



HAL
open science

Anthropologie politique de la santé mentale à Lifou (Nouvelle-Calédonie)

Nathanaëlle Soler

► **To cite this version:**

Nathanaëlle Soler. Anthropologie politique de la santé mentale à Lifou (Nouvelle-Calédonie). 2019.
hal-04562134

HAL Id: hal-04562134

<https://hal.science/hal-04562134>

Preprint submitted on 24 May 2024

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.

SOLER NATHANAËLLE

**Anthropologie politique de la santé mentale à
Lifou (Nouvelle-Calédonie)**

Avertissement

Ce document est issu d'une **thèse de doctorat en Santé et Sciences Sociales** préparée au Centre d'étude des mouvements sociaux et dirigée par Michel Naepels (EHESS/CNRS). La soutenance s'est tenue le 4 décembre 2019 à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, devant un jury composé de :

- Laëtitia Atlani-Duault, Institut de Recherche pour le Développement (rapporteure)
- Natacha Gagné, Université Laval
- Katie Kilroy-Marac, University of Toronto (rapporteure)
- Benoît Trépied, CNRS

Dans la version présentée ici, deux chapitres ont été retirés de la version originale de la thèse, car ils comportaient des données sensibles de nature à porter préjudice aux personnes (chapitres 6 et 7, pp. 303-398). A l'exception de ces passages retirés, le texte est intégralement conservé et n'a pas été modifié. Le sommaire, la numérotation des chapitres ainsi que la pagination de ce document suivent ceux de la thèse originelle.

Remerciements

Au seuil de cette recherche, je remercie toutes celles et ceux qui m'ont aidée au cours de ce travail. Tout d'abord, je souhaite remercier les membres du jury de cette thèse, qui ont accepté de lire, de discuter et d'évaluer mon travail : Laëtitia Atlani-Duault, Katie Kilroy-Marac, Natacha Gagné et Benoît Trépied. Je remercie tout particulièrement Benoît Trépied qui, avec Alban Bensa, m'a apporté de précieux conseils au fil de l'avancement de cette recherche dans le cadre d'un comité de thèse. Enfin, j'adresse de chaleureux remerciements à mon directeur, Michel Naepels, pour sa disponibilité, ses conseils, sa patience, sa confiance, mais aussi sa capacité à faire vivre une discussion scientifique sereine et bienveillante.

J'exprime ma reconnaissance à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, en particulier la Formation doctorale Santé, Populations et Politiques Sociales, au Labex Tepsis, à la Province Sud de Nouvelle-Calédonie, enfin à l'Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les enjeux Sociaux (IRIS) pour leurs soutiens financiers. À l'IRIS, je remercie notamment Emilie Jacquemot, Carmen Mata et Estelle Girard pour leur appui dans les démarches administratives et financières.

Ce travail s'est déroulé dans plusieurs environnements scientifiques qui ont été essentiels à son aboutissement. Tout d'abord, à l'IRIS, et en particulier dans la salle des doctorants, où j'ai bénéficié d'un cadre de travail stimulant et chaleureux. Puis, à Harvard où, au *Department of Global Health and Social Medicine*, notamment dans le cadre du *Friday Morning Seminar*, j'ai appris de nouvelles façons de faire de l'anthropologie de la santé qui ont été décisives dans certaines orientations prises dans cette thèse. Enfin, le Réseau des Jeunes Chercheurs Santé et Société à la Maison des Sciences de l'Homme Paris-Nord m'a accueillie pour terminer ma thèse. Plus ponctuellement, j'ai eu la chance de participer à plusieurs ateliers d'écriture qui ont été cruciaux dans l'avancement de mes recherches : celui de mon directeur de thèse, l'atelier PSL/Cambridge organisé par Olivier Allard et Matei Candea, enfin celui que j'ai co-organisé avec Carla Bertin. Je remercie les organisateurs et les participants de ces ateliers pour la richesse des discussions.

Dans ces différents espaces scientifiques, nombreux sont les chercheuses et chercheurs qui m'ont apporté un soutien ou des conseils. J'adresse un très chaleureux remerciement à Mary-Jo DelVecchio Good et Byron Good, qui ont bien voulu m'accueillir dans leur département et dans leurs cours et qui m'ont permis d'élargir les horizons scientifiques de cette recherche.

C'est également grâce à eux que j'ai pu rencontrer un ensemble de psychologues, médecins et anthropologues que je tiens à remercier pour la richesse de nos échanges : parmi eux, Arlène Katz, Andrea Chioventa, Edward Lowe, Veronika Kusumaryati, Margot Mai, Sandeep Nanwani, Alexander Miamen et Henry Shah. Aussi et surtout, quelques jeunes chercheuses ont su m'épauler à des moments cruciaux de ce parcours scientifique : un grand merci à Annalisa Lendaro, Annemarie Samuels, Fanny Chabrol et Noémie Merleau-Ponty.

