pas ancrés dans une culture d'origine qui expliquerait leur recours pour la bonne raison que le recours n'implique pas la croyance ou une adhésion pleine et entière à des croyances⁹, une étiologie, et que les anthropologues ont pu montrer que les représentations (de la maladie, de ses causes) entretenaient des relations complexes, non systématiques avec l'action thérapeutique mise en œuvre¹⁰.

Les différents recours sont mis en œuvre tout au long des itinéraires thérapeutiques, et manifestent l'« éclectisme pragmatique » des patients (Monteillet, 2005 : 189). Cette situation, la plus fréquente, privilégie le principe de complémentarité à la concurrence, les différentes réponses thérapeutiques utilisées se justifiant au regard de « la recherche d'action, d'efficacité, dans le désir de transformer positivement un état. » (Benoist, 1996 : 496).

⁸ Ceci n'est en rien spécifique aux migrants (Palazzolo *et. al.*, , 2008).

⁹ En écho à cette idée, on citera cette psychiatre qui met en rapport l'attachement à une « croyance » avec la situation sociale vécue en France : « Souvent ces jeunes de la deuxième génération se réapproprient des éléments de culture et/ou religieuse parfois mais parfois avec une construction solide parfois non mais une volonté d'appartenance indéniablement. Après cette volonté d'appartenance, il y a différents déterminants. Parfois c'est une volonté d'appartenance positive et parfois c'est pour s'opposer à autre chose, au sentiment de rejet que peut leur renvoyer la société française. Et du coup ils renvoient cette appartenance mais de manière superficielle. Mais je n'ai pas à juger, tant que leur truc fonctionne... ». Dans une toute autre perspective : sur la question de la différence à opérer entre croyance collective et degré d'adhésion personnel, voir Sakoyan, 2008 et Rechtman, 2000.

¹⁰ Voir par exemple le numéro thématique de *Sciences sociales et santé* de 1985.

III. Les itinéraires thérapeutiques des migrants originaires du Maghreb se distinguent-ils de ceux de leurs héritiers ?

Nous avons rappelé dans la première partie de cet article la nécessité de prendre en compte tous les déterminants sociaux et économiques de vie en France, la trajectoire migratoire, la situation du migrant avant son émigration, les droits à l'accès aux institutions pour éviter d'expliquer les pratiques de soins des migrants par l'appartenance à un groupe culturel homogène et une culture d'origine (*Hommes & Migrations*, 2000 ; Wang, 2016). Si nos entretiens avec les patients comportent des informations sur ces déterminants, ils ne sont toutefois pas suffisamment nombreux et probants pour expliquer les recours au secteur traditionnel. Par contre, les analyses nous ont amené à explorer une autre piste, non exclusive, celle du changement culturel.

Le recours au secteur traditionnel apparaît fréquent à la fois chez les migrants du Maghreb et chez leurs héritiers. Pour autant, ne peut-on supposer que les premiers sont plus concernés que les seconds ; que le temps passé en France, le lieu de la socialisation primaire influent fortement sur les chances de recourir au fqih ou au désensorceleur ? Bref que l'acculturation ferait s'estomper des références venues d'ailleurs. Une telle hypothèse repose sur l'idée d'un processus temporel linéaire de prise de distance vis-à-vis des éléments culturels issus du pays d'origine. Or nous savons que le temps est loin d'être le seul critère permettant de comprendre la dynamique des recompositions culturelles. Ainsi des auteurs ont-ils pu montrer le rôle dans la transmission de la mémoire, des valeurs et des manières de faire des orientations politiques nationales en matière de citoyenneté (Streiff-Fénart, 2006) ; du projet migratoire ; de l'entre-soi créée par la relégation dans des quartiers périphériques (Khosrokhavar, 1997) ; d'autres encore l'importance de la revendication identitaire (Poutignat et Streiff-Fénart, 1995) ; d'autres enfin étudier la diversité des modalités de transmission culturelle au sein des familles ; les liens entretenus avec le pays d'origine *via* le commerce ou l'entreprenariat¹¹ ; les liens familiaux (Razy, Baby-Collin, 2011) ; la réception des médias arabes (Hargreaves, Mattelart, 2012) ; les vacances au bled (Bidet et Wagner, 2012).

Existe-t-il une distinction entre patients migrants et patients héritiers? A noter que la dichotomie n'est pas retenue par les soignants lorsqu'ils évoquent le pluralisme médical de patients originaire du Maghreb. La nationalité ne semble pas constituer non plus une catégorie d'analyse s'y l'on s'en tient aux données recueillies. Comme le présente le tableau 1 *supra*, le fait de recourir ou non au secteur traditionnel n'est pas lié au lieu de naissance. Parmi les quatorze patients interviewés, trois de ceux qui sont nés en France ont bénéficié des services d'un taleb ou d'une désensorceleuse. Si c'est le cas de cinq des six informateur-trices né-es à l'étrangers, précisons toutefois que deux sont arrivés en France en bas âge (4 et 5 ans) et une à l'adolescence. Par conséquent, c'est moins le temps passé en France que les savoirs acquis pendant la socialisation primaire et entretenus tout au long de la vie qui semblent expliquer la prégnance des savoirs et des pratiques traditionnels. Trois types de situations – regroupant onze des quatorze interviewés - sont relativement clairs au sens où ils permettent effectivement de rapprocher niveau d'acculturation et rapport aux recours traditionnels.

Dans le premier groupe, les individus ont des recours congruents avec des savoirs étiologiques : la représentation étiologique commande le traitement. La maladie résulte de l'action d'un agent étranger, ici un sorcier ou un génie (modèle exogène) et l'action thérapeutique consiste à soustraire l'élément fautif¹² (modèle soustractif) (Laplantine, 1986).

¹¹ Voir notamment les travaux de Michel Péraldi ou d'Alain Tarrius.

