



HAL
open science

Itinéraire thérapeutique : soigner avec la quête de sens

Alice Ranorojaona-Pèlerin

► **To cite this version:**

Alice Ranorojaona-Pèlerin. Itinéraire thérapeutique : soigner avec la quête de sens. Travaux & documents, 2016, Perceptions, représentation, compréhension, 50, pp.59–70. hal-02267903

HAL Id: hal-02267903

<https://hal.univ-reunion.fr/hal-02267903v1>

Submitted on 17 Feb 2020

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.

Itinéraire thérapeutique : soigner avec la quête de sens

Alice RANOROJAONA-PÉLERIN¹

RÉSUMÉ

Notre recherche consiste à développer et légitimer une manière de soigner qui prenne en compte les parcours de vie de patients en souffrance. Il s'agit de ceux qui ont des examens normaux, et continuent à souffrir. Cette démarche relève des psycho-traumatismes, des deuils non faits, des souffrances héritées des parents, voire des ancêtres. Elle intègre leurs croyances, leur culture et leur spiritualité. L'anamnèse est guidée par leurs émotions, leur histoire et leur vécu. Dans ce travail commun, soigné et soignant apportent chacun leurs éléments, sans hiérarchie, ni jugement. Ils sont équivalents et complémentaires, comme deux marcheurs dont l'un détient la carte, et l'autre, la boussole. Une fois établie la relation entre les désordres de sa vie, ses émotions, et ses troubles, cela donne du sens, et remet de l'ordre intérieurement. Le soignant accompagne alors le soigné pour qu'il puisse repérer les personnages restés en souffrance en lui pour les apaiser. Un tri est fait, déterminant les liens à garder, permettant d'écrire une nouvelle version de son histoire dans son langage culturel. Et ses troubles disparaissent. Cette méthode holistique de soin met l'Humain au centre de la démarche et fait appel à la pluridisciplinarité. Elle nécessite un changement de paradigmes.

INTRODUCTION

Le contexte de cette étude est spécifique. La Réunion, île volcanique française de l'océan Indien vieille de 3 millions d'années, peuplée seulement depuis 353 ans, a concentré dans son histoire, l'esclavage, le système colonial des sociétés de plantation, les deux guerres mondiales, la départementalisation, la mondialisation avec une évolution fulgurante vers le monde moderne, notamment sur le plan médical. Selon Laurence Pourchez, « elle a, depuis peu, effectué sa transition démographique et épidémiologique, dont la mortalité infantile a subi, en l'espace d'une cinquantaine d'années, l'une des baisses les plus spectaculaires au monde... »². Son peuplement a connu des vagues de migrations successives qui continuent jusqu'à ce jour, dans des contextes divers et multiples, souvent chargés de souffrances. Cette particularité a imposé à sa jeune popula-

¹ L.CF, Université de La Réunion, norolisy@gmail.com.

² L. Pourchez, « Institutions scolaires et culture réunionnaise », in *Anthropologies de La Réunion*, Christian Ghasarian (dir.), Paris, Éditions des Archives Contemporaines, 2013, p. 98.

tion un métissage avec une dynamique d'adaptation qui lui est propre, donnant naissance à une culture créole. L'on peut observer, en condensé et en accéléré, les conséquences de cette histoire, qui reflètent, à l'échelle individuelle les problématiques de l'histoire de l'Humanité avec la diversité des facettes de la vie d'un être humain, car chaque individu de cette société représente un creuset multiculturel et multi-culturel, du fait de ses multiples origines. Cette situation implique que les problématiques retrouvées dans cette population sont assez représentatives de la complexité humaine, justifiant le terme de « laboratoire »¹ pour les Sciences Humaines, que de nombreux chercheurs, avant nous, lui ont attribué. Leur résolution peut être considérée ainsi comme transposable à l'échelle de notre humanité. De fait, les itinéraires thérapeutiques tiennent une grande place dans cette société. Cette situation reflète l'empreinte de cette grande diversité et la nécessité d'apporter une réponse autre que biomédicale aux maladies.