Pour leur amitié et les discussions de différents points de cette thèse, je remercie Malek Rasamny, Jackie Wang, Alexander Moll, Hussam Jefee Bahloul, Ericka Knudson, Flore Boudet, Ghislain Casas, Luisa Reis Castro, Adnan Çelik, Adèle Blazquez, Karolina Kania, Giselle Avilés-Maldonado, Carla Bertin, Chiara Calzolaio, Alexandre Pieroni, Isabelle Mazzeo, Elena Mazzeo, Emilie Huguon et Laure Avron.

Pour préserver l'anonymat des personnes qui apparaissent dans cette thèse, je ne peux malheureusement pas remercier nommément celles et ceux qui, à Lifou ou à Nouméa, m'ont accueillie et m'ont aidé dans cette recherche. Sans leur hospitalité et leur générosité, ce travail n'aurait pas été possible. J'exprime ainsi ma profonde gratitude envers tous les habitants de Lifou. Je suis tout particulièrement redevable et reconnaissante aux grands-mères de Lifou, qui ont tant partagé avec moi. Je remercie aussi les institutions qui ont permis cette recherche, le Centre Hospitalier de Soins Albert Bousquet, la Direction des Affaires Communautaires et de l'Action Sociale de la Province des Îles, enfin la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie. J'adresse un remerciement chaleureux aux personnels soignants de l'Antenne Médico-Psychologique de Lifou, qui m'ont acceptée sur leur lieu de travail, m'ont accordé leur temps et leur attention et qui n'ont pas cessé de manifester leur enthousiasme pour cette recherche.

Pour leur relecture attentive des chapitres à suivre, j'adresse mes remerciements à Nassima Taleb, Elsa Boulet, Hugo Souza de Cursi, Samir Boumediene, Sanga Stuber Vandame, Adrien Primerano, Jean-François Roche et Marion Roche.

Parmi les personnes déjà citées, deux amies méritent de plus amples remerciements. Jackie Wang, partenaire de bibliothèque, m'a donnée la confiance d'écrire et m'a transmis sa persévérance. Marion Roche, amie de toujours, a été ma relectrice finale et a été présente jusque dans les derniers moments de l'écriture de cette thèse. Pour leur amitié, leur générosité et leur présence constante, je leur exprime ma plus grande gratitude.

Enfin, je suis tout particulièrement reconnaissante envers mes parents, qui m'ont encouragée dans mon choix de reprendre mes études et m'ont soutenue tout au long de cette thèse.

Résumé et mots-clés

A partir des représentations, itinéraires thérapeutiques, pratiques de soins et discours qui encadrent les troubles mentaux sur l'île de Lifou, cette thèse explore la reconfiguration de l'intervention psychiatrique dans le contexte de la décolonisation de la Nouvelle-Calédonie. Avec l'autonomisation croissante des compétences calédoniennes, comment s'ouvrent et se modifient des dispositifs de soin fortement marqués par le legs colonial ? Comment l'expérience subjective de la maladie mentale et de son soin s'en voient bouleversées ?

L'enquête menée sur 14 mois a croisé les entrées et les angles ethnographiques – espaces familiaux et espaces institutionnels du soin, espace villageois de Lifou et espace urbain de Nouméa, récits des malades et de leurs familles, mais aussi de guérisseuses, chefs coutumiers, pasteurs, infirmiers, psychologues, psychiatres. L'observation participante dans une structure de pédopsychiatrie décentralisée sur l'île de Lifou m'a permis d'analyser comment se combinaient les modes de résolution et les registres discursifs européens et kanaks portant sur la santé mentale dans le contexte d'un changement des techniques de gouvernementalité. A partir de quelques études de cas, j'expose dans ma thèse les itinéraires thérapeutiques entre ces différents espaces et je décris l'expérience subjective de la maladie mentale ainsi que la façon dont les familles négocient le soin dans les nouveaux dispositifs. En outre, pour mieux comprendre ces dispositifs, je retrace l'histoire de la psychiatrie coloniale et de la santé mentale en Nouvelle-Calédonie – d'une psychiatrie asilaire pensée dans les murs de la colonie pénitentiaire à son ouverture vers des structures décentralisées visant à prendre en charge les maux de la souffrance sociale.

Ainsi se déploient les différentes dimensions d'un espace politique de la santé mentale, de l'expérience subjective de la maladie jusqu'au pouvoir thérapeutique, aux dispositifs et aux acteurs socio-sanitaires. Cette thèse montre comment cet espace est traversé par la tension entre une éthique de la relationnalité qui traverse le monde social kanak, et les reconfigurations institutionnelles ainsi que l'économie néolibérale propres au contexte postcolonial.

Mots-clés : anthropologie politique, anthropologie de la santé, ethnographie, Nouvelle-Calédonie, Lifou, Kanak, histoire de la psychiatrie coloniale, santé mentale, gouvernementalité, autochtonie, subjectivité, relationnalité, violence coloniale, pouvoir thérapeutique

Abstract and keywords

This research explores the reconfiguration of psychiatric intervention in the context of the decolonization of New Caledonia. To do so, it looks at the representations, histories of patients, care practices and discourses that frame mental disorders on the island of Lifou.

