

Possession et ensorcellement comme « maladies chroniques »
Représentations et prises en charge chez les acteurs de la rouqya

Fatima Zohra Cherak

Émulations - Revue de sciences sociales
2018, n° 27, « Les maladies chroniques dans les Suds. Expériences, savoirs et politiques aux marges de la santé globale ».

Article disponible à l'adresse suivante

<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations/article/view/cherak>

Pour citer cet article

Fatima Zohra Cherak, « Possession et ensorcellement comme “maladies chroniques”. Représentations et prises en charge chez les acteurs de la rouqya », *Émulations*, n° 27, Mise en ligne le 10 mars 2019.
DOI : 10.14428/emulations.027.07

Distribution électronique : Université catholique de Louvain (Belgique) : ojs.uclouvain.be

© Cet article est mis à disposition selon les termes de la Licence *Creative Commons Attribution, Pas d'Utilisation Commerciale 4.0 International*. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Éditeur : Émulations – Revue de sciences sociales / Presses universitaires de Louvain
<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations>

ISSN électronique : 1784-5734

Possession et ensorcellement comme « maladies chroniques »

Représentations et prises en charge chez les acteurs de la *rouqya*

Fatima Zohra Cherak¹

[Résumé] La *rouqya*, visible depuis les années 1990 en Algérie et en Égypte, se présente comme une pratique thérapeutique islamique. Ses acteurs, les malades et leurs familles, s'interrogent sur la maladie et le malheur qui perdurent. Leur itinéraire thérapeutique s'appuie sur la biomédecine et d'autres soins non conventionnels où la maladie « naturelle » côtoie les entités surnaturelles également tenues responsables de la souffrance. Les symptômes sont interprétés, évalués, pris en charge dans un processus de quête de guérison durant des mois, voire des années. La *rouqya* inscrit la souffrance dans la logique d'une agression extérieure par les djinns et les jeteurs de sort. Bien que Dieu soit reconnu comme acteur suprême, l'étiologie de la possession et de la sorcellerie est privilégiée pour expliquer une certaine chronicité de la maladie et la permanence ou le renouvellement du malheur, d'où l'intérêt de l'engagement thérapeutique dans un modèle exorcistique tel que la *rouqya*.

Mots-clés : *rouqya*, maladie chronique, soins, islam, Algérie, Égypte.

[Abstract] The *ruqya*, visible since the 1990s in Algeria and Egypt, is presented as an Islamic therapeutic practice. Its actors, the sick and their families, wonder about the illness and the misfortune that endure. Their therapeutic route is based on biomedicine and other unconventional treatments where the "natural" disease, is associated with the supernatural entities also held responsible for the suffering. The symptoms are interpreted, evaluated, supported in a process of seeking healing for months or even years. The *ruqya* inscribes suffering in the logic, of an external aggression by the jinns and the spellcasters. Although God is recognized as the supreme actor, the etiology of possession and witchcraft is privileged to explain a certain chronicity of the disease and the permanence or renewal of misfortune, hence the interest of therapeutic commitment in a model of exorcism like the *ruqya*.

Keywords: *ruqya*, chronic illness, care, Islam, Algeria, Egypt.

Introduction

La *rouqya*², inspirée d'une éthique médicale islamique (Longuenesse, 1995 : 12), est médiatisée en Algérie et en Égypte depuis les années 1990 dans un contexte d'activisme

¹ Docteure en anthropologie, chercheure associée au GRAS, Université d'Oran 2, Algérie.

islamique, de développement du secteur sanitaire privé (Mebtoul, 2004), et d'expansion des associations et des cliniques islamiques (Ben Néfissa, 1993 ; Turc, 2013). Focalisée sur le thérapeutique, fondée sur le Coran tout en s'adaptant à la modernité, la *rouqya* se positionne à l'antipode des représentations et des pratiques traditionnellement connues (*talebs*³, *zar*⁴, saints, confréries, devins) et jugées illicites par les *râqis*⁵, praticiens de la *rouqya*, et leurs adeptes. Les rituels de *rouqya* que j'ai observés au cours de mes enquêtes anthropologiques (Cherak, 2007) en Algérie (Oran, villages d'Es-Senia⁶, de Sîdi al-Bachîr⁷, de Hâssi Mafsoûkh⁸ : 1998, 1999, 2001 à 2003, 2007) et en Égypte (Le Caire, Sendoub, un village de Mansoura : 1999, 2001) ainsi que d'autres soins, liés à la médecine du prophète : *al-Tib al-Nabawî* (Al-Suyûtî, 1997), m'ont permis d'appréhender la problématique de la maladie et de la souffrance persistantes ainsi que de leur gestion au sein de plusieurs structures (biomédecine, *rouqya* et soins traditionnels).

Comment aborder la notion de « maladie chronique » chez les acteurs de la *rouqya* ? Ces acteurs distinguent-ils les maux où la biomédecine intervient dans le diagnostic et les soins et « d'autres » maux inscrits aussi dans la longue durée à soigner autrement ? Le fait de considérer un mal comme « banal » et un autre comme « préoccupant » a-t-il un impact sur la conception de la maladie chronique ou du mal permanent ?

Pour comprendre comment les savoirs profanes et biomédicaux sont mobilisés, appropriés, transformés, adaptés et utilisés par ces acteurs afin de répondre à un mal « banal » ou « sérieux », j'interroge les représentations et les pratiques qu'adoptent les malades et leurs familles pour surmonter l'absence ou le peu de prise en charge de la maladie et de l'infortune. Celle-ci semble aussi, à leurs yeux, agir sur la santé et la vie sociale et professionnelle du souffrant.