La population cible de notre recherche est composée des cas non résolus par notre pratique médicale qui nous ont amené à développer une méthode d'approche globale des soins. En effet, si notre médecine s'attache à chercher une cause au dysfonctionnement physiologique qu'est la maladie, l'être humain éprouve, en plus, le besoin de donner du sens à sa souffrance pour répondre aux questions : « pourquoi moi, pourquoi lui, pourquoi maintenant ? »², afin d'assurer un lien cohérent avec les divers domaines de son existence, et rétablir un certain ordre. Il s'agit plus, pour le soignant, de l'accompagner à se soigner, que de le soigner, à proprement parler. En effet, c'est l'intéressé lui-même, après avoir donné du sens, qui remet de l'ordre intérieurement, et fait disparaître, ou stabilise ses troubles.

NOUVEL ITINÉRAIRE THÉRAPEUTIQUE

Le but de la nouvelle démarche de soin consiste à proposer un itinéraire thérapeutique qui montre qu'accompagner une personne pour qu'il donne du sens à sa souffrance lui permet de remettre de l'ordre intérieurement et d'en venir à bout. Au-delà du fait de soulager la souffrance du demandeur de soin, celle de sa famille et de son entourage, notre étude propose une ouverture de notre manière de soigner vers la pluridisciplinarité, au bénéfice de l'humain. En effet, la problématique consiste à cerner la place de l'humain dans les soins

¹ C. Ghasarian, « Introduction à la complexité réunionnaise », in *Anthropologies de La Réunion*, *op. cit.*

² O. Taieb, F. Heidenreich, T. Baubet, M.R. Moro, « Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle », *Médecine et maladies infectieuses*, 35(2005), 20 avril 2005, p. 173-185. Disponible en ligne : <http://france.elsevier.com/direct/MEDMAL/>, consulté le 9 janvier 2016.

qu'on lui propose. D'où notre approche humaniste qui se situe dans le sillage de Gregory Bateson¹ et Abraham Maslow².

Notre expérience, après un quart de siècle d'exercice en Médecine Générale, nous a permis de réaliser le coût exorbitant du « nomadisme » médical et des longues listes d'examens paracliniques engendrées par la souffrance de ces personnes, sans compter les risques d'effets secondaires aussi bien pour le diagnostic que pour la thérapeutique. L'analyse des diverses situations et leur compréhension débouche sur la prévention. C'est le cas par exemple pour les enfants nés après un décès, qui risquent d'être perçus comme des enfants de remplacement. Enfin, la rééquilibration de la relation entre le demandeur de soin et le soignant contribue à l'évolution de notre système de soins et révèle à chacun sa capacité à se prendre en mains.

Les apports de cet itinéraire thérapeutique débouchent donc sur la prévention, impactent le secteur économique, influent sur le décloisonnement de notre fonctionnement et l'humanisation de notre système de soins et de notre société.

UNE DÉMARCHE PLURIDISCIPLINAIRE

L'expérience montre que, compte-tenu d'une certaine unicité du parcours d'humain, nous sommes tous confrontés aux mêmes événements engendrant le malheur, tels la mort, la séparation, les conflits, les accidents, les faillites, la violence, etc. Et nous partageons une identité commune d'être humain, ressentant les mêmes émotions et sentiments de manière variable et à des degrés divers, dans les situations de souffrance. Sur la liste de ces émotions figurent quasi-systématiquement les mêmes éléments : tristesse, colère, peur, regrets, sentiment d'abandon, d'injustice, ou de culpabilité, parfois honte, dégoût. Nous sommes particulièrement à l'affût de ces éléments qui nous guident, tel un fil d'Ariane, comme le préconise Thierry Tournebise³. En effet, finir le deuil de la situation de souffrance consiste à s'en débarrasser symboliquement. Partant des émotions que nous constatons pendant la consultation, nous recherchons ces mêmes éléments dans les événements révélés par le géno-sociogramme. Nous nous attachons à rechercher tout ce qui pourrait être à l'origine des mêmes émotions, aussi bien dans ce qui a été vécu directement par l'intéressé que dans ce qui lui a été rapporté et transmis. Nous partons à la recherche d'une transmission intergénérationnelle.