In the context of the greater autonomy given to the institutions of New Caledonian, how are psychiatric practices which are strongly marked by the colonial legacy opening up and changing? How has the subjective experience of mental disorders and their care been changing?

This dissertation is based on 14 months of fieldwork working at the intersection of various ethnographic entry points and angles such as family and institutional spaces of care, the rural villages of Lifou versus the urban space of Nouméa, narratives of people suffering from mental disorders and their families, but also the narratives and stories of healers, customary chiefs, pastors, nurses, psychologists and psychiatrists. Through a participant-observation led method of research that was employed in a decentralized pedopsychiatric institution on the island of Lifou, I analyzed the changes in European and Kanak discourses on mental health as well as their means of resolving mental disorders, all within the context of larger changes in techniques of governmentality. A few case studies help unfold the various patient histories that exist between these different spaces and sheds light on the subjective experience of mental disorders as well as the way in which families negotiate care in new treatment facilities. In order to better understand the healthcare institutions and actors, I also retrace the history of colonial psychiatry in New Caledonia – from an asylum-based psychiatry which was conceived within the prison colony, to its opening up in the frame of decentralized structures which take charge of care provision in addressing social suffering.

This dissertation works to unravel the different dimensions of the political space of mental health, from the subjective experience of mental disorders to therapeutic power, for care institutions to the socio-sanitary actors who work within them. It shows how this space is criss-crossed by tensions between the ethics of relationality on the one hand, and the institutional reconfigurations linked to the post-colonialism context and the ensuing neoliberalization of the economy, on the other.

Keywords: Political anthropology, medical anthropology, ethnography, New Caledonia, Lifou, Kanak, history of colonial psychiatry, mental health, governmentality, indigeneity, subjectivity, relationality, colonial violence, therapeutic power

Sommaire

Remerciements	2
Sommaire	6
Note sur l'orthographe et la prononciation des termes <i>drehu</i>	15
Cartes.....	16
Introduction	18
<u>Première partie – Imaginaires historiques et ethnographiques du soin et de la santé mentale</u>	31
Chapitre 1 – Rencontres ethnographiques autour du soin	33
I. Pour une anthropologie politique de la santé en Nouvelle-Calédonie	35
L'ethnologie missionnaire de Maurice Leenhardt : traduire le corps, apporter la personne	35
Renouveler les sciences sociales en Nouvelle-Calédonie	40
Décoloniser la recherche calédonienne ?	43
Définir un espace politique et (post)colonial de la santé mentale.....	46
II. Enquêter dans une « ancienne colonie non décolonisée ».....	52
Une entrée nouméenne dans les institutions	53
L'anthropologue et les institutions de Lifou	56
Tracés contemporains du grand partage.....	59
III. Trajectoires et positions de l'ethnographie villageoise.....	61
Kanak et <i>kamadra</i> de Lifou	62
« Présenter son visage » et se perdre en chemin	66
Le temps long du terrain et ses émotions	72

Circulations ethnographiques	74
IV. Le genre du savoir	77
Les femmes et le savoir politique.....	79
Respecter, transgresser, se dédoubler.....	81
L'attention aux positions minoritaires : du discours aux paroles.....	82
Dispositifs de l'érudition.....	86
Conclusion.....	89
Chapitre 2 – Expériences coloniales, savoirs ethnologiques et pouvoirs coloniaux à Lifou au XIXème et XXème siècle	91
I. Premières situations coloniales à Lifou.....	93
Santaliers et baleiniers.....	93
L'arrivée de l'Evangile.....	95
Organisation sociale et jeux de pouvoirs dans l'évangélisation de Lifou	96
II. Formes de la violence coloniale aux Îles Loyauté et à Lifou.....	98
Une colonisation moins violente ? Le « <i>Fatal Impact</i> » en question.....	99
La dépopulation en Océanie et à Lifou	102
Pouvoir religieux et coutumier dans la disciplinarisation des corps : le code Boula .	103
Le régime de l'indigénat aux Loyauté.....	106
Les formes de travail forcé, du <i>blackbirding</i> au régime de l'indigénat	108
III. Savoirs ethnomédicaux à Lifou, des écrits missionnaires à Maurice Lenormand	114
Des missionnaires en quête de vérités : rétablir l'humanité dans les récits	115
Mesures et partages missionnaires sur les Îles Loyauté.....	118
Statut singulier de Lifou et de ses habitants.....	120
Mises en ordre langagières des missionnaires.....	122
Le partage des savoirs thérapeutiques, magiques et sorciers	124
Maurice Lenormand, héritier à Lifou de l'ethnologie missionnaire de Leenhardt	128
IV. Médecines missionnaire, coloniale, territoriale	133