² Selon Toufic Fahd, *rouqya* vient « de la racine r k w/y signifiant "monter", "escalader" (cf. Kur., XVII, 93 ; XXXVIII, 10) ; Kur., LXXV, 27 y ajoute la notion d'"enchanteur", "guérisseur", "magicien" » (http://referenceworks.brillonline.com/entries/encyclopedia-de-l-islam/*-SIM_6333).

³ *Taleb*, littéralement « étudiant », équivalent au *Fqîh* au Maroc (Lahlou, 1986 : 128), désigne en Algérie le guérisseur, produit d'enseignement religieux dans une *zaouïa*. Maîtrisant le Coran, il éduquait les enfants. Il se consacre aux soins des attaques occultes pour lesquelles il écrit des amulettes, procède aux exorcismes, prescrit des sacrifices d'animaux.

⁴ Le *zar* est connu comme pratique thérapeutique en Égypte (Sengers, 2003) et en Éthiopie (Leiris, 1989).

⁵ Les *râqis*, pluriel de *râqi*. À Oran, le terme *Mouraqqi* est aussi utilisé. En Égypte, « *Mou'âlig bil qor'ân* : thérapeute au Coran » (Sengers, 2003) est l'équivalent du terme traditionnel « cheikh ».

⁶ Es-Senia, commune d'Oran, environ 6 km au Sud d'Oran.

⁷ Sîdi-al-Bachîr, banlieue de la ville d'Oran, environ 11 km au Nord-Est d'Oran.

⁸ Hâssi-Mefsoûkh, commune d'Oran, environ 26 km au Nord-Est d'Oran.

La famille du malade fait appel à ses réseaux pour expliquer la maladie et la traiter. Le souffrant croise ses représentations personnelles avec celles de son entourage pour nommer sa maladie, la classer et envisager des soins, en associant la *rouqya* et/ou les pratiques traditionnelles à la biomédecine ou en rompant avec cette dernière.

1. Le discours sur l'origine des maux

Dans les représentations collectives (Algérie, Égypte), les maladies « naturelles » sont attribuées à l'autorité divine (Radi, 1996 : 169), bien que les agents de la nature et de la surnature soient considérés comme des instruments divins. La maladie peut être perçue comme une épreuve divine pour tester la foi du Musulman, racheter ses péchés (Bououne, 2005). « *Al-mard yhattet al-dnoûb* : la maladie fait tomber les péchés », une expression oranaise qui s'emploie particulièrement à l'égard des malades alités. Elle se rapporte au salut éternel que peut promettre cet état de santé. La maladie est parfois le signe d'une punition divine suite à la violation des interdits de l'islam ou la profanation de ses symboles. Dans ce sens, le discours initié par les *râqis* insiste par exemple sur l'abandon de la prière musulmane comme une cause de la possession. À Oran, l'expression « *rabbi khallas fih* : Dieu l'a payé/puni » est utilisée pour parler d'un malade qui a été injuste envers autrui. Or, même si la « *da'wat al-Charr* : malédiction », émanant d'une personne se disant victime d'une injustice, est réputée causer une maladie ou un malheur, les malades ne s'y réfèrent que peu. Deux patients, rencontrés chez le *râqi* Hassni à Oran en 2002, évoquent l'objection des parents à leur mariage. Toutefois, ces patients ne formulent pas l'hypothèse d'une malédiction parentale suite à un mariage refusé et consommé, susceptible de précipiter leurs problèmes de santé. Ils incriminent les djinns et la sorcellerie, comme le font plusieurs souffrants croyant en la destinée de leurs maux.

L'islam admet l'existence des djinns (sourate LXXII), créatures invisibles douées d'intelligence et de libre arbitre. Vivant en sociétés gouvernées par des rois, elles peuplent la nature mais aussi les lieux sales (abattoirs, hammams, égouts). Ces forces sexuées qui cohabitent avec les humains peuvent devenir nuisibles si elles s'estiment offensées, par exemple si un liquide brûlant est versé dans les latrines sans que la formule protectrice « *bismillah* : au nom de Dieu » ne soit énoncée auparavant. Les émotions fortes (choc, colère, tristesse) causent l'atteinte par les « *moumnîn* : croyants », « *messelmîn* : musulmans » ou « *aryâh* : vents », euphémismes utilisés à Oran pour désigner les djinns. Ceux-ci attaquent subitement (paralysie, surdité, cécité, mutisme) ou possèdent leur victime (Crapanzano, 2000 : 241-242). À l'instar des djinns, le mauvais œil et la sorcellerie, autres agents responsables de la maladie et du malheur, relèvent d'une volonté humaine malintentionnée, animée par la jalousie, la vengeance et le désir de dominer. Abdelati Lahlou (1986 : 75) ajoute la *Tâb'a* (persécutrice), entité surnaturelle qui poursuit une victime pour ruiner sa santé ou ses projets.

Dans le cas d'enfants morts en bas âge ou de stérilité féminine, il s'agit de la redoutée djinnia « *Oum al-Cibyân* : la mère des enfants ».

À côté de maux dits naturels ou du destin, d'autres maux d'origine occulte accablent la santé. À Oran, les malades distinguent « *mard ntâ' tbib* : une maladie de médecin », traitable par la biomédecine, et d'autres maladies nécessitant l'intervention des spécialistes de l'invisible. L'identification de ces catégories de maux est déterminée par l'expérience du souffrant et le savoir de l'entourage. Celui-ci conseille des remèdes traditionnels mais aussi le médecin pour « enlever le doute » face aux troubles psychosomatiques, psychologiques ou physiques persistants (douleurs, fièvres, palpitations, faiblesse, vomissements, diarrhées, éruptions cutanées, angoisse, insomnie, etc). L'hypothèse d'une attaque sorcellaire ou djinnique conforte souvent un diagnostic médical peu probant ou des traitements peu efficaces, non adaptés. Une maladie diagnostiquée et traitée par la biomédecine peut trouver, en outre, notamment au contact des *râqis*, une explication surnaturelle : un djinn provoque une crise d'asthme, un désordre mental. La sorcellerie peut, entre autres, causer des troubles digestifs, dermatologiques, ou encore sexuels.