¹ J.-J. Wittezaele, « L'écologie de l'esprit selon Gregory Bateson », in *Écopolitique now, Multitudes* n°24, 2006, en ligne, <http://spiralconnect.univ-lyon1.fr/spiral-files/download?mode=inline&data=2161278> consulté le 9 septembre 2016.

² T. Tournebise, « Abraham MASLOW Psychologie humaniste... à redécouvrir », 2008, <http://www.maicusthesie.com/> consulté le 9 août 2016.

³ T. Tournebise, *L'Écoute thérapeutique*, Nanterre, ESF Éditions, 2005.

Nous nous intéressons alors à ses liens sociaux, aux différents événements de sa vie ainsi qu'aux émotions et sentiments qui s'y rapportent et qui l'affectent au quotidien. Ceci explique le recours à la pluridisciplinarité qui est incontournable dans cette démarche. Il nous est primordial de veiller à l'absence de hiérarchisation et de rapport de pouvoir dans le maniement de ces disciplines, ainsi que dans la relation que nous avons avec notre demandeur de soin. Pour cette partie qui lui permet de donner du sens, il est le seul guide authentique qui peut restituer son vécu et son interprétation, de manière juste. Il constitue un partenaire indispensable, non substituable, pour le soignant. Il est aussi le seul à pouvoir remettre de l'ordre en son for intérieur. Le rôle du soignant consiste à impliquer son savoir et ses connaissances, et à mettre à disposition les mêmes domaines d'être humain afin d'apporter d'autres angles de vue et de décortiquer et décoder avec lui la matière qu'il lui apporte.

DE LA NÉCESSITÉ DE CHANGER DE PARADIGMES

Ceci nécessite un changement de paradigmes important par rapport à notre formation biomédicale initiale. C'est l'atteinte des limites du paradigme de la discipline biomédicale qui nous ouvre et nous appelle vers l'anthropologie. Nous passons du système biomédical, avec un paradigme dualiste et cartésien, dans un rapport de pouvoir, séparant le corps de l'esprit, vers un paradigme constructiviste, où nous allons co-construire avec la personne concernée, une nouvelle version « apaisée » de son histoire, dans un rapport d'équivalence et de complémentarité. Notre démarche s'intéresse autant à son corps qu'à son esprit, à ses liens humains et son rapport avec les différents aspects de son existence. En effet, un être qui souffre interagit toujours avec son entourage familial et social.

Il ne s'agit pas, pour nous, d'opposer, ni de faire rivaliser l'anthropologie et la biomédecine, mais de bénéficier de la synergie qui permet de compléter les apports de l'une avec ceux de l'autre. Nous ne quittons pas notre statut de médecin pour être anthropologue, et nous ne renions pas celui d'anthropologue pour pratiquer la médecine. Nous sommes dans l'interaction, dans l'élaboration d'un pont entre les deux.

Ce qui oriente notre regard vers l'histoire de la personne, c'est l'incohérence entre une situation clinique de souffrance et la normalité des examens paracliniques biomédicaux pour l'explorer. Ceci nous pose les limites du paradigme de notre discipline biomédicale et nous appelle à nous ouvrir vers une partie habituellement non investie par le système biomédical : celle de l'intéressé, avec son histoire d'Humain. Cette dernière fait appel aux représentations qu'il a de son corps, de sa maladie, selon sa culture, son psychisme, sa spiritualité, son langage symbolique, sa philosophie. Notre constat est que la maladie est en rapport avec les malheurs qui jalonnent sa vie, par le biais de ses émotions.

L'exploration des divers domaines de sa vie nécessite un langage qui lui est adapté, et qui respecte son intégrité. Ces domaines relèvent de l'anthropologie.

Nous faisons appel aux notions de système de soins et de modèle explicatif, ainsi qu'aux concepts de « *disease, illness, sickness* » décrits par Arthur Kleinman qui désignent la maladie, respectivement du point de vue du corps médical, du malade et de son environnement social¹.