Hygiénisme et moralisme de la médecine missionnaire	134
Principes de l'assistance médicale aux indigènes, de Paris à Lifou.....	137
La lèpre et la naissance de la gouvernamentalité de la santé calédonienne	141
Le rôle des auxiliaires Kanaks dans la diffusion des règles d'hygiène	146
Naissance de la médecine territoriale.....	149
Conclusion.....	152
Chapitre 3 – Naissance d'une psychiatrie coloniale calédonienne.....	155
I. L'aliénisme dans les colonies et à « la Nouvelle ».....	157
Aliénisme, ethnologie et colonisation	157
L'aliénation dans la « Mission civilisatrice » : le Congrès colonial de 1905.....	160
Le rapport sur « L'Assistance des Aliénés aux Colonies » de Régis et Reboul, 1912 : naissance de la psychiatrie coloniale.....	163
L'aliénation en Nouvelle-Calédonie : observations cliniques et prises en charges en fonction des catégories de population	165
II. L'asile d'aliénés de l'Hôpital du Marais : une architecture fondatrice	170
L'architecture de l'hôpital du bagne	171
Isoler pour soigner et dépister les faux aliénés pénaux	173
Conditions d'internement et de traitement	175
Les pathologies psychiatriques du bagne dans le monde colonial	178
III. Fermeture du bagne et reconfiguration des logiques disciplinaires dans la société calédonienne (1912-1960).....	180
Le rôle de l'asile dans la refonte de la société calédonienne.....	181
L'application du décret de 1936 dans le cadre de l'indigénat.....	184
Les oubliés de Nouville.....	188
IV. Renaissance de l'hospice dans les années 1960 et naissance d'une ethnopsychiatrie calédonienne.....	191
Boom économique, évolutions sociales et rénovation de la psychiatrie calédonienne	192

Ville et acculturation dans l'épidémiologie psychiatrique océanienne	195
Poncifs de l'ethnopsychiatrie calédonienne	200
Le projet de « psychiatrie ontologique » du docteur Zeldine.....	205
L'ethnopsychiatrie pendant les « événements » des années 1980.....	209
Conclusion.....	213
<u>Deuxième partie – L'espace relationnel du soin face aux troubles mentaux</u>	216
Chapitre 4 – Le pouvoir thérapeutique kanak	218
I. Les savoirs médicaux et botaniques kanaks dans le régime discursif de l'autochtonie.....	220
L'apparition progressive de la médecine kanake dans la revendication identitaire...	220
La patrimonialisation des plantes communes.....	225
Mise en scène touristique du patrimoine botanique et émergence de nouveaux acteurs	229
Savoirs médicaux et éthique de la <i>relationnalité</i> océanienne dans la santé publique calédonienne.....	233
II. Portrait d'une guérisseuse	238
Caractéristiques sociodémographiques des guérisseuses rencontrées.....	239
La vie de Meri : économie politique de l'hospitalité et du soin.....	241
Le <i>hnalapa</i> d'une guérisseuse	242
Quelques médicaments.....	242
La quête thérapeutique des malades.....	244
Une vie de sollicitude.....	246
La pratique thérapeutique dans le tissu social de la relationnalité	247
Les besoins économiques	249
III. Caractéristiques du pouvoir thérapeutique kanaks.....	251
L'ambivalence du <i>men</i> et de ses détenteurs	252
Déplacements des contours du pouvoir thérapeutique	255

Mécanismes de la transmission	260
Implications politiques de la transmission	262
Conclusion.....	265
Chapitre 5 – Catégories et étiologies du malheur et des troubles mentaux	268
I. Classifier les troubles : énoncés profanes et savants sur la maladie mentale.....	271
Retrouver les « catégories kanakes » : discours érudits sur les « enfants de la terre »	271
Les signifiants sociaux rattachés aux « enfants de la terre ».....	274
Énoncés profanes sur la maladie mentale et le handicap	278
Significations morales de la distinction entre maladies de naissances et accidents de la vie.....	280
Le régime de soins des maladies causées par le cannabis.....	284
II. L’influence du monde invisible sur les troubles psychiques.....	286
Les maladies posées	287
Le rôle des esprits des ancêtres dans les troubles psychiques.....	289
Protéger la grosseur des esprits.....	291
Les soins de la fontanelle : <i>hutri he, cai kaqa</i>	294
Maladies des esprits des défunts : <i>kotrë fë u</i>	296
Une affliction à part : tristesse, fatigue, dépression	298
Conclusion.....	301
Chapitre 6 – Les « enfants de la terre » : discours et pratiques autour de la déficience mentale	304
I. <i>Nekö i dro</i> , les enfants de la terre : entre catégories savantes et profanes.....	306
Les enfants de la terre : le lien avec le monde invisible, la place du sacré	307
Respect, bénédiction, assise sociale : les valeurs du soin	308
II. L’enfance de Lolo	311
Le discours des familles	312
Enfant de l’alcool	316