¹² « Quand tu te lèves le matin, avec un verre d'eau de la Mecque, mélangé à l'eau normale, *haba saouda*, tu manges 7 dattes et tu bois. - *Vous l'avez fait ça ?* - Je l'ai fait. J'ai vomi des trucs bizarres accrochés aux dattes. Ça te fait tout gerber ou ça te fait aller aux toilettes (...). La *haba saouda*, quand tu la prends, elle va dans le sang, ça fait mal au cœur. Tu sens parfois des sueurs froides. Ça évacue (...) Ça enlève tout » (Mr Benais).

Le fait de pouvoir être possédé, d'être 'aïen (victime mauvais œil) va de soi. On parle d'avoir la niya (la croyance). Le délire est codé culturellement : « Les voix me parlent de l'autre monde en Islam. J'étais avec des anges. Il y avait des anges qui vivaient avec moi dans l'immeuble où j'étais à Nancy - *Vous les voyiez ? Vous discutiez avec eux ?* - Je les voyais. Je leur demandai s'ils voulaient de la pizza. Il me disait qu'ils n'en mangeaient pas - *Ces personnes, ce sont des anges ou des génies (djinnns) ?* - Des anges. Les génies m'ont malmené au pays ». Les soins traditionnels sont évoqués spontanément et font manifestement partie de l'univers mental routinier, avec de nombreuses références au pays d'origine : comment on y vit, comment on obtient de l'aide en cas de malheur. Les recours au fqih, aux désencorceleurs, les pratiques de protection sont des allants de soi.

L'expérience migratoire des individus concernés est extrêmement hétérogène puisque trois sont nés en France (Mr Omar, Rida, Aïcha), deux sont arrivés très jeune (Mr Benais et Mme Ouardia), mais ont passé de nombreuses années en France, une est arrivée à l'âge de vingt ans mais est installée depuis vingt ans (Mme Feza). Le cadre cognitif dans lequel s'inscrivent les recours ne s'explique pas (seulement) par le temps passé au Maghreb mais aussi par l'importance prise par les liens communautaires au sens de F. Tonnies c'est-à-dire fondés sur l'affectivité et l'esprit de groupes restreints, unis par des relations directes et étroites, que ce soit en raison de liens de sang (la famille élargie), une référence fréquente aux proches du voisinage ou à ceux qui sont restés au bled. Les cinq individus concernés font des aller-retours fréquents au bled et font état d'une forte densité de leurs relations sociales familiales en France et au Maghreb.

Dans le second groupe, on trouve trois jeunes français nés en France résidant dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville (Lounis, Saber, Farah). Ils n'expriment aucune croyance en une étiologie exogène ou une malédiction. La maladie résulte d'une cause matérielle ou humaine accidentelle. Leur recours hors psychiatrie se limite à la prière. Si deux se disent croyants, ils ne connaissent pas la religion islamique, ne savent pas non plus comment prier. Ils ne se sont mis à prier qu'avec l'irruption de la maladie. Les vertus qu'il prêtent à la prière est simple : elle soulage. Sur les quartiers de relégation, la prière est d'ailleurs parée de cette vertu générale et il n'est pas rare qu'on s'y livre pour soulager tout un ensemble de maux causés par la vie difficile : l'absence de travail, des ennuis avec la famille, la justice...¹³. Leur culture semble être celle qu'ont décrit les auteurs qui ont travaillé sur les jeunes des banlieues et qu'ils nomment la « culture des rues » avec ses codes, ses rites et ses langages (Lepoutre 1997 ; Avenel, 2009). Les pairs constituent la quasi totalité des relations sociales citées. « J'ai toujours habité là. J'ai grandi là. Je connais tout le monde. Je connais la violence. Je connais les filles. J'ai connu la prison. Je connais les boîtes. Je connais les voitures. J'ai connu les motos » (Farah). La cité constitue la référence pour les sociabilités et les expériences sociales.. Si l'on a pu aller au bled pendant l'enfance, on n'y a pas d'attache. « *Vous étiez petit... Vous n'y êtes pas retournés depuis ?* - Non. J'ai dû y aller une ou deux fois à peu près. Ca m'avait plu. C'était bien mais c'est un peu dans l'oubli quoi. - *Comment ?* - Dans ma mémoire c'est un peu à zéro - *Vous n'avez plus de souvenirs ?* - À part les animaux, le couscous avec les boules. Je me rappelle de ça, la télévision aussi. Les chaînes marocaines » (Lounis).

Mr Selma et Salim représentent une autre configuration. Ils n'ont aucun recours hors la bio-médecine et la psychologie. Ils ont quasiment le même âge, sont nés en France et ont grandi dans des quartiers mixtes, au sein de familles de la petite classe moyenne qu'ils décrivent comme laïques. Ils ont fait des études et ont tous deux obtenus une licence. Soit ils ne se

¹³ Un éducateur à un jeune, lors d'une activité sportive : « La prière, la prière. Ça permet d'évacuer, de te vider la tête. Tous les soucis ; tu oublies. La salle c'est bien mais tu vas voir, la prière, ça fait du bien » (note d'observation).

réfèrent jamais dans l'entretien à la culture du pays d'origine de leurs parents, soit ils marquent une nette distance vis-à-vis de celle-ci. Selma exprime une grande distance avec la « culture du bled », selon ses propres termes, et pas seulement quant aux soins traditionnels dont elle dit : « je n'y crois pas, c'est du pipeau ». Elle mêle ensuite la croyance au mauvais œil avec d'autres références, dans une sorte de pot-pourri : « *Je crois au mauvais œil parce que je crois aux mauvaises ondes en fait. Je crois que s'il y a plusieurs personnes qui me veulent du mal. Je crois au truc des Asiatiques, le Ying et le Yang. Ça fait du bien et tout. Si on fait du mal, ça se répercute* ». En tout cas, elle ne s'est jamais protégée contre le mauvais œil. Durant son enfance, elle a très peu été au bled : « *je n'étais pas trop tenté sur le bled. Moi j'étais la vraie francisée* ». A de nombreuses reprises, elle se présente comme française et se distingue des « Arabes » : son propre mari, qui a « *la mentalité des hommes du bled* », ses beaux-parents qui ont « *la culture du mensonge* » et même sa famille (« *Mon grand frère battait mon petit frère quand il faisait des bêtises, c'est typique chez les familles maghrébines* »). D'un autre côté, c'est la seule interviewée à être satisfaite de sa relation avec les psy (psychologues et psychiatres) ce qu'elle explique en disant : « *elles sont d'origine maghrébine. Elles connaissent les problématiques liées à la culture maghrébine. C'est vachement plus efficace* ».