La possession et l'ensorcellement sont les deux étiologies principales que les *râqis* et leurs patients donnent aux maux chroniques car ils se reproduisent fréquemment (Lahlou, 1986 : 106) et nécessitent des soins répétés, mettant souvent en échec la guérison ou l'amélioration de la situation.

2. Le statut de « malade »

L'étiologie dominante qu'adoptent les souffrants est marquée par l'agression et la persécution, à traiter selon une logique exorcistique (Laplantine, 1986). Les termes arabes *marîd*, malade en Algérie et en Égypte '*ayyân*⁹, *ta'abân*, fatigué/malade, désignent la personne atteinte d'une maladie ou d'un mal occulte, causant une rupture biographique ou une perte de soi (Winance, 2003 : 6). Quand il réclame des conseils pour ses symptômes, le souffrant, même s'il ne se présente pas au *râqi* comme un demandeur de soins¹⁰, est un malade potentiel qui, au fur et à mesure des rituels, intériorise le rôle de receveur de soins. Il est « malade » aussi car, souffrant¹¹, il a entamé un processus de soins auprès de médecins et/ou de thérapeutes non conventionnels. Il trouve dans le rituel de la *rouqya* un rôle actif. Acteur indispensable dans une construction sociale négociée de la maladie (Baszanger, 1986), il aide le *râqi* dans le diagnostic de son mal

⁹ En arabe littéraire '*ayyan* vient de la racine '*AYN* (œil). En Algérie, ce terme concerne l'état de fatigue.

¹⁰ Certains disent avoir découvert leur mal après avoir accompagné un membre de la famille. Celui-ci, en transe durant un rituel de *rouqya*, dévoilerait le mal occulte d'un proche qui devient alors à son tour un nouveau patient.

¹¹ Durant sa grossesse, la femme algérienne est perçue comme malade.

en répondant aux questions et lorsqu'il entre en transe, ouvrant ainsi une autre dimension interactive *râqi*-malade.

La maladie, qui se présente au début comme un événement (Guioux, Lasserre, 2006 : 142) à travers les symptômes, incite la famille du souffrant à courir pour lui « *tajrî 'alîh* », expression oranaise, pour cibler les soins, les appliquer et en assurer d'autres à domicile. Ce don de soins (Saillant, Dandurand, 2002) engage l'autorité familiale ou conjugale en matière de décision pour des soins jugés bons ou adaptés. Le malade est influencé et contrôlé par l'entourage qui évalue les symptômes et le sens de la guérison.

3. La notion de « mal ancien »

Dans le langage algérien, plusieurs termes décrivent l'attaque djinnique (Ouitis, 1977) : « *madroûb* : frappé », « *markoûb* : chevauché », « *mamloûk* : possédé/esclave », « *maskoûn* : habité ». À Oran, *madroûb* et *maskoûn* sont les termes les plus utilisés par les malades et leurs familles. Le *maskoûn* semble désigner un haut degré de l'attaque. En Égypte, le terme « *malboûs* : vêtu » définit le possédé à côté du « *mamsouss* : touché », souvent utilisé par les *râqis* oranais pour évoquer toutes les possessions. Se référant à la théorie du cheikh égyptien Wahîd Abd-Assalâm Bâli (2015), les *râqis* admettent un *mass* (« touche ») entier (djinn possédant tout le corps), un *mass* partiel (djinn possédant une partie du corps), un *mass* passager (djinn présent par moments dans le corps), et un *mass* permanent (djinn résidant dans le corps). D'autres *râqis* ajoutent un *mass* extérieur (djinn en dehors du corps) et un *mass* intérieur (djinn dans le corps). Ce découpage des états de la possession ne permet pas de lier directement l'attaque djinnique aux maladies chroniques. Or, le djinn s'assimile à un agent pathogène pouvant les induire. Ainsi, à Oran, il est commun d'associer une crise d'épilepsie à une attaque djinnique. Au Maroc, les « effleurés », les « montrés du doigt », les « giflés » par les djinns subissent une affection temporaire (paralysie d'un membre, violente migraine). Les « marqués », les « battus » ont une maladie plus lourde comme la psychose, l'anorexie ou la paralysie complète (Hell, 2002 : 53). Les acteurs de la *rouqya* ne reconnaissent pas une nosologie ou une étiologie attribuant une maladie chronique à un djinn. Celui-ci est susceptible de causer des maladies chroniques si la possession ou l'ensorcellement ne sont pas traités à temps, d'où la notion de mal ancien.

L'itinéraire thérapeutique renseigne sur la construction du sens de la chronicité d'une maladie ou d'un mal attribué aux forces occultes. Comment le souffrant passe-t-il de la considération d'une maladie chronique ordinaire à une maladie chronique surnaturelle ? Et pourquoi considère-t-il la possession et l'ensorcellement comme des maladies chroniques ?