L'histoire d'une famille au sortir du régime de l'indigénat	319
En quête de soins	322
III. Chronicisation, de la tribu à l'hôpital, de l'hôpital à la tribu	324
De Lifou à l'hôpital	325
Vie et prise en charge à la tribu	327
Retours à Nouméa	331
IV. Un <i>nekö i dro</i> à l'hôpital	333
Tableau clinique	335
Projets de vie : de l'hôpital à la tribu	337
Le pavillon de l'« abandonnisme »	341
Conclusion.....	344
Chapitre 7 – Expériences subjectives des troubles psychotiques : les voix des esprits	347
I. Les premières hallucinations de Marcel	350
Dispositifs ethnographiques et thérapeutiques	351
De la tribu à la mine de Goro	354
Premières hallucinations	356
Premiers soins de l'entourage, des médicaments kanaks au dispensaire	361
II. Diversité des modèles explicatifs et des recours thérapeutiques.....	363
Le cerveau : dysfonctionnement de l'organe	365
Mondes étiologiques et thérapeutiques kanaks	367
La jalousie et l'attaque sorcière.....	368
Goro, l'endroit tabou	372
Pluralité des mondes étiologiques	374
III. La relation thérapeutique avec le psychiatre et l'évolution des troubles	376
Mise en place et évolution du suivi psychiatrique	377
Colère et agressivité	380

L'élément culturel dans la relation thérapeutique	382
IV. Apaiser les voix au quotidien.....	387
Donner un sens aux hallucinations et contenir la peur.....	387
Réconfort et tensions dans le clan	390
Le sens du partage et ses bienfaits.....	392
Conclusion.....	396

Troisième partie – La psychiatrie dans la tribu 399

Chapitre 8 – Aux marges de la (post)colonie : psychiatrie, violences et vulnérabilités
..... 401

I. Troubles psychiques et contemporains à Lifou : de l'hôpital à la tribu	402
Aperçu épidémiologique des troubles psychiques et sociaux	403
Représentations de la schizophrénie : le regard de Marcel sur ses « pairs ».....	408
L'urgence psychiatrique dans la tribu : suicides et décompensations psychotiques..	411
Institutionnalisation, neuroleptique et chronicité	415
Les visites à domicile d'une infirmière psychiatrique	419
II. Une femme à la marge	423
L'histoire d'une femme	423
Malheur matrimonial et violences domestiques.....	426
Des folies moins bruyantes	429
L'invisibilisation des femmes	431
III. Jeunesse, cannabis et marginalité : l'histoire de Sami	434
Adolescences nouméennes	434
Voix, violences et internements	437
L'ambivalence des institutions.....	438
Les feuilles : cannabis et jalousie.....	441
La piqûre, l'allocation et la coutume.....	443

IV.	Mal-être de la jeunesse, épidémie de suicide et inquiétude des aînés.....	446
	Le souci des aînés face à une « épidémie de suicide ».....	447
	Idéalisation de la « tradition » et maux de la modernité : l'assise fragilisée des jeunes Kanaks	448
	Refonder l'autorité perdue ? Les discours sur les punitions corporelles.....	451
	Conclusion.....	453
Chapitre 9 – Soigner l'enfance et la jeunesse de Lifou : ethnographie d'une Antenne Médico-Psychologique		456
I.	Sectorisation et provincialisation	457
	Contexte des premières réformes en direction d'une sectorisation en Nouvelle-Calédonie.....	458
	Les contraintes structurelles et institutionnelles de Nouvelle-Calédonie.....	459
	Le défi d'un secteur dans les îles	461
II.	L'Antenne Médico-Psychologique de Lifou.....	464
	La pédopsychiatrie en Nouvelle-Calédonie et à Lifou.....	465
	Le quotidien de l'AMP.....	466
	Les enfants de l'AMP.....	469
	Jacob, quatre ans : de l'école à l'AMP.....	471
III.	Positionnements des acteurs de la santé mentale autour de la coutume	475
	L'élément culturel dans le maillage de la santé mentale.....	475
	Médecine traditionnelle et psychiatrie	478
	La santé mentale dans les chemins coutumiers	481
IV.	Soignants kanaks et européens.....	484
	Un pédopsychiatre atypique	485
	De jeunes soignantes arrivées de métropole	487
	La compétence culturelle du personnel soignant kanak.....	490
	La prise en compte de la dimension culturelle dans une situation d'enfance en danger	492

L'accès aux savoirs autochtones	494
Le capital d'autochtonie des personnels médicaux et paramédicaux kanaks.....	496
Conclusion.....	499
Conclusion.....	501
Bibliographie.....	507
Rapports et documents institutionnels.....	531

Note sur l'orthographe et la prononciation des termes *drehu*

Les termes *drehu* employés dans cette thèse sont orthographiés selon l'usage du lexique *drehu*-français de Léonard Drilë Sam en 1995¹.

La prononciation des lettres est la suivante :

Les sons notés « a », « i », « o », « b », « m », « f », « v », « t », « d », « n », « l », « z », « k », « s » se prononcent comme en français.

Le son noté « c » se prononce « tch ».

Le son noté « e » se prononce « é ».

Le son noté « ë » se prononce « è ».

Le son noté « g » se prononce « gue ».

Le son noté « h » est aspiré.

Le son noté « j » se prononce comme le « th » anglo-saxon.

Le son noté « ö » se prononce « eu » de façon gutturale.

Le son noté « q » se prononce « rou ».