De la même manière qu'il cherche à établir un diagnostic biomédical, à la recherche d'une cause, le soignant mobilise ici son expérience personnelle d'Humain, son savoir et ses connaissances pour faire un « diagnostic anthropologique », en collaboration avec celui qu'il accompagne, pour donner du sens. Il procédera de même pour la thérapeutique. D'où la réflexivité de notre démarche.

L'on comprend la nécessité de poser au préalable un cadre de non-jugement, ainsi qu'une relation d'équivalence et de complémentarité entre le soignant et le demandeur de soin. C'est ce qui situe le champ de notre recherche en Anthropologie interprétative de la Santé réflexive, dans l'esprit de Byron Good², et la suite des travaux de Jean Benoist³ pour ses recherches en milieu créole, avec une orientation ethno-psychiatrique. Compte-tenu de la diversité de notre terrain multiculturel et multi-culturel à La Réunion, notre référence est le centre Georges Devereux⁴ dirigé par Tobie Nathan et Marie Rose Moro⁵.

La méthodologie est qualitative et analytique. Elle est basée sur les récits de vie que nous analysons avec le génosociogramme. Cet outil nous vient de Jacob Lévy Morano. Il est adapté par Anne Ancelin Schützenberger⁶, créatrice de la psycho-généalogie. La population est tout venant, des deux sexes, sans distinction d'âge, d'origine ni de niveau socio-culturel. Notre proposition thérapeutique consiste à substituer un nouveau vécu à l'ancien, en sollicitant le domaine sensoriel. Elle repose sur la théorie psycho-sensorielle de la psycho-traumatologie. Cela débouche sur la réalisation d'actes rituels élaborés en accord avec l'intéressé. Ces actes symboliques nouvellement posés marquent le changement de statut de la personne.

¹ Ce psychiatre américain et professeur d'anthropologie médicale à Harvard mène de nombreuses recherches sur les variations culturelles qui peuvent interférer dans la perception de telle ou telle maladie mentale.

² B.J. Good, *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu* Sylvette Gleize (trad. de l'anglais), Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, « Les Empêcheurs de penser en rond », 1998.

³ J. Benoist, *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, Presses Universitaires de France, « Les Champs de la Santé », 1993 et *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 1996.

⁴ Le centre Georges Devereux est le premier centre clinique de psychologie universitaire en France. Il aborde l'ethnopsychiatrie, l'ethnopsychanalyse et la psychiatrie transculturelle, sous la direction de Tobie Nathan. <http://www.ethnopsychiatrie.net/consulte> le 24/10/2016.

⁵ O. Taieb, F. Heidenreich, T. Baubet, M.R. Moro, « Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle », *op. cit.*

⁶ A.-A. Schützenberger, *Aïe, mes aïeux !*, Paris, Desclée De Brouwer, 2015.

Notre démarche de soin passe par différentes étapes, de la nomination à la transformation, en passant par l'acceptation, afin de laisser la personne re-naître à une nouvelle version de l'histoire. Nous ne pouvons pas changer son histoire mais nous pouvons changer le vécu qu'il en a. Il est essentiel d'identifier et nommer ce qui est à l'origine de la souffrance. La première étape consiste à recenser tout événement susceptible d'entraîner une souffrance sur sa trajectoire de vie personnelle, allant jusqu'au trans-générationnel, ainsi qu'à dresser la liste des émotions et sentiments qui s'y rapportent. C'est l'analogie du contenu « émotionnel » entre ces différents événements qui permet ensuite de faire le rapprochement avec les troubles actuels. Les outils pour cette investigation sont le récit de vie, affiné par le génosociogramme pour réaliser une analyse trans-générationnelle. Il en ressort diverses thématiques, qui seront illustrées par des cas cliniques dans cette recherche. Le cabinet de médecine générale où nous exerçons depuis 26 ans constitue le terrain d'étude. Sans être exhaustif, dans les cas à traiter, nous pouvons citer :