Le corps relève du jugement social de la maladie. Un trouble identifié est jugé selon sa forme et sa temporalité. Et il acquiert une complexité et une chronicité lorsqu'il

devient fréquent et gêne les activités du malade et de son entourage. La rencontre avec le médecin permet d'entamer une première lecture de la manifestation du mal. Or le *râqi* en fait une lecture parallèle fondée sur les plaintes du malade et les normes de la *rouqya* : la récitation du Coran est un moyen d'activer des signes déjà connus ainsi que d'autres apparaissant lors du rituel (fourmillements, lourdeur, changement thermique, étouffement, nausée, pleurs, cris, modification ou perte de la conscience, etc). Ces signes codifiés indiquent au *râqi* une certaine « négligence » dans le diagnostic du médecin, limité selon lui aux causes naturelles du mal. D'autres moyens comme les émétiques¹² permettent au *râqi* d'approfondir son diagnostic. Celui-ci peut varier d'un mal occulte « bénin » comme le mauvais œil à un mal « ancien » inscrit dans la durée, obligeant le malade à suivre des soins intensifs. Une possession par un djinn *kafir*, infidèle à l'islam, un maléfice ingéré ou un autre renouvelé marquent une certaine chronicité du mal.

La sorcellerie collective, *sihr jamâ'i*, qui touche plusieurs membres de la famille est un signe flagrant, pour le *râqi* et son malade, du désir destructif du jeteur de sort qui vise plusieurs objectifs : épuiser la santé, empêcher un mariage, ruiner un commerce, détruire l'union familiale ou conjugale. Un mal « ancien » identifié trop tard ou mal soigné est un diagnostic inquiétant pour le malade et sa famille. Ceux-ci jugent l'efficacité thérapeutique de la biomédecine en rapport avec la disparition ou l'amélioration des signes, et en lien avec le niveau de facilité du soin, les effets secondaires et les coûts¹³. Le recours à la *rouqya* parallèlement ou en concurrence à la biomédecine est une décision qui révèle le déplacement du sens de la maladie « banale/sérieuse » et de l'acceptation ou non de sa chronicité. La possession et le sortilège deviennent une maladie « sérieuse » quand l'instabilité familiale ou conjugale s'ajoute aux plaintes corporelles.

D'autre part, le mal ancien prend une dimension de maladie sérieuse lorsqu'il menace les valeurs de la société comme l'honneur. La famille algérienne juge grave la répétition de crises d'angoisse qui pousse une jeune fille à vouloir quitter le domicile familial la nuit. Attribuant ce désordre à un djinn possesseur et conscient du poids de la stigmatisation sociale de la possession et de la folie, un *râqi* ne qualifie pas un malade de *majnoûn*, fou, même s'il suit un traitement psychiatrique.

4. La prise en charge de la possession et de la sorcellerie

Le recours à la médecine est souvent la première phase de l'itinéraire thérapeutique durant laquelle le malade et sa famille expérimentent la technologie biomédicale ain-

¹² Pour provoquer des vomissements et évacuer le maléfice ingéré, le malade boit du lait, de l'eau avec ou sans sel, mélangée ou non avec de l'huile d'olive.

¹³ Le prix d'une séance de *rouqya* reste souvent modique – parfois gratuite – par rapport aux frais des consultations médicales et des médicaments en Algérie et en Égypte.

si que le savoir traditionnel (tisanes, fumigations, amulettes, saints, etc.) pour traiter les premiers symptômes ou ceux jugés bénins. Ce pluralisme thérapeutique inscrit la maladie/souffrance dans une temporalité longue, avec le risque d'une « errance thérapeutique » (Mebtoul, 2004 : 20) amenant le malade à multiplier ses thérapies, recherchant une amélioration visible. La prise en charge de la maladie et du mal est marquée par l'improvisation et des choix sous l'influence de l'entourage. De ce fait, l'itinéraire thérapeutique des souffrants se caractérise par une quête continue ou discontinue de soins durant plusieurs mois, voire plusieurs années. C'est seulement lorsqu'ils estiment avoir épuisé tous les soins possibles qu'ils consultent le *râqi*. Les erreurs et le retard de diagnostic, les traitements inadaptés ou encore la résistance aux médicaments constituent les champs d'investigation du *râqi*. Celui-ci revient sur cette « négligence » en réinterprétant l'origine du mal et en proposant ses soins.

Selon les adeptes de la *rouqya*, la possession et la sorcellerie, notamment celles censées causer la maladie, peuvent éclipser des signes de la maladie traitables par la biomédecine. La reconnaissance d'une étiologie ne détermine pas forcément le choix du soin (Radi, 1996 : 193). Plusieurs souffrants rencontrés en Algérie et en Égypte présentant des maladies chroniques (asthme, rhumatisme, hypertension, ulcère, vitiligo, maladies des poumons, épilepsie, troubles psychiques, cancer, etc.) ou des handicaps (paralysie), voire des maladies rares¹⁴, sollicitent la *rouqya* et ses soins annexes seuls ou parallèlement à la biomédecine.

Les cas de l'Oranaise Salima et de la Cairote Basma sont des exemples de la construction individuelle et sociale de la maladie chronique attribuée en partie ou en intégralité à une cause surnaturelle. Le discours ajustable et pragmatique du malade reflète son incertitude à l'égard de l'origine de la maladie et du mal et l'engagement dans les soins.

Salima, 48 ans en 2001, mère de trois enfants, suit un traitement pour l'hypertension auprès de son médecin. Les signes du mal ont débuté depuis six mois avec des insomnies, des fourmillements et un état colérique. Dans les états d'énervement, son hypertension s'aggrave et atteint 18:11 cmHg. Des ecchymoses, attribuées aux djinns, sont apparues au réveil au niveau de sa jambe gauche. Selon elle, un malentendu apparaît car les trois spécialistes consultés, et précisément un dermatologue, n'ont pas réussi à diagnostiquer son mal. Les médicaments prescrits n'ont pas contribué à la soulager :

Le dermatologue ne m'a donné ni médicament ni rien du tout. Il m'a donné un médicament mais soi-disant il ne m'était pas efficace, je ne me rappelle pas

¹⁴ En 2002, une jeune femme suivie par le médecin généraliste et *râqi* Brahim au village de Hâssi Mafsoûkh présentait des hémorragies multiples (yeux, oreilles, nez), attribuées à son djinn possesseur.

son nom. Diovenor®, je crois, oui, Diovenor® il m'a donné pour les varices, mais elles ne sont pas les varices. Quand je les ai appliqués ça n'a rien donné¹⁵.