Les recours de Mr Issa, de Najib et de Mr Amar ne semblent pas pouvoir être rapprochés d'un quelconque niveau d'acculturation. Né en Algérie, arrivé en France à l'âge de cinq ans, Mr Issa est celui qui incarne le mieux le fait de vivre ici *et là-bas*. Il dit d'ailleurs : « *Je vais et je viens. La navette voilà (...) J'ai grandi là-bas jusqu'à l'âge de six ans. Après pour les vacances d'été, on redescendait en Algérie* ». Cas rare, sa mère née en France fait partie des colons partis s'installer en Algérie, dans son cas à l'âge de 19 ans. Elle s'y est mariée avec un kabyle. Ils sont rentrés en France à l'indépendance mais la plupart des membres de la famille dont une partie de la fratrie de Mr Issa est restée en Algérie. Sa mère, qui adopté la religion de son époux, parle arabe fait le ramadan et la prière. Comme l'interviewer lui fait remarquer qu'il parle avec un fort accent algérien, il répond que : « *C'est à force. On a toujours discuté à la maison sur l'Algérie. En algérien. On ne parle pas français avec mon père. Toujours en algérien même avec ma mère* ». Très pratiquant, il prie plusieurs fois par jour. S'il refuse d'aller voir un fqih ou de faire un pèlerinage, s'il rejette les recours traditionnels c'est pour deux raisons. D'abord parce que c'est *haram*, ne représente pas la « voie droite ». Ensuite parce que « *ça ne vaut rien du tout. C'est juste pour le fric, du business* ». La critique qu'il fait des recours traditionnels est celle que l'on retrouve fréquemment dans les médias au Maghreb, dans les classes moyennes et supérieures : ce sont des recours traditionnels qui pour la plupart ont été dévoyés par des charlatans, des escrocs, qui donnent lieu à des abus financiers ou des maltraitements.

Quant à Najib, son cas a été évoqué plus haut : il représente de manière archétypale le patient désespéré qui recourt à tout ce qu'il trouve pour soulager sa souffrance. Né au Maroc et arrivé en France depuis seulement trois ans à l'âge de vingt-deux ans, issu de la petite classe moyenne d'une grande ville, il a commencé par consulter tout un ensemble de représentants de la bio-médecine. Puis, en désespoir de cause, parce que les ressources étaient disponibles et à l'initiative de ses parents, il a fini par consulter un fqih. Il émigre en France pour trouver une solution à ses souffrances où il consulte à nouveau plusieurs médecins : « *J'ai juste tenté ma chance pour trouver une explication à mon problème de santé* ». Najib a toujours prié, au Maroc comme en France mais la prière a pris un autre sens avec l'irruption de la maladie.

Mr Amar est arrivé en France depuis peu après avoir passé l'essentiel de sa vie en Algérie, il était employé dans l'administration et a émigré suite, dit-il, à des menaces de mort. Il a d'abord consulté un fqih en Algérie après son départ, à l'occasion d'un séjour forcé consécutif à une expulsion du territoire français. Le contexte social, la disponibilité, l'opportunité

l'amènent à cette consultation mais sans qu'il paraisse y adhérer beaucoup : « *J'avais vu un fqih, Il m'avait donné un traitement, ça va. Il faut avoir de la niya [la croyance] pour que ça marche. Ça ne marche qu'avec ça. On m'a envoyé vers lui. - Qui ça, la famille ? - Oui la famille* ». Pour autant, Mr Amar n'est pas sceptique de manière générale vis-à-vis des étiologies exogènes ou de la possibilité d'une possession. S'il n'a pas été consulté un imam c'est qu'il identifie l'origine psycho-sociale de ses souffrances : ses relations avec son entourage, son ex-femme : « *Je ne suis pas possédé. Ce sont des problèmes qui me stressent* ». S'il a commencé à consulter un psychiatre en Algérie, il poursuit les consultations en France et, désormais c'est au psychiatre français qu'il accorde sa confiance dans la mesure où le traitement le soulage : « *Quand vous rentrez en Algérie, vous allez le voir [le premier psychiatre consulté] ? - Non. Je viens avec mon propre traitement. Il y a des médicaments que je trouve là-bas et d'autres sont absents - Vous n'allez pas voir de médecins quand vous rentrez ? - Non. Il faut prendre rendez-vous et tout. Je pars avec mon traitement. Je n'ai aucune raison d'aller le voir* ». Mr Amar puise dans les ressources de soins disponibles, ici et là-bas. Il illustre le pragmatisme qui mène à poursuivre un type de soins parce qu'il semble le plus efficace pour réduire la souffrance. On peut croire à la possession sans recourir au secteur traditionnel de la même manière qu'on a vu qu'on pouvait y recourir sans pour autant croire.

Ces différents cas montrent qu'on ne peut établir un lien simple entre recours pluriel, degré d'acculturation et temps passé dans le pays d'accueil ni entre itinéraire thérapeutique et expérience migratoire. Certes ces dimensions ne sont pas sans expliquer en partie le choix des recours et le pluralisme. Mais apparaissent tout aussi important le rapport entretenu avec des références culturelles héritées *via* : l'inscription dans des réseaux de sociabilité - qui peuvent être facilités par le fait de résider dans des quartiers de relégation, avec une présence forte d'habitants issus des mêmes pays -, les aller-retours au bled, le milieu social d'origine ou le niveau de scolarisation atteint c'est-à-dire la trajectoire sociale et l'efficacité du traitement.