- Les deuils non faits. C'est la situation la plus répandue.
- Les psycho-traumatismes qui perdurent même après de très nombreuses années. Ils sont d'autant plus expressifs que leur lien avec la situation actuelle n'est pas établi.
- Les problèmes de procréation : bon nombre de cas de stérilité à bilan normal ont été résolus par un diagnostic anthropologique.
- Les syndromes de date anniversaire. Ils figurent parmi les plus spectaculaires dans la résolution du problème à partir du moment où la personne fait le lien.
- Les statuts d'enfant de remplacement¹ ou ceux qui consistent à grandir à l'ombre d'un ou plusieurs morts : cas particulièrement fragilisant et prédisposant à des troubles de personnalité et à des risques suicidaires.
- Les cas de violence : ils expriment la colère de manière prédominante. La plupart du temps, il existe deux situations de souffrance qui convergent dans une situation de violence. Amener les protagonistes à le réaliser et localiser le problème dans l'histoire, et non sur les personnes, permet de sortir de la relation de face-à-face, et dirige leurs regards dans la même direction, celle de leur histoire.
- Les idées suicidaires.
- Les non-dits et les secrets de famille, excellents indicateurs de l'existence d'une souffrance méconnue.
- Le conflit de loyauté dont l'aliénation parentale, responsable de nombreux cas de syndrome dissociatif ou de schizophrénie.

¹ Maurice Porot, *L'Enfant de remplacement*, Paris, Éditions Frison Roche, 1994.

- Les phénomènes de répétition que le génosociogramme met particulièrement en lumière.
- Les mal-morts (suicide, assassinat, mort violente par accident ou maladie,...).

Le point commun entre toutes ces situations est que le deuil n'en est pas fait. La thérapeutique consiste à amener la personne à réaliser ces deuils. C'est par la similitude entre les émotions recensées dans les anciennes situations, et celles de la situation actuelle, que nous orientons le regard de la personne pour établir le lien entre ses troubles, ces événements et son vécu actuel.

Une des hypothèses qui guide cette attitude consiste dans l'idée que la personne peut véhiculer une souffrance dont elle a hérité les émotions de son histoire familiale, et dont elle n'est pas consciente. Nous parlons ici « d'héritage émotionnel ». L'anamnèse recherche autant à recenser cet héritage émotionnel que les souffrances directes du patient. Il revient au soignant de l'amener à la conscience du patient, car il s'agit d'un travail en pleine conscience.

La reconnexion de l'intéressé avec ses émotions est suivie par leur *catharsis* et leur évacuation. C'est là qu'il accède au sens, à travers les liens entre son présent et les éléments de son histoire passée. Nous avons créé un outil conceptuel, inspiré de la conception des liens entre le monde des vivants et celui des défunts dans notre culture malgache. Nous l'avons appelé « schéma de Ranoro ». Il permet de visualiser ces liens et d'illustrer le deuil à effectuer. La confusion des mondes des vivants et des morts constitue un désordre important dans la culture malgache, où la place dédiée au culte des ancêtres reflète l'intérêt de remettre cet ordre dans cette société. Quand le deuil n'est pas fait, cela veut dire que la personne recherche le défunt dans son monde de vivant, et réalise qu'il manque, car elle ne l'a pas posé à sa juste place, dans le monde des défunts. Cette étape consiste à le poser dans son monde, à l'image du culte des ancêtres pratiqué chez les Malgaches¹. Les demandeurs de soin acceptent de procéder à cette séparation, seulement parce qu'ils savent que ce lien n'est pas coupé définitivement et que l'on décide de maintenir le lien d'amour. On aborde ici le domaine du sacré. Il arrive que nous abordions ensemble des thèmes de religion. On comprend encore plus, ici, l'importance de l'absence de tout jugement. L'on procède à une véritable dissection dans la liste d'émotions pour en extirper l'amour, avant de jeter tout le reste. Le schéma de Ranoro dissocie deux strates opposées de sentiments qui relient les vivants et les morts. L'amour en constitue le sommet tandis que les sentiments négatifs en constituent le plancher.

¹ C. Rabesahala-Randriamanananoro, *La Religion malgache ancestrale pratiquée*, Paris, Les Impliqués Éditeurs, 2014. Voir aussi R. Djaovelo-Dzao, *Rites, mythes et transes à Madagascar. Angano, Joro et Tromba Sakalava*, Antananarivo, Éditions Ambozontany - Paris, Éditions Karthala, 1996.