Sa douleur épisodique de l'orteil jusqu'à la cuisse gauche s'intensifie avec la colère. Selon elle, il ne s'agit pas d'un rhumatisme. Au *hammam*, des femmes lui ont conseillé une *rouqya*. Le *râqi* Réda visita la première fois au village de Sîdi al-Bachîr identifie un sort aspergé. Salima lui affirme que sa fille a rêvé d'un scorpion et d'un serpent dans la cour de la maison, le scorpion ayant été tué en rêve. Un lien est fait entre ce rêve et le changement de l'état de santé familial. Les aspersiones noires découvertes sur la porte d'entrée à plusieurs reprises le matin seraient le signe concret d'un sortilège. La fatigue, l'insomnie et les fourmillements pendant la nuit sont des signes que partagent Salima et son fils âgé de 28 ans.

Et comme pour la mère et son fils, un sortilège bu dans un café est reconnu. Les premiers émétiques au lait prescrits par Réda ont permis d'identifier un liquide « lâché » ayant la forme de fils élastiques et contenant du jaune. Salima soupçonne également que le mauvais œil a été jeté sur son fils, qui a abandonné son travail ainsi que la construction de la dalle de sol du foyer¹⁶.

La femme et assistante du *râqi* Réda, interprétant les maux des malades, signale l'anormalité du sang rouge foncé extrait avec la *hijâma*¹⁷ à jeun. Celle-ci prescrite par Réda a fait chuter la tension artérielle de Salima, ce qui est vu comme un bon signe. Le médecin, apparemment non averti de l'automédication de sa patiente (Fainzang, 2012), lui demande d'arrêter la prise du médicament Sectral® et de surveiller son hypertension :

Alors quand je suis venue ici faire la *hijâma*, la première fois la tension est tombée, elle est devenue toujours 14:8, 14:9, toujours sa limite 14:9... Sectral®, je prenais Sectral®... Du rouge foncé, elle-même me l'a dit : « ce n'est pas normal ». Elle m'a dit : « tu as quelque chose pas normal ». Moi je ne lui ai pas dit à propos de la tension, j'ai oublié. Samedi, quand je partis faire le contrôle chez mon médecin, sans penser que j'ai faite cette *hijâma*, quand je partis faire le contrôle, dans ce bras il l'a trouvé 10:6. Le temps qu'il resta m'écrire l'ordonnance, il a refait parce qu'il a eu un doute, il m'a dit : « je te la refais » Quand il est revenu par là, il m'a dit : 11:7, c'est-à-dire rapproché, ce n'est pas, alors il m'a dit : « tu arrêtes Sectral® ». J'ai arrêté, quand je l'ai arrêté, c'est à cause du médicament, c'est pour cette raison que je suis venue aujourd'hui pour lui demander¹⁸.

¹⁵ Traduit de dialecte algérien (mélange d'arabe et de français) : Entretien du 3 septembre 2001 avec Salima, 48 ans, mère de trois enfants, coiffeuse, niveau d'études 3^{ème} année secondaire.

¹⁶ À Oran, la dalle de sol désigne le carrelage en céramique brillante, signe ostentatoire de richesse.

¹⁷ Pratiquée par certains *râqis*, la *hijâma* consiste à poser une ventouse sur la peau scarifiée afin d'en aspirer le sang.

¹⁸ Entretien du 3 septembre 2001 avec Salima.

Salima retourne voir le *râqi* dans une logique d'autorégulation médicamenteuse (Saradon-Eck, 2007 : 19) suite à la chute de son hypertension. Cette expérience subjective du risque (Proulx, 2007 : 89), bien vécue après la *hijâma*, engage Salima à suivre le traitement du *râqi* en se faisant injecter un sérum physiologique sur lequel le Coran a été récité. Observant la *rouqya* et ses soins annexes (*hijâma*, émétiques, sérum physiologique) pendant quinze jours, Salima, dont le sommeil s'est amélioré, s'estime satisfaite des résultats et continue d'aller voir son médecin pour contrôler sa maladie (Baszanger, 1989 : 9). Elle estime en outre son fils guéri, ce qui accroît sa confiance dans la *rouqya*.

Il y a huit ans, le mal de Basma, une Égyptienne, célibataire et âgée entre 25 et 30 ans, a débuté par une baisse de la vue. Myope à 6/24¹⁹, cette sténographe portait des lunettes au travail. Après les avoir changées à trois reprises, l'ophtalmologue lui fit passer un examen complet et vérifia sa tension oculaire. Malgré ce suivi médical, Basma continua à apercevoir ce qu'elle décrivait comme des « lignes s'entrecroisant ». Elle se résolut à taire ces manifestations de peur d'être taxée de folle. Certains spécialistes de la vue rencontrés identifient la présence d'une eau blanche (cataracte), et d'autres plutôt d'une eau bleue (glaucome). Peu convaincus du diagnostic, les médecins l'invitent à procéder à une opération chirurgicale. Celle-ci sera toutefois annulée à la dernière minute suite à l'anesthésie générale. Les traitements de Basma durèrent ainsi plusieurs années, pour être finalement suspendus après la survenue d'effets secondaires au niveau des reins suite à la prise des médicaments :

Une fois, il me dit ta tension [oculaire] est haute et une fois basse, et j'ai pris beaucoup de cachets pour faire descendre l'eau et j'ai pris beaucoup de gouttes. J'ai pris beaucoup de traitements pour plusieurs années, et pareil il n'y avait aucun résultat²⁰.