IV. Recourir ici et là-bas

De quel côté de la Méditerranée les migrants et leurs héritiers vont-ils chercher les tradi-praticiens, les herboristes, les imams ? Tous les cas de figure sont possibles : en France *ou* au Maghreb, en France *et* au Maghreb. Les soignants de psychiatrie interrogés savent que leurs patients originaires du Maghreb sont nombreux à se rendre au pays pour y recevoir des soins. La pratique n'apparaît donc pas marginale. Pour autant, ils ne savent pas ce que font leurs patients là-bas.

Un déterminant semble essentiel dans le recours : la disponibilité de l'offre. Ainsi les spécialistes sont-ils présents et aisément accessibles en France, dans les villes mais aussi dans « nos campagnes ». L'imam évidemment mais aussi le fqih, le taleb ; tel *taleb* rencontré dans une grande ville se vantant que « *le téléphone n'arrête pas de sonner chez lui* ». L'épicerie, le supermarché du quartier fournissent les produits à ingérer, les herbes à faire brûler. Ce qui n'empêche que l'on ramène également des produits de ses séjours au bled, qu'ils circulent du Maghreb vers la France.

En France, les spécialistes sont connus, ils sont repérés, ont leur réputation, « on » en conseille : « *On me l'a conseillé / Mes voisins m'en ont parlé* ». La proximité, la facilité de l'accès, son évidence sont pourtant plus frappants encore lorsque sont évoqués les recours au Maghreb. C'est alors littéralement au coin de la rue que l'on peut trouver le spécialiste et les propos soulignent la massivité des recours, comme si tout le monde était concerné : « *les gens y vont* ».

Pour autant, tout n'est pas possible en France. Le retour au *bled* permet le pèlerinage sur le tombeau du saint. Il rend également possible la visite chez ces passeurs de monde que sont

les membres des confréries maraboutiques - *Gnawas, Aissaouas* - socialement reconnus dans le traitement de la possession djinnique (Chlyeh, 1997).

Pourquoi recourir ici ou là-bas ? La disponibilité de l'offre rend possible le recours là où on tombe malade. Ainsi Mme Mme Ouardia dit-elle être tombée malade lors du retour au Maroc effectué pour enterrer sa mère. « *J'ai fait des crises. Des personnes sont venues lire le Coran pour me soigner et tout (...) Le soir vers six heures un jeune cousin m'a amené de l'eau de ZemZem.* ». Plus tard, elle se rendra sur le tombeau du wali. Mr Amar « *n'allait pas bien* » en Algérie, avant son émigration vers la France. De lui-même, il a été consulter un psychiatre. Parallèlement, la famille l'a envoyé voir le fqih. C'est encore le cas de Najib. Tous les autres, tombés malades en France ont recouru (d'abord) en France. « *Les fqih vous les avez vus en Tunisie ou ici ? - En Tunisie et ici. Parce que ma première maladie c'était ici* » (Mme Feza)

D'autres arguments jouent en faveur du « là-bas », comme l'idée qui veut que puiser à l'origine serait plus efficace qu'en exil. Certains critiquent les tradipraticiens établis en France au motif qu'ils seraient moins compétents ou n'auraient pas les bons produits. Une pratique que confirme une psychologue d'origine algérienne exerçant dans une PASS psychiatrie : « *j'ai l'impression qu'il y a quand même cette idée que les marabouts d'ici, c'est pas pareil (...) Ils sont moins forts.* »¹⁴.

Le séjour au bled - dans le cadre des aller-retours réguliers entre ici et là-bas, lors de vacances, de fêtes ou parce qu'on vit à la fois ici et là-bas, dans la maison qu'on a fait construire en Algérie et dans l'appartement où l'on réside en France (multi-résidence) – peut être l'occasion d'aller voir un tradipraticien : « *Je suis allé au Maroc en août dernier - Chez des amis ? - Oui. Il nous a ramené quelqu'un du marché, une belle femme, vieille mais belle, peau blanche, yeux bleus. Elle m'a fait boire de l'eau qu'elle fait bouillir avec de la réglisse et à la mosquée ils m'ont dit, « Ca, c'est pour t'enlever la sorcellerie et le mauvais œil » - C'était juste en vacances ? - En vacances mais j'en ai profité* » (Mr Benais).

Enfin, la famille peut se saisir d'un séjour au pays pour amener un de ses membres consulter un spécialiste. C'est le cas d'Aïcha, jeune française d'origine marocaine d'une vingtaine d'années : « *Tout ça, c'est ma mère. Elle croyait qu'on m'avait jeté un sort pour pas que je me marie (...) C'était pas facile pour moi à l'époque niveau boulot, le moral tout ça. Alors pour elle, c'était clair (...) Quand on est retourné l'été au bled, elle m'a emmené voir une « seharra » [désensorceuse].* ».

Lorsque Tobie Nathan (1994) a théorisé l'impérieuse nécessité du retour au pays pour y accomplir les rituels réparateurs et se faire soigner par la communauté et les spécialistes du pays d'origine aux critiques de son culturalisme sont venues s'ajouter d'autres propositions thérapeutiques¹⁵. Notre enquête rappelle que les malades construisent aussi leurs itinéraires thérapeutiques hors des prescriptions des médecins et que le « retour thérapeutique » peut fréquemment être activé.

Cette capacité à mobiliser des ressources ici et là-bas se manifeste particulièrement dans la pratique qui consiste à aller consulter des psychiatres au Maghreb. La partie de l'enquête exploratoire menée auprès de psychiatres marocains à Rabat a ainsi permis de constater que des émigrés ou leurs enfants consultaient des psychiatres libéraux¹⁶ lors de leurs séjours au

¹⁴ Là encore, l'idée n'est pas spécifique à l'Islam. A propos de Lourdes, Sandrine Cogat-Droulez écrit : « Une des raisons principales de ces pérégrinations est la conviction que des prières et d'autres rituels religieux sont actifs dans des lieux où se sont manifestés, d'une manière ou d'une autre, le « Créateur », un saint ou une divinité ». (Cogat-Droulez, 2001).