Le son noté « u » se prononce « ou ».

Le son noté « w » se prononce comme le « w » anglo-saxon.

Le son noté « x » se prononce comme la « jota » espagnole.

Le son noté « z » se prononce comme le « th » anglo-saxon.

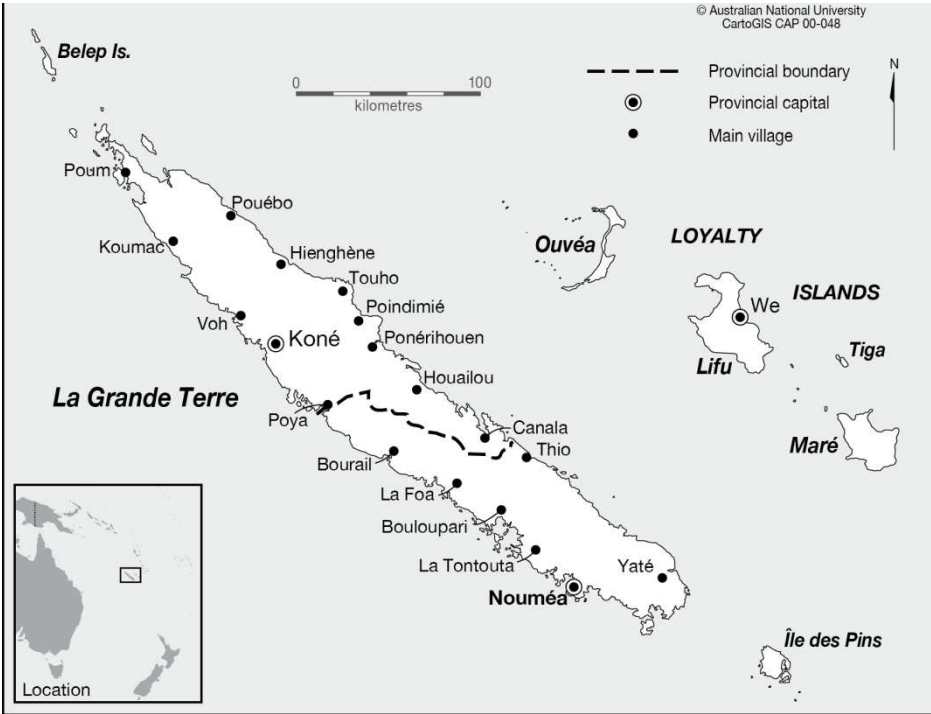
Le son noté « tr » se prononce comme le « ts » ou « tch ».

Le son noté « dr » se prononce comme le « dz » ou « dj ».

Par exemple, *nekö i dro* [enfant de la terre] se prononcera « nékeu i djo » et *qatr* [vieux, vieille] se prononcera « rouatch ».

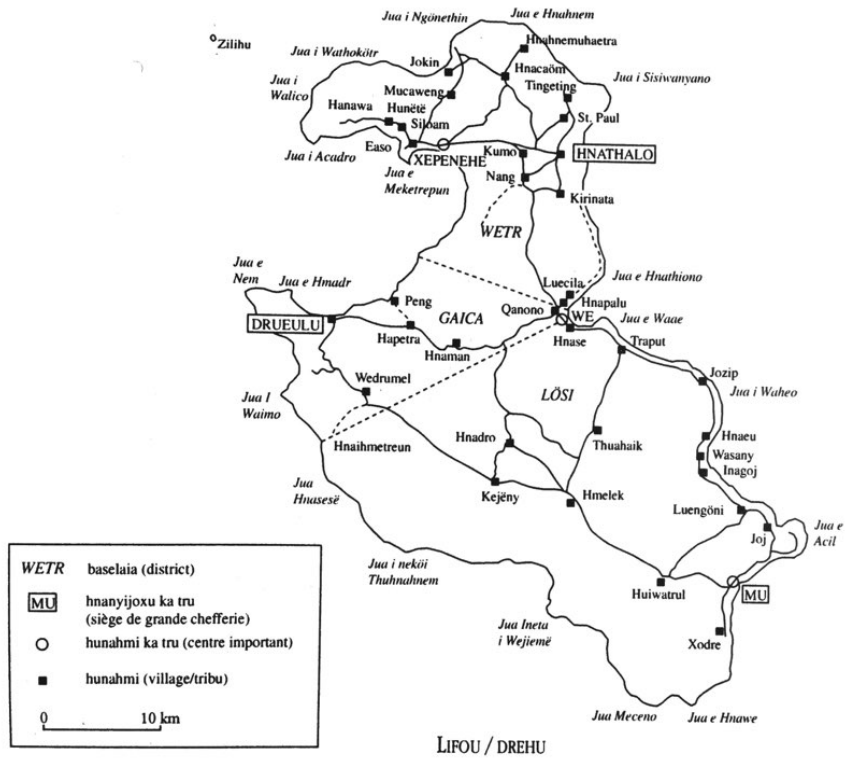
¹ Léonard Drilë Sam, *Dictionnaire Drehu-Français (Lifou, Nouvelle-Calédonie) : suivi d'un lexique français-drehu (pour débutants)*, Nouméa, Centre Territorial de Recherche et de Documentation Pédagogiques, 1995, 262 p.