Basma croyait initialement à une maladie naturelle exigeant un soin médical, et avait dès lors écarté tout registre interprétatif lié au surnaturel. Alors que ses visions se multipliaient au fur et à mesure que sa vue baissait, elle avait besoin d'identifier un autre registre explicatif : des lignes, des couleurs, des croix, des visages ou des corps entiers apparaissaient, de même qu'une forte lumière lui rappelant une étoile au ciel. Basma en viendra à assimiler sa vision de grillages en fer aux barreaux d'une prison. Le caractère devenu insupportable de l'écoute de la récitation du Coran ou de l'appel à la prière la convaincra que sa maladie n'est pas « normale » car elle s'estime par ailleurs comme une bonne pratiquante de l'islam ; ce qu'elle atteste par la mémorisation de la sourate II et le port du *hijab* depuis sa maladie.

Lors de sa prière, réalisée cinq fois par jour, Basma dit être dérangée par le visage d'un homme portant un châle blanc sur la tête. Celui-ci s'interpose entre elle et la *qi-*

¹⁹ Cette valeur donnée par Basma correspondrait à 2,5/10 de l'acuité visuelle.

²⁰ Traduit de l'arabe égyptien : entretien du 20 mars 1999 avec Basma. Celle-ci dispose d'un diplôme secondaire de commerce, et est originaire du Caire.

bla, direction de la Mecque. Trois hommes et trois femmes la déroutent ainsi. Le plus souvent en priant, et sans pouvoir se maîtriser, elle dit mêler la récitation coranique (en arabe) à une langue inconnue. Elle confie également apercevoir une croix sur le tapis de prière. Avant d'entrer dans le sommeil, elle dit également entendre des discussions en égyptien, émanant d'adultes des deux sexes. Ces gênes vont perdurer pendant le ramadan, période durant laquelle les démons sont pourtant censés être enchaînés par Dieu. Le Coran et l'appel à la prière la font souffrir (lourdeur, crispation des membres, perte d'appétit) : un ensemble de signes qui l'amène à la conclusion que ce sont des djinns non musulmans qui seraient à l'origine de ses troubles. Des sensations de dédoublement corporel et de corps étranger l'envahissent lors du bain à la maison : elle sent que sa tête est celle d'un homme, elle prend peur de son propre corps, et peut apercevoir quelqu'un assis à côté d'elle.

Basma situe l'origine du déclin de sa vue à l'année 1991, et plus précisément à une date où elle rentra du travail en milieu de journée. Cette journée-là, dans la rue, un drapeau égyptien dessiné sur une feuille, abandonné au sol, se colla à son talon gauche. Elle s'en débarrassa, sans se douter de rien à l'époque. Sans pouvoir le justifier, Basma va suspecter deux ingénieurs agronomes qui ont travaillé avec elle durant deux ans. Un jour, accompagnée par son frère pour aller chercher son salaire à l'entreprise, elle entend l'un d'entre eux dire à l'autre : « combien de gens j'ai amené jusqu'à la mer et je les ai ramenés soifs ». Énigmatique, cette expression populaire qui renvoie pour Basma à la ruse, est choisie afin d'expliquer l'origine de son mal. Ses collègues, plus âgés, de religion chrétienne, sont suspectés de l'avoir ensorcelée. Le scénario imaginé est avancé comme une forte hypothèse : avant de jeter le sort sur le drapeau égyptien, ils auraient surveillé son passage par la rue empruntée habituellement pour rentrer à son domicile. De même, elle suspecte un autre sortilège, exercé sous forme d'aspersions sporadiques au travail : lorsque ses collègues préparent le thé, de l'eau aurait été jetée sur le sol où elle était susceptible de marcher.

Au début de son parcours thérapeutique, Basma est allée voir un prêtre copte au Caire, que lui avait conseillé la voisine chrétienne de sa grande sœur²¹. Un rituel d'exorcisme chrétien semblait approprié pour Basma car la vision de la croix était le signe qu'il s'agit en fait de djinns possesseurs chrétiens, lesquels auraient eus à se soumettre à l'autorité du prêtre. Puis, chaque fois que les cheikhs récitent le Coran pendant des rituels de *rouqya*, les djinns de Basma, souvent chrétiens mais parfois aussi juifs, identifient les mêmes collègues de travail comme étant les auteurs du maléfice provoquant sa cécité. Une djinnia juive parisienne, qui aurait parlé par la bouche de Basma en « arabe cassé », rapporte à un *râqi* consulté que la malade a marché sur le drapeau maléfique et donc sur la djinnia, ce qui aurait motivé l'attaque de

²¹ Basma rapporte que sa famille disposait d'un bon voisinage, au sein d'un quartier cairote à majorité chrétienne.

cette dernière. Le lien est souvent fait entre le drapeau égyptien piétiné dans la réalité, symbole national profané, et l'entrée dans la maladie.

Au total, Basma a consulté cinq cheikhs soignant avec le Coran et deux hommes qui manipulent des djinns auxiliaires, écrivent des amulettes et prescrivent des *boukhoûr* (un mélange de résines parfumantes à brûler comme de l'encens). Des saints tels que l'imam Zîn al-'Abidîne au Caire et Sayyed al-Badawî à Tanta ont également été visités dans l'espoir de guérir. Issue d'une famille modeste, Basma ne pouvait voyager à l'étranger pour consulter des spécialistes compétents. Aussi n'a-t-elle jamais pensé à voir un psychologue ou un neurologue. Elle a seulement consulté dix spécialistes de la vue ainsi que des chirurgiens, parmi lesquels le réputé Ali al-Mofti.