¹⁵ Il est difficile de citer dans le cadre de cet article toutes les psychiatries transculturelles et les positionnements des uns et des autres vis-à-vis des propositions de T. Nathan. Voir par exemple les travaux de Moro et Baubet (2013) ou d'O. Douville, en particulier 2006.

¹⁶ Interrogés sur cette question, des psychiatres hospitaliers n'ont pas fait état de la même pratique. Par contre, il leur arrive d'hospitaliser en situation de crise des émigrés d'Europe de passage au pays.

Maroc. Concentrés sur les grandes artères de la ville européenne - l'*Agdal* - qui fait face à la *médina*, l'ancien noyau urbain, les psychiatres rencontrés affirment accueillir régulièrement cette population dans leur consultation. C'est principalement le cas l'été où, d'après ces informateurs qui ont tous étudiés la psychiatrie en France, leur file active est constituée de nombreux « *rme* » - abréviation administrative pour résidents marocains à l'étranger - issus de différents pays d'Europe : France mais également Italie, Espagne, Allemagne. La raison de ces consultations tient selon eux à leur double compétence, biomédicale et experte en étiologie et thérapeutiques traditionnels. Non qu'ils pratiquent l'un et l'autre mais qu'ils sachent entendre les interprétations du mal, y être sensibles – « *ils viennent nous voir car ils se sentent mieux compris*. », « *Ils se sentent écoutés* » - et proposer un traitement dans lequel l'articulation des systèmes culturels a été élaborée¹⁷.

Le fait que des malades puissent consulter des psychiatres et des spécialistes non professionnels ici et/ou là-bas invalide les dichotomies entre l'ici, la France qui représenterait la modernité *versus* là-bas, le Maghreb où l'on irait retrouver la tradition, accomplir les rituels¹⁸. Les recours aux secteurs traditionnel et professionnel ici et là-bas représentent une autre facette des pratiques transnationales des migrants et de leurs héritiers, à côté des activités commerciales et entrepreneuriales des migrants désormais bien étudiées. Mais en s'inscrivant uniquement entre la France et le pays d'origine, ils témoignent moins d'une compétence circulatoire (Tarrus, 1993) que de l'importance de l'ancrage dans les deux pays.

La notion de « transnational » est l'objet de définitions multiples (Ma Mung, 1998) et renvoie tantôt à des réseaux multipolaires de migrants, tantôt au paradigme des relations bipolaires entre société d'émigration et société d'accueil (Sakoyan, Musso, Mulot, 2011). Dans notre enquête, le transnational en question relève bien des liens forts entretenus par les migrants et leurs héritiers avec leur pays d'origine. Ils doivent moins à la globalisation et à la marchandisation de la santé qu'aux relations que les immigrés et leurs descendants gardent avec leur pays d'origine, les soins étant un des domaines où se concrétise cet attachement.

Ce ne sont pas uniquement les maghrébins de France qui sont concernés par cette mobilité thérapeutique. En effet, Le Gall et Montgomery ont observé les mêmes recours chez les Maghrébins du Québec : « L'analyse des itinéraires thérapeutiques des personnes interviewées met en évidence une conjugaison systématique et récurrente des usages de la médecine biomédicale et des 'aides informelles', mais également un aller-retour entre pratiques locales et pratiques transnationales » (2009 : 4).

Il est même probable que d'autres migrants sont concernés. La littérature sur les mobilités thérapeutiques s'est particulièrement développée ces dernières années et a mis en exergue toute la diversité des circulations, au delà du seul tourisme médical¹⁹. Pourtant, cette figure de la mobilité que représente le retour au pays reste extrêmement peu explorée au profit de l'étude de celles qui impliquent des individus qui vont chercher des soins hors de leur pays de naissance. « A substantial part of medical travel is of diaspora patients returning 'home' to familiar (and usually cheaper) circumstances. Like border crossers, little has been written on such travellers, because they are of limited significance to the industry, not easy to distinguish and even harder to document. Yet the return migration of Indians effectively instigated medical tourism in India. Many patients travel home to familiar cultural and linguistic circumstances, partly because they cannot understand or afford local health care » (Connell, 2015 : 399). Si des motifs économiques peuvent expliquer de telles mobilités (Stan, 2015),

¹⁷ Voir en particulier les travaux de Jalil Bennani rencontré à Rabat.

¹⁸ Le recours aux tradipraticiens au Maghreb ne doit pas être réduit à une pratique culturelle (croyances et autres). Il s'explique aussi très largement par l'absence d'offre de soins bio-médicaux. Pour l'Afrique plus globalement : Burns, Tomita, 2015.

¹⁹ On parle désormais de transnational health care practices. (Connell, 2015).

nous faisons l'hypothèse avec Connell et à partir de nos données, que les migrants et leurs héritiers peuvent également trouver dans ces recours/retours au pays une confiance et une familiarité culturelle soignants/soignés qu'ils ne trouvent pas dans leur pays d'installation²⁰.

Conclusion

Etudier intégralement les itinéraires thérapeutiques de patients atteints de troubles mentaux nécessite de ne pas les considérer comme la résultante des seules représentations culturelles du corps, de l'esprit et de la maladie. Doivent être pris en compte également des conditions de vie et l'accès au système de santé dans ses différentes dimensions : la connaissance de ce système, le coût, les droits.