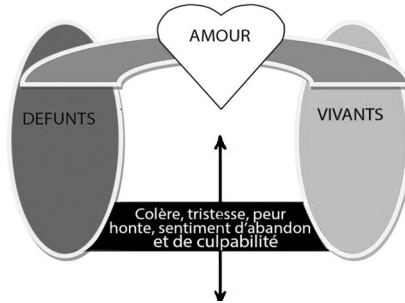


Figure 1 : Schéma de Ranoro : Les deux strates de sentiments reliant défunts et vivants

À la vue du lien de souffrance qui figure dans la partie inférieure de ce schéma (cf. figure 1), on peut faire réaliser à l'intéressé que le rapport qui le relie à ses défunts passe par plusieurs aspects. C'est un argument symbolique non négligeable. On peut poser à ce moment-là un acte symbolique comme celui qui consiste à couper un papier. Couper le papier au niveau inférieur avec une paire de ciseaux, montre à la personne que le seul lien qui persiste par la suite sera l'amour délesté de tout le négatif. Ce geste représente une étape décisive, et constitue parfois le seul acte rituel qui amène un changement. C'est la preuve que la personne a accepté son histoire et a fait la paix avec ses émotions. Il arrive que certaines personnes demandent à différer cette libération symbolique, ne se sentant pas prêts tout de suite.

On peut mettre en avant quelques notions qui méritent d'être soulignées car elles ont leur importance :

- Celle d'héritage émotionnel, soutenue par l'épigénétique qui atteste que les traumatismes s'inscrivent dans le matériel génétique¹. Ce qui est encourageant c'est que le fait de les soigner permet aussi de les désinscrire.
- L'importance de l'investissement du sensoriel. Le géosociogramme, comme le schéma de Ranoro, constituent des supports visuels condensés de l'histoire et des émotions. Le fait de voir tous ses problèmes réduits à une page, les délocalise symboliquement du for intérieur de la personne. Cela lui donne un certain recul et relativise leur ampleur, d'autant plus que nous marquons à côté de ce schéma, notre nom, celui du lieu, et la date du jour, pour introduire un nouveau repère spatio-temporel, celui de la consultation. Notre propre présence, en tant que témoin, qui ne faisait pas partie de son ancienne histoire met en place des

¹ R. Yehuda, « Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on *FKBP5* Methylation », *Biological Psychiatry*, September 1, 2016, vol. 80, Issue 5, p. 372-380.

repères. Ce changement de repères est un facteur important, que nous lui signifions en toute conscience. Il constitue une sorte de remise du compteur à zéro, pour l'écriture de la nouvelle version.

- La possibilité pour chaque personne de réaliser, à son échelle, les deuils qui sont restés inachevés dans l'inconscient collectif de sa famille, ceux qui concernent des ascendants ou des membres de la fratrie qu'il n'a pas directement connus. Cela revient à définir le nouveau lien qui va unir la personne avec le sujet du deuil. Ici, nous suggérons le seul lien d'amour, sujet que nous n'évoquons pas habituellement dans les soins biomédicaux. Nous traitons alors plutôt l'aspect du sacré abordé en anthropologie.

Nous mobilisons ainsi toute la capacité de la personne que nous accompagnons à accéder au symbolique, et tout se passe dans un langage symbolique. Le conduire à retrouver la paix consiste donc à le guider dans la réalisation du deuil de ces situations de souffrance. Nous avons constaté que le domaine où réside une grande partie de cette souffrance, dans l'histoire humaine, concerne les rapports entre les morts et les vivants, avant de se manifester dans les rapports entre les vivants. Nous recherchons donc systématiquement tout décès dont les traces pourraient receler des émotions potentiellement responsables de souffrance résiduelle. Il en est ainsi pour les décès d'enfant en bas-âge, les fausses couches, les interruptions volontaires de grossesse, les morts violentes (accidents, assassinat, guerre, suicide, morts en grand nombre dans les épidémies...), les disparus dont on n'a pas retrouvé le corps, et tous les décès qui auront été mal acceptés. Parmi les indicateurs pour les dépister figurent les non-dits, les secrets de famille, les addictions (alcool ou drogues), la violence. Nous tenons de Thierry Tournebise la notion que les symptômes sont là pour nous guider vers un personnage resté en souffrance. Ils révèlent le parcours historique de la personne et nous avons juste à les suivre. Tel le fil d'Ariane, ils vont nous guider vers les événements et les émotions que nous recherchons.