Même si elle constate quelques améliorations, notamment le recul des visions et la disparition de la haine et de la peur envers sa mère²², la chronicité de la maladie est perçue comme l'effet d'une négligence médicale (annulation de l'opération, non prise en compte de l'avis d'un neurologue) et d'un soin tardif par la *rouqya*. Croyant que la chronicité de la maladie révèle un sortilège puissant, Basma fait remonter la racine de son mal à l'âge de 15-18 ans, période où elle s'isolait dans l'obscurité pour pleurer. Le premier cheikh *râqi* consulté, de même qu'une voyante visitée avant la cécité, évoquent un « 'amal : travail²³ » ancien. Ses belles-sœurs jalourent le fait qu'elle ait été demandée en mariage à cet âge, et lui auraient alors jeté un sort faisant fuir tout futur fiancé. Une autre voyante visitée bien avant la cécité, et qui lit dans la tasse de café et peut diagnostiquer l'origine d'un mal à partir d'un objet ayant été en contact avec le corps du malade (un foulard ou un sous-vêtement par exemple), suggère que la possession résulte d'une chute au seuil de la maison, survenue dans l'enfance.

5. La guérison conditionnée

Considérant la possession et l'ensorcellement comme une maladie chronique ou accompagnant celle-ci, les souffrants et leurs familles multiplient les interprétations sur l'origine du mal et sa prise en charge. L'amélioration de l'état de santé ou de la qualité de vie au niveau individuel et social détermine la validité de l'interprétation du mal et de l'itinéraire thérapeutique engagé. Croisant l'expérience de la maladie avec les objectifs attendus de changement, le malade évalue les différents degrés de guérison possibles et leurs limites, s'adaptant ainsi à la chronicité de la maladie.

Dans les représentations sur le fonctionnement de la possession et de la sorcellerie, les acteurs de la *rouqya* admettent que l'obtention d'un résultat positif doit beaucoup au respect des conseils du *râqi* et aux efforts de l'engagé. La guérison peut être condi-

²² Basma était sujette à des doutes envers son entourage, notamment sa mère. Elle croyait que cette dernière pouvait dissimuler du poison dans sa nourriture ou la tuer dans son sommeil.

²³ En Égypte, le « travail » évoque un sortilège.

tionnée, voire menacée, par plusieurs facteurs : la gestion des émotions ainsi que le suivi de rituels de protection et des devoirs religieux. La fragilité du possédé informe sur le mécanisme de la maladie (possession due à un choc, à une peur, à de la tristesse) et de sa chronicité : un djinn s'installe progressivement dans le corps puis s'habitue au souffrant. Les djinns amoureux, morbides, récalcitrants, *kafirs* ou liés au sortilège requièrent un effort de soins. Souvent les malades affirment que leurs djinns ne peuvent les quitter car ils sont attachés à un sortilège encore actif. Un sort ancien non traité, mal soigné, renouvelé, renforce la chronicité de la maladie et de la souffrance selon les adeptes de la *rouqya*.

La conception de la possession permet de penser la maladie chronique comme un événement qui favorise la continuité du mal : le djinn s'appuierait sur une maladie chronique pour dominer le corps. D'autres *râqis* soulignent la maladie du djinn lui-même. Celui-ci, « malade » ou « handicapé », transmet son mal à la victime. Ces *râqis* s'attachent alors à soigner le souffrant et son djinn, piégé dans le corps et nécessitant une délivrance.

Conclusion

Comprise et prise en charge dans le cadre de la médecine, la maladie chronique prend une autre dimension à la lumière d'autres soins non conventionnels tels que la *rouqya*. Un mal réinterprété et pris en charge dans une pluralité thérapeutique met en évidence les limites, voire l'impuissance de la médecine. L'orientation de l'itinéraire de soins est inhérente à la relecture de l'origine du mal, à sa prise en charge et à l'efficacité thérapeutique finale. Au cœur du processus thérapeutique, celle-ci détermine le jugement sur la chronicité de la maladie et du malheur. Des symptômes inquiétants, ingérables au niveau individuel et familial caractérisent une négligence sous plusieurs formes et à différents degrés. Un mal négligé devient un événement social à gérer, car la plainte du malade a changé de nature en passant d'une dimension individuelle à une dimension familiale et sociale. On peut citer l'exemple de l'échec d'un mariage mis en relation avec des symptômes physiques et psychiques du souffrant.

Introduisant un modèle interprétatif persécutif de la maladie et du malheur, la *rouqya* invite sur le terrain des agents pathogènes exogènes : la maladie chronique s'annonce comme un danger venant d'entités invisibles dures à neutraliser et/ou d'humains malintentionnés à éviter ou avec lesquels se réconcilier. La maladie chronique devient une affaire de mauvaises intentions et de punitions. Elle est le résultat d'un conflit social qui nécessite une réparation et une révision de la posture du malade au niveau social et religieux, tout en admettant une possible prise en charge biomédicale. La dépendance (Bret, 2007) thérapeutique envers la *rouqya* inscrit certains souffrants dans une chronicité de la possession et de l'ensorcellement, où le corps est mis en scène dans le rituel. D'autres malades qui entrent dans un processus

de normalisation de la maladie (Kirchgässler, Matt, Laroche, 1987) développent des stratégies qui visent à l'autonomie, en intégrant la *rouqya* comme une forme d'automédication à domicile (Coran à écouter, recours aux plantes, lavages du corps).