Cartes



Nouvelle-Calédonie

Source : CartoGIS Services, College of Asia and the Pacific, The Australian National University



L'île de Lifou

Source : Claude Lercari et al., *Langue de Lifou. Qene drehu. Méthode d'initiation*, Nouméa, Centre de Documentation Pédagogique de Nouvelle-Calédonie, 2001, Tome 1, p. XV

Introduction

Sous le vaste préau ouvert qui fait office de salle commune, des parents et des grands-parents se sont installés face à nous sur les nattes disposées au sol, ou les quelques bancs et chaises. C'est la « fête du grand chef » de ce district, et les habitants des villages qui le composent se sont affairés depuis plusieurs semaines à la préparation des festivités qui dureront quelques jours. De petits stands de tôle, séparés par de larges feuilles de cocotier tressées, ont été montés tout autour du terrain de football qui longe le préau. Les familles qui s'affairent dans les stands vendent paniers et chapeaux tressés, tuniques cousues dans des tissus fleuris, fleurs et semis, miel, vanille ou brochettes et barquettes de plats qu'ils ont préparés pour restaurer les badauds. Mais le temps maussade a dissuadé les touristes et habitants des autres districts, et ce sont surtout les « sujets » du grand chef qui sont présents. Pendant que des jeunes hommes jouent au foot, des enfants courent autour du préau, sous lequel s'enchaînent jeux de bingo, échanges et discours cérémoniels. Les fêtes qui ponctuent la vie de Lifou, que ce soit pour célébrer un grand chef ou les produits vivriers de l'île – vanille, miel, roussette ou *pahatr* [fougère comestible] – sont des moments privilégiés où se rassemblent les communautés des différentes tribus.

Depuis quelques mois, le suicide est devenu une préoccupation centrale et ces rassemblements sont l'occasion de l'aborder. Ce matin-là, sur la route qui nous menait à la fête du grand chef, nous avons appris le suicide à Nouméa d'un jeune homme originaire du district. Nous n'en parlons pas et nous contentons de restituer les résultats d'une conférence sur le suicide qui s'est tenue il y a quelques semaines dans un autre district. Elise, la première femme psychologue kanake, qui travaille à l'Antenne Médico-Psychologique de Lifou et Pierre, un cadre de santé kanak, sont assis à mes côtés. Ma chaise est légèrement en retrait, pour signifier mon statut d'observatrice plus que d'intervenante, même s'ils m'ont demandé de prendre la parole avec eux. A peine notre restitution terminée, un vieil homme assis face à nous prend la parole. Un cartable en cuir élimé est appuyé contre sa chaise. Bien qu'il soit infirmier, il se présente comme psychologue et psychiatre. Chef de clan, infirmier, et homme

âgé, il se tient au sommet de la hiérarchie sociale de Lifou et, à ce titre, impose le respect. Nul n'oserait l'interrompre ou le contredire, si ce n'est un autre *qatr* [personne âgée].

La question qu'il aborde se transforme vite en monologue qui révèle ses talents d'orateur kanak.

« C'est très dur ce que je vais vous demander (...). « Quelle est la recette magique (...) pour résoudre ce problème ? (...) Il faudrait que les gens ils reconnaissent exactement pourquoi on arrive à ce stade. (...) Vous êtes très jeunes, hein. Faut revenir en arrière. Il faut mieux cibler la psychologie et le regard que vous avez ».

Au fil de son discours, le vieil homme déroule l'opposition entre psychologie traditionnelle, kanake, et moderne, qu'il associe aux institutions coloniales que sont l'école et la justice. Il nous invite à reprendre notre travail en intégrant des éléments de tradition. Pour illustrer son propos, il fait appel au symbole de la case kanake, dont la tenue incarne l'équilibre ou au contraire la déroute d'une tribu, d'un clan et des individus qui le composent. Chaque élément de la case, chaque étape de sa construction, rejoue symboliquement l'harmonie du groupe.

« Moi c'est la psychologie ancienne, et moderne (...). Il faudrait appeler des gens, des gens qui connaissent bien faire la case. Parce que je suis psychologue. Et la case, c'est la formation de l'homme kanak. Si vous ne connaissez pas la case, la psychologie moderne elle ne comprend rien, elle tourne en rond. Dans le système de la modernité. Et si vous restez dans la case, vous aurez appris à le faire et à connaître. Parce que vous savez, je vais dire une chose. La justice française elle juge les gens au tribunal de Nouméa. Alors que le tribunal de Lifou est sur ce poteau à l'intérieur de la case, au milieu. C'est différent. »

L'association d'un mal-être kanak, en particulier de la jeunesse, à un problème judiciaire, autrement dit à une question d'autorité transférée de la case vers le tribunal de Nouméa, donne le ton des économies morales qui encadrent la santé mentale en Nouvelle-Calédonie. Par méconnaissance des valeurs de la tradition kanake, transmises dans la case, les dispositifs de la santé mentale seraient voués à tourner en rond, rejoignant les autres institutions coloniales françaises.