On doit tenir compte en outre du fait que tous les malades, migrants ou pas, ont la possibilité de se tourner vers un marché des soins de santé mentale vaste et pluriel. A. Kleinman a proposé une théorie de systèmes de soins qui permet d'ordonner d'une certaine manière cette offre. L'enquête a bien montré que des patients pouvaient chercher de l'aide du côté des secteurs professionnel, populaire, traditionnel. En se centrant sur un seul, il est alors difficile de reconstituer la totalité des itinéraires thérapeutiques. La recherche était moins focalisée sur la question de leur articulation – complémentarité, concurrence, succession – que sur la volonté de présenter une première exploration du secteur traditionnel auxquels recouraient les migrants maghrébins en France. Néanmoins, une thèse est discutée en anthropologie médicale, celle qui explique le recours à des alternatives à la bio-médecine par la recherche d'un sens, d'une réponse à la question pourquoi moi ? auxquels les médecins ne répondraient pas. Or la recherche de sens ne nous paraît pas déterminante pour expliquer le recours à des alternatives par les patients enquêtés. Une partie seulement d'entre eux exprime une insatisfaction vis-à-vis de la psychiatrie et celle-ci concerne plutôt d'une part la réduction des soins à la prescription médicamenteuse et, d'autre part, l'absence de sensibilité culturelle, le sentiment de n'être pas compris dans sa manière de voir le monde, de s'y situer ; une distance culturelle.

Aller plus avant dans l'étude du secteur traditionnel nécessiterait d'interroger les spécialistes non professionnels : les fqih, les imams, les désensorceleurs ; au mieux d'observer leurs pratiques, les rituels auxquels ils se livrent, les traitements qu'ils délivrent. C'est ainsi que l'on pourrait savoir en particulier comment il se développe en France, ce qu'il puise à d'autres traditions, à des ressources présentes sur le sol français, dans quelle mesure et sous quelle forme la tradition se renouvelle et se réinvente.

Le rapport que chacun entretient avec la culture au sein de laquelle il a été socialisé dépend d'un ensemble de conditions sociales, économiques et, pour les migrants, d'une trajectoire migratoire. Nous avons plus particulièrement ici tenté d'examiner le lien entre les recours au secteur traditionnel et les trajectoires migratoires, les relations entretenues avec le pays d'origine, le niveau d'acculturation, les réseaux de sociabilité. Ceux-ci semblent avoir effectivement un lien même si la disponibilité des ressources relevant du secteur traditionnel et le pragmatisme constituent des éléments déterminants.

Notre première exploration d'une facette du pluralisme a laissé de côté la question de la recomposition culturelle ou plutôt, comme nous y incite Hammouche, la question des compositions. Car la notion de recomposition, « malgré les précautions qui l'accompagnent véhicule l'idée de plusieurs ensembles « fixés » dans leurs différences. Comme si « culture » s'entendait dans un temps statique et derrière une clôture spatiale que le métissage remettrait

²⁰ Voir ainsi l'article de G Green qui va dans notre sens : The health pathways of our participants show that Chinese migrants maintain a strong identification with their culture of origin » (2006 : 1506). On trouve également dans cet article de nombreux points communs sur les usages du pluralisme médical (pragmatisme, distance à la 'croyance'...) de migrants résidents dans un pays où la biomédecine est très largement dominante.

en question (...). Il y a constamment un processus de composition qui, selon des rythmes différents dans le temps, apparaît plus ou moins manifestement (2007 : 202). La difficulté consiste à identifier comment et ce que les individus composent, ce qu'ils empruntent, reçoivent de la transmission, trouvent dans le pays d'accueil, d'autant plus si tous les éléments en cause ne cessent d'évoluer.

Dans notre enquête, les compositions ne tiennent pas seulement aux modalités et aux conditions de la transmission. Elles se nourrissent de la mobilité des acteurs qui recourent ici et là-bas, en rapportant du pays d'origine des produits mais aussi des idées, des manières de voir et de faire.

Tandis que nombre de travaux avaient insisté sur les souffrances de l'exil²¹, le déchirement, la double absence²², l'ici ou là-bas, les pratiques – entre autres transnationales - de pluralisme constaté témoignent d'une autre manière de vivre à la fois ici et là-bas, dans un rapport plus serein aux deux pays, et en profitant des ressources que procure chacun d'eux. Pour l'immigration maghrébine en France, la période actuelle ne se caractérise pas uniquement par son caractère colonial ou postcolonial. Si nombre de gestes politiques et des aspects des politiques publiques peuvent, selon certains auteurs, tendre à maintenir et renouveler la domination coloniale sur les pays du Maghreb (Blanchard et. al., 2006), si l'action publique vis-à-vis des migrants et de leurs héritiers repose toujours en partie sur des imaginaires associés à la domination coloniale (Idem) ; les populations concernées construisent par leurs pratiques des relations denses, pragmatiques, routinières, débarrassées de considérations mémorielles et politiques entre la France et le Maghreb.

Bibliographie

AUGE Marc et HERZLICH Claudine (1987) (eds.) *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Montreux, Editions des Archives contemporaines.

AVENEL Cyprien (2009) La construction du " problème des banlieues " entre ségrégation et stigmatisation, *Journal français de psychiatrie*, n° 34, pp. 36-44.

BAUBET Thierry et MORO Marie-Rose (2003) *Psychiatrie et migrations*, Masson.

BELLAKHDAR Jamal (1997) *La pharmacopée marocaine traditionnelle. Médecine arabe ancienne et savoirs populaires*, Ibis press, Le Fennec, Paris, Casablanca.

BENNANI Jalil (1996) *La psychanalyse au pays des saints*, Le Fennec, Casablanca.

BENOIST Jean (1996) *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Karthala.

BENSAAD Ali (Dir.) (2009) *Le Maghreb à l'épreuve des migrations subsahariennes. Immigration sur émigration*, Karthala, Paris.

BIDET Jennifer et WAGNER Lauren (2012), Vacances au bled et appartenances diasporiques des descendants d'immigrés algériens et marocains en France, *Tracés. Revue de Sciences humaines*, Vol. 12, n° 23, pp. 113-130.