En reconnaissant l'arrière-plan de l'épreuve et du châtement divins, la possession et le sortilège – étiologies privilégiées activées dans la *rouqya* – fournissent une piste dynamique pour dompter la maladie et la souffrance. Dans ce processus, le religieux accompagne la nosologie, l'étiologie et la gestion des soins (Massé, Benoist, 2002). La maladie, qui se manifeste dans la possession et dans l'ensorcellement, apparaît comme une forme de souffrance sociale pensée dans une anthropologie générale des afflictions (Saillant, Genest, 2006 : 14).

Bibliographie

- AL-SUYUTI J. (1997), *La médecine du prophète* (nouvelle édition de la traduction du Dr. Perron), Paris, Al-Bustane.
- BALI W.-A. (2015), *La protection de l'homme des djinns et de Satan* («*Wiqâyat al-insâne mina al-jinn wa al-chaytâne*») : traduit de l'arabe par Mostafa El-Sayed Ahmed), Beyrouth, Dar Al-Kotob Al-Ilmiyah.
- BASZANGER I. (1989), « Douleur, travail médical et expérience de la maladie », *Sciences sociales et santé*, vol. 7, n° 2, p. 5-34.
- BASZANGER I. (1986), « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, vol. 27, n° 1, p. 3-27.
- BEN NEFISSA S. (1993), « Le financement des services sociaux du secteur associatif à référent islamique en Égypte », *Égypte/Monde arabe*, n° 12-13, p. 213-239.
- BOUOUNE S. (2005), *La résurgence d'une pratique thérapeutique religieuse "al-Ruqya" : ses liens avec la salafya*, thèse de doctorat en anthropologie, Université Aix-Marseille III.
- BRET E. (2007), « Dépendance et insuffisance respiratoire chronique », *Sciences sociales et santé*, vol. 25, n° 4, p. 49-82.
- CHERAK F. Z. (2007), *Anthropologie de « l'exorcisme » en islam : représentations et pratiques de la rouqya en Algérie, en Égypte et en France*, thèse de doctorat en anthropologie, Université Aix-Marseille I.
- CRAPANZANO V. (2000), *Les Hamadcha. Une étude d'ethnopsychiatrie marocaine*, Paris, Institut d'édition Sanofi-Synthélabo.
- FAINZANG S. (2012), *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, Presses universitaires de France.

- GUÏOUX A., LASSERRE E. (2006), « Cadre et débordements. Une expérience ethnologique en milieu psychiatrique », in I. OLAZABAL., J.-J. LEVY (dir.), *L'événement en anthropologie : concepts et terrains*, Québec, Les Presses de l'Université Laval (« Sociologie au coin de la rue »), p. 137-160.
- HELL B. (2002), *Le tourbillon des génies. Au Maroc avec les Gnawa*, Paris, Flammarion (« Essais »).
- KIRCHGÄSSLER K., MATT E., LAROCHE F. (1987), « La fragilité du quotidien : les processus de normalisation dans les maladies chroniques », *Sciences sociales et santé*, vol. 5, n° 1, p. 93-114.
- LAHLOU A. (1986), *Croyances et manifestations magico-religieuses au Maroc : le cas de Meknès*, thèse de doctorat d'ethnologie, Université Aix-Marseille I.
- LAPLANTINE F. (1986), *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot (« Science de l'Homme »).
- LEIRIS M. (1989), *La possession et ses aspects théâtraux chez les Éthiopiens de Gondar*, Fontfroide-le-Haut, Fata Morgana.
- LONGUENESSE E. (dir.) (1995), *Santé, médecine et société dans le monde arabe*, Paris, L'Harmattan (« Études sur le monde arabe »).
- MASSE R., BENOIST J. (dir.) (2002), *Convocations thérapeutiques du sacré*, Paris, Karthala (« Médecines du monde »).
- MEBTOUL M. (2004), « "L'introuvable" césure public-privé en Algérie. De nouveaux objets en santé dans le champ de la privatisation des soins », *Autrepart*, vol. 29, n° 1, p. 13-28.
- OUITIS A. (1977), *Les contradictions sociales et leur expression symbolique dans le sétifoï*, Alger, Société nationale d'édition et de diffusion.
- PROULX M. (2007), « Du discours savant à l'expérience subjective de la maladie hypertensive ou lorsque le sens est mis à risque », *Sociologie et sociétés*, vol. 39, n° 1, p. 79-98.
- RADI S. (1996), « Les maux entre Dieu, les génies et les hommes », in J. BENOIST (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, p. 167-196.
- SAILLANT F., DANDURAND R.-B. (2002), « Don, réciprocité et engagement dans les soins aux proches », *Cahiers de recherche sociologique*, n° 37, p. 19-50.
- SAILLANT F., GENEST S. (dir.) (2006), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Paris/Québec, Economica/Presses de l'Université Laval.

- SARRADON-ECK A. (2007), « Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues », *Sciences sociales et santé*, vol. 25, n° 2, p. 5-36.
- SENGERS G. (2003), « Women and demons. Cult healing in islamic Egypt », *International Studies in Sociology and Social Anthropology*, vol. 86, n° 8, Leyde/Boston, Brill.
- TURC A. (2013), « Itinéraires de santé dans un quartier populaire du Caire », in A.-M. MOULIN (dir.), *Islam et révolutions médicales. Le labyrinthe du corps*, Marseille/Paris, IRD/Karthala (« Hommes et sociétés »), p. 297-328.
- WINANCE M. (2003), « La double expérience des personnes atteintes d'une maladie neuromusculaire : rétraction et extension », *Sciences sociales et santé*, vol. 21, n° 2, p. 5-31.