Il existe des personnes pour qui le simple fait de donner du sens suffit, pour leur permettre de remettre de l'ordre. On en trouve d'autres qui ont besoin de passer par un acte pour se signifier le changement qu'elles souhaitent, devant témoin, ce qui revient à effectuer un acte rituel dont nous assurons conjointement l'élaboration avec le patient. La base de cette décision rituelle rejoint le même principe que tous les grands rituels répandus dans l'humanité, comme le mariage, le baptême pour ne citer que ces exemples. Mircea Eliade met en avant le fait que c'est la symbolique qui distingue l'espèce humaine des autres espèces animales. C'est le langage basé sur la symbolique, notion commune à tous les humains, qui donne par excellence du sens. C'est le changement de repères qui contribue à la transformation du vécu. Il met symboliquement en actes, un nouveau vécu de la même histoire, qui va se substituer à l'ancien, en accord avec un langage symbolique qui fait sens pour la personne. Il s'agit particulièrement de poser de nouveaux repères temporo-spatiaux, sensoriels, ponctués par notre

présence, pour solder le « compte émotionnel ». Cela revient à remettre le compteur à zéro devant témoin, nous, en l'occurrence. Pour cela, le soigné sollicite l'appareil sensoriel, langage de prédilection de notre cerveau humain, avec lequel il va imprimer la nouvelle version apaisée de l'histoire passée. L'hypothèse investie ici est celle de la théorie psycho-sensorielle¹ qui appartient au domaine de la psycho-traumatologie. Elle définit le psycho-traumatisme comme étant l'effraction des enveloppes psychiques cérébrales par le traumatisme, par la voie sensorielle. Cette notion nous a fait émettre notre hypothèse selon laquelle pour refermer cette brèche, il nous faudra aussi user de la même matière : la voie sensorielle. Ceci explique que les actes que nous suggérons font appel à l'appareil sensoriel, en particulier la vue, l'odorat, le toucher, et l'ouïe, en même temps que nous faisons appel à des valeurs symboliques sacrées comme le feu, l'eau. Nous faisons rejoindre l'aspect symbolique et le langage sensoriel.

Il en ressort une version de l'histoire, déchargée des émotions de souffrance, puisque nous avons fait le choix conscient, de ne garder que l'amour, comme lien résiduel. Il en résulte une modification radicale du rapport que la personne entretient avec la problématique initiale. C'est-à-dire que, si le fait d'évoquer les anciens sujets de deuils non faits provoquait auparavant tout un cortège de réactions émotionnelles, là, il n'en est plus rien. La personne a un rapport serein avec ce sujet. Et, surtout, ses problèmes de santé ont disparu, et/ou, ses liens humains se sont améliorés.

Il s'ensuit une renaissance, avec de nouveaux projets, de nouvelles résolutions que la personne décide souvent de partager avec nous. Nous nous sommes dispensés de « convoquer » le patient pour rendre des comptes, ce qui relève plus d'une attitude biomédicale. Il nous semble intéressant de lui laisser son libre arbitre. Ce lâcher-prise de la part du soignant, sur la suite à venir, fait partie intégrante de la démarche. Il s'agit de lâcher le pouvoir que l'on avait dans le cadre de la formation biomédicale pour permettre au demandeur de soin d'investir sa confiance en lui. Ce que nous estimons de notre ressort, c'est de lui révéler toutes ses compétences à retrouver sa santé et à le garder, et le conforter dans sa capacité à remettre de l'ordre dans les différents domaines de sa vie. Un des messages qui nous semble important est de lui rappeler son devoir à se donner de l'amour, en distinguant bien l'amour de soi de l'égoïsme. C'est ainsi aussi que cette démarche aspire, sans prétention, à participer au développement personnel de la personne et à l'humanisation de notre système de soin.