BLANCHARD Pascal et BANCEL Nicolas (2007) Culture post-coloniale 1961-2006, *Autrement*, « Mémoires/Histoire ».

²¹ Il ne s'agit pas pour nous de nier cette réalité maintes fois attestée par les cliniciens qui soignent les migrants et que deux de nos interlocuteurs ont manifesté mais d'évoquer une autre réalité, tout autant observable.

²² A propos de la condition de l'émigré-immigré, A. Sayad conclut à son « ubiquité impossible : continuer à être présent même absent et là où on est absent (c'est le sort de l'émigré) et, corrélativement, ne pas être totalement présent, ce qui revient à y être partiellement absent » (1999, 115).

- BURNS Jonathan et TOMITA Andrew (2015) Traditional and religious healers in the pathway to care for people with mental disorders in Africa : a systematic review and meta-analysis, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, Vol. 50, n° 6, pp. 867–877.
- CANT Sarah et SHARMA Ursula (1999) *A New Medical Pluralism ? Alternative medicine, doctors, patients and the state*, UCL Press, London.
- CHAMPION Françoise (2013) Introduction. Des relations entre « religieux » et « psy », *Archives de sciences sociales des religions*, Vol. 3, n° 163, pp. 9-16.
- CHERAK Feza (2013) La thérapeutique de la rouqiya entre Algérie, Egypte et France », in Moulin Anne-Marie, *Islam et révolutions médicales*, Karthala, pp. 297- 328.
- CHLYEH Abdelhafid (1997) *Les Gnaouas du Maroc. Itinéraires thérapeutiques, transe et possession*, La Pensée Sauvage, Paris.
- COGAT-DROULEZ Sandrine (2001) Religion, science et « miracles », le cas de Lourdes », *Socio-anthropologie*, n° 10 [En ligne].
- COHEN Patrice et ROSSI Ilario (2011) Le pluralisme thérapeutique en mouvement, *Anthropologie & Santé* [En ligne], n° 2.
- COLL. (1985) Anthropologie, sociétés et santé, *Sciences sociales et santé*, Volume 3, n°3-4.
- COLL. (2000) Santé, le traitement de la différence, *Hommes & Migrations*, n° 1225.
- COLLET Beate et SANTELLI Emmanuelle (2012) Le mariage « halal », réinterprétation des rites du mariage musulman dans le contexte post-migratoire français, *Recherches familiales*, n° 9, pp. 83-92.
- CONNELL John (2015) From medical tourism to transnational health care ? An epilogue for the future, *Social Science & Medicine*, n° 124, pp. 398-401.
- CUCHE Denys (2012) Migration internationales et transformation des cultures d'origine, in CRENN Chantal, KOTOBİ Laurence, *Du point de vue de l'ethnicité*, Armand Colin, 2012, pp. 43-55.
- DOUVILLE Olivier (2006) Le travail clinique avec des enfants et adolescents issus de la migration, *Champs, psychopathologies et clinique sociale*, vol. 2, pp. 11-20.
- DOZON Jean-Pierre (1983) L'anthropologie médicale : fabrication d'un nouveau regard (Commentaire), *Sciences sociales et santé*, Vol. 1, n°3-4, pp. 37-40.
- EPELBOIN Alain (1996) *Possession par des djinns en région parisienne in Benoit Jean Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Les Éditions Karthala pp. 391-424.
- FASSIN Didier (2000) Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britanniques aux banlieues parisiennes, *L'Homme*, 153 : 231–250.
- FAVRET-SAADA Jeanne (1977) *Les mots, la mort, les sorts*, Folio essais, Paris, Gallimard.
- GABARRO Céline (2018) L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière en France : une prise en charge au titre de la pauvreté et de la compassion, *Migrations Société*, vol. 171, no. 1, pp. 93-104.
- GREEN Gill *et al.* (2006) 'We are not completely Westernised' : Dual medical systems and pathways to health care among Chinese migrant women in England, *Social Science & Medicine*, Vol. 62, pp. 1498–1509.
- HAMMOUCHE Abdelhafid (2007) *Les recompositions culturelles. Sociologie des dynamiques sociales en situation migratoire*, Presses universitaires de Strasbourg.

- HARGREAVES Alec et MATTELART Tristan (2012) Médias et migrations dans le bassin méditerranéen. L'internationalisation des savoirs ?, *Questions de communication*, n° 21, pp. 145-156.
- HOYEZ Anne-Cécile (2012) « L'ayurveda, c'est pour les Français ». Interroger recours aux soins, systèmes de santé et expérience migratoire, *Revue Européenne des Migrations Internationales*, Vol. 28, n° 2, pp. 149-170.
- HOYEZ Anne-Cécile (2011) L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales, *Cybergeo : European Journal of Geography*, document 566 [En ligne].
- IZAMBERT Caroline (2018) La santé des immigré·e·s entre réponse médicale et approche sécuritaire, *Mouvements*, vol. 93, n°1, pp. 51-59.
- KESSLER-BILTHAUER Déborah (2018) Sur le divan des guérisseurs... et des autres. A quels soins se vouer ? Editions des Archives contemporaines.
- KEPEL Gilles (2012) *Quatre-vingt-treize*, Gallimard.
- KHOSROKHAVAR Fahrad (1997) *L'islam des jeunes*, Paris, Flammarion.
- KHROUZ Nadia et LANZA Nazarena (Dir.) (2015) *Cosmopolitisme, présence d'étrangers et transformations sociales*, Centre Jacques-Berque.
- KLEINMAN Arthur (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, Berkeley, University of California Press.
- KUCZYNSKI Liliane (2008) Attachement, blocage, blindage, *Cahiers d'études africaines*, n° 189-190 [en ligne]
- LACOSTE-DUJARDIN Camille (1996) *Des mères contre les femmes. Maternité et patriarcat au Maghreb*, Paris, La Découverte.
- LAPLANTINE François (1976) *La médecine populaire des campagnes françaises aujourd'hui*, éditions J.-P. Delarge.
- LAPLANTINE François (1982) La Maladie, la guérison et le sacré, *Archives de sciences sociales des religions*, Vol. 1, n°54, pp. 63-76.
- LAPLANTINE François (1986) *Anthropologie de la maladie*, Payot.
- LE GALL Josiane et MONTGOMERY Catherine (2009) *Itinéraires thérapeutiques des nouveaux arrivants du Maghreb au Québec : entre le local et le transnational, Santé et mobilités au Nord et au Sud*, Colloque AMADES.
- LEMONNIER Clara (2016) Confidences féminines et sorcellerie : une ethnologie des émotions en terrain sensible, *Parcours anthropologiques*, n°11 [En ligne].
- LENCLUD Gérard (1987) La tradition n'est plus ce qu'elle était... Sur la notion de "tradition" et de "société traditionnelle" en ethnologie, *Terrain*, n° 9, pp. 110-123.
- LEPOUTRE Davis (1997) *Cœur de banlieue. Codes, rites et langages*, Odile Jacob
- LOUX Françoise (1974) Transmission culturelle chez les catholiques et les protestants : les soins corporels à Chardonneret , *Ethnologie française*, tome 4, n° 1-2, pp. 145-178.
- MA MUNG Emmanuel *et. al.* (1998) *Bilan des travaux sur la circulation migratoire : Rapport final*, commandé par le Ministère de la Solidarité et de l'Emploi, Direction de la Population et des Migrations (DPM).

- MARCELLINI Anne, Turpin Jean-Philippe, Rolland Yannick et Ruffié Sébastien (2000) Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine, *Corps et culture*, n° 5, [En ligne].
- MONTEILET Nicolas (2005) *Le pluralisme thérapeutique au Gabon*, Karthala, Paris.
- MORO Marie-Rose et BAUBET Thierry (2013) *Psychopathologie transculturelle*, Masson.
- NATHAN Thobie (1994) *L'influence qui guérit*, Odile Jacob.
- PALAZZOLO Jérôme, MIDOLB Nancy et CANDAU Joël (2008) Vers une gestion autonome de la médication en psychiatrie ? Approche anthropologique, *Annales Médico-psychologiques*, Volume 166, n° 9, pp. 717–726.
- PORDIE Laurent (2011) Se démarquer dans l'industrie du bien-être. Transnationalisme, innovation et indianité, *Anthropologie & Santé*, n° 3.
- RAINEAU Clémentine (2002) Maladie et infortune dans l'Auvergne d'aujourd'hui. Médecins, malades et guérisseurs d'un bourg montagnard à l'hôpital, *Ruralia*, n° 10/11 [En ligne].
- RAZY Élodie et BABY-COLLIN Virginie (2011) La famille transnationale dans tous ses états, *Autrepart*, Vol. 1, n°57-58, pp. 7-22.
- RECHTMAN Richard (2000) De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatres, *Hommes et Migrations*, n° 1225, pp. 46-61.
- RECHTMAN Richard (2010), La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité. Perspectives historiques et enjeux actuels, in FASSIN Didier (Dir.), *Les Nouvelles Frontières de la société française*, Paris, La Découverte
- SAKOYAN Juliette (2008) Approche anthropologique de la représentation de l'autisme en situation migratoire : les mères d'origine comorienne confrontées à l'autisme, *L'Information Psychiatrique*, Vol. 81, n° 4, pp. 325-332.
- SAKOYAN Juliette, MUSSO Sandrine et MULOT Stéphanie (2011) Quand la santé et les médecines circulent, *Anthropologie & Santé*, n° 3, pp. 1-13.
- SAYAD Abdelmalek (1999) *La Double Absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Seuil.
- SCHMITZ Olivier (ed.) (2006) *Les médecines en parallèle – Multiplicité des recours au soin en Occident*, Paris, Karthala, collection Soins d'ici, Soins d'ailleurs.
- SICOT François et TOUHAMI Slimane (2015) Les professionnels français de la santé mentale et la culture de leurs patients étrangers ou d'origine étrangère, *Anthropologie et santé*, n° 10 [en ligne].
- SINDZINGRE Nicole (1985) Présentation : tradition et biomédecine, *Sciences sociales et santé*. Vol. 3, n°3-4, 1985, pp. 9-26.
- STAN Sabina (2015) Transnational healthcare practices of Romanian migrants in Ireland : Inequalities of access and the privatisation of healthcare services in Europe, *Social Science & Medicine*, n° 124, pp. 346-355.
- STREIFF-FENART Jocelyne (2006) À propos des valeurs en situation d'immigration : questions de recherche et bilan des travaux, *Revue française de sociologie*, Vol. 47, n° 4 pp. 851-875.
- STREIFF-FENART Jocelyne et POUTIGNAT Philippe (1995) *Théories de l'ethnicité*, Presses Universitaires de France.

TARRIUS Alain (1993) Territoires circulatoires et espaces urbains : Différentiation des groupes migrants, *Les Annales de la recherche urbaine*, n°59-60, pp. 51-60.

TILLON Germaine (1966) *Le Harem et les cousins*, Paris, Le Seuil.

TOUAG Hanifa (2012), Guérir par l'islam : l'adoption du rite prophétique - Roqya – par les salafistes en France et en Belgique in MARECHAL Brigitte et ASRI Farid (2012) *Islam belge au pluriel*, PUL, Louvain.

TOUHAMI Slimane (2010) *La part de l'œil. Une ethnologie du Maghreb de France*, CTHS, Paris.

WANG Simeng (2017) *Illusions et souffrances. Les migrants chinois à Paris*, Rue D'Ulm Eds.

WANG Simeng (2016) « Aidez-nous à comprendre vos Chinois ! ». Conditions de possibilités de la légitimation du sociologue en milieu psychiatrique, *Genèses* Vol. 4, n° 105, pp. 141-156.