¹ M.-C. Lenes, « La théorie psycho-sensorielle de l'effraction psychique », <http://psycho-trauma.org/>, consulté le 19 janvier 2016.

CONCLUSION

L'hypothèse vérifiée dans cette recherche est que, la quête de sens permet à la personne de remettre de l'ordre et de rétablir sa santé. Elle répond ainsi à la demande première de celui qui vient consulter, celle qui consiste à le soulager de ses troubles. Mais elle dépasse même de loin cette première attente puisqu'elle lui révèle aussi des éléments sur lui-même et son histoire dont il n'avait aucune idée jusque-là. En outre, notre démarche déborde sur le champ familial et social et revêt même un aspect économique. Enfin, elle ouvre notre fonctionnement scientifique à la pluridisciplinarité et participe au décloisonnement de notre fonctionnement biomédical qui aborde la personne de manière fragmentée, et parfois discordante, quand les différentes disciplines biomédicales ne sont pas en accord. C'est un complément qui nous semble important pour mieux exercer la biomédecine.

BIBLIOGRAPHIE ET SITOGRAFIE

- Benoist J., *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, Presses Universitaires de France, Les Champs de la Santé, 1993.
- Benoist J., *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 1996.
- Centre Georges Devereux, <http://www.ethnopsychiatrie.net/>, consulté le 24 janvier 2016.
- Djaovelo-Dzao R., *Rites, mythes et transes à Madagascar. Angano, Joro et Tromba Sakalava*, Antananarivo, Éditions Ambozontany ; Paris, Karthala, 1996.
- Ghasarian, C., « Introduction à la complexité réunionnaise », in *Anthropologies de La Réunion*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines, 2013.
- Good, B., J., *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*, Sylvette Gleize (trad. de l'anglais), Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, « Les Empêcheurs de penser en rond », 1998.
- Laplantine F., « Georges Devereux, un savant entre les rives », *La Vie des idées*, 19 novembre 2013, disponible en ligne, <http://www.laviedesidees.fr/Georges-Devereux-un-savant-entre.html>
- Lenes, M.-C., « La théorie psycho-sensorielle de l'effraction psychique », <http://psycho-trauma.org/>, consulté le 19 janvier 2016.
- Porot, M., *L'Enfant de remplacement*, Paris, Éditions Frison Roche, 1994.
- Pourchez, L., « Institutions scolaires et culture réunionnaise », dans *Anthropologies de La Réunion*, Christian Ghasarian (dir.), Paris, Éditions des Archives Contemporaines, 2013, p. 98.
- Rabeshala-Randriamanananoro, C., *La Religion malgache ancestrale pratiquée*, Paris, Les Impliqués Éditeurs, 2014.
- Schutzenberger, A.-A., *Aïe, mes aïeux !*, Paris, Desclée De Brouwer, 2015.
- Taieb O., Heidenreich F., Baubet T., Moro M.R., « Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle », 20 avril 2005, consulté le 9 janvier 2016. *Médecine et maladies infectieuses* 35(2005), p. 173-185. Disponible en ligne : <http://france.elsevier.com/direct/MEDMAL/>.

- Tournebise T., « Abraham MASLOW Psychologie humaniste... à redécouvrir », 2008, <http://www.maicusthesie.com/> consulté le 9 août 2016.
- Tournebise, T., *L'Écoute thérapeutique*, Nanterre, ESF Éditions, 2005.
- Wittezaele, J.-J., « L'écologie de l'esprit selon Gregory Bateson », in *Écopolitique now*, *Multitudes* n°24, 2006, <http://www.multitudes.net/category/1-edition-papier-en-ligne/multitudes-24-printemps-2006/majeure-ecopolitique-now/> consulté le 20 janvier 2016.
- Yehuda, R., "Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on *FKBP5* Methylation", *Biological Psychiatry*, Volume 80, Issue 5, September 1, 2016, p. 372-380.