Le *qatr* déploie la critique des institutions coloniales pour faire état des troubles qui affectent sa communauté et en particulier les plus jeunes. Il s'adresse à nous comme à trois jeunes représentants de ces institutions héritées de la colonisation française, qu'il accable pour leur manque de fréquentation de la case et de l'église, espaces de la coutume et de la religion, souvent présentés comme les deux piliers de la vie sociale à Lifou. « Ça va de pire en pire maintenant, je vous préviens » nous dit-il. Son propos alarmiste et accusateur se termine sur

un encouragement dans notre travail, geste oratoire classique des aînés kanaks s'adressant aux plus jeunes.

« Ce que je dis simplement, si vous faites le tour, vous trouverez des mots que vous allez mettre en pratique pour essayer de dévoiler cette idée-là. (...) Je vous dis, vous trouverez les mots qui correspondent. Et je vous aiderai à la fin. Faut y aller. Vous avez votre travail, je vous demande, vous êtes psychologue, il faut y aller. (...) Voilà, faites le tour, et puis un jour faut revenir avec des gens qui sont un peu spécialistes de la coutume kanake, des grands chefs (...). Faites venir pour discuter. Parce que faut pas parler de psychologie et puis passer à côté de la psychologie. Voilà ce que je voulais dire. N'oubliez pas de chercher les mots. »

Elise, Pierre et moi incarnons la génération qui a grandi en Nouvelle-Calédonie après les Accords de Matignon. Signés en 1988, ces Accords mirent un terme aux violents affrontements ayant opposé dans les années 1980 les indépendantistes kanaks aux loyalistes, majoritairement européens. L'ensemble de mesures qu'ils comportaient devaient rééquilibrer les inégalités du territoire et prévoyait pour cela la formation d'élites kanakes, inaugurant une ère nouvelle pour l'archipel. Revenus de métropole après leurs études, les Kanaks commencèrent à occuper des emplois dans des secteurs centraux de la construction du pays, et à faire vivre avec les autres Calédoniens l'idée du « Destin commun » énoncée en 1998 dans les Accords de Nouméa¹. Entre cette date et le référendum d'autodétermination de 2018, la Nouvelle-Calédonie a vu son économie et ses institutions se reconfigurer au cours d'une ère de prospérité marquée par les transferts économiques de la métropole et les revenus générés par le développement minier. Les acteurs sociopolitiques, parmi lesquels sont à présent représentés tous les groupes ethniques de Nouvelle-Calédonie, se sont affairés à créer ou à remanier les institutions dans un climat relativement apaisé.

En parallèle de ce processus de décolonisation unique, le Centre Hospitalier de Soins Albert Bousquet, hôpital psychiatrique de Nouvelle-Calédonie, a également réformé ses pratiques. Ses murs se sont progressivement ouverts sous l'effet d'une sectorisation fort tardive au regard des développements de la psychiatrie dans le reste du monde. Jusqu'à la fin des années 1980, cet hôpital géré par l'armée coloniale était la seule structure prenant en charge les malades psychiatriques de Nouvelle-Calédonie. Un premier secteur s'est ouvert dans la ville

¹ L'idée de « destin commun » évoquée pour la première fois dans le préambule de l'Accord de Nouméa désigne un ensemble de principes et mesures qui, en rupture avec les violences coloniales passées, entendent construire un pays dans lequel « l'identité confisquée » au peuple kanak lui est rendue, les fautes sont reconnues, et une citoyenneté nouvelle est construite sur la base d'une communauté pluriethnique qui rassemble le « peuple d'origine » et les autres communautés du territoire. « Accord sur la Nouvelle-Calédonie signé à Nouméa le 5 mai 1998 », *Journal Officiel de la République Française* n°121 du 27 mai 1998 page 8039.

de Nouméa dans les années 1990 et des missions ambulatoires ont été organisées pour pallier l'absence de structures de psychiatrie de proximité sur le reste du territoire, réduisant en partie les inégalités d'accès aux soins « en brousse » et « aux îles ». La Province Nord et la Province des Îles, nouveaux découpages administratifs créés par les Accords de Matignon correspondant aux régions habitées majoritairement par les Kanaks, bénéficièrent d'un meilleur accès aux dispositifs socio-sanitaires du territoire. A Lifou, chef-lieu de la Province des Îles, une Antenne Médico-Psychologique a été créée en 2006, dispositif original intervenant dans la prévention des maux de la santé mentale.

Cette recherche doctorale intervient à la jonction de ces deux dynamiques : d'une part, un processus de décolonisation avant tout institutionnelle, dans lequel les institutions calédoniennes se consolident et accordent aux acteurs kanaks une place dont ils étaient privés jusque-là ; d'autre part, la désinstitutionnalisation relative de la psychiatrie, son extension géographique à l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie et son ouverture aux maux de la souffrance sociale. D'un côté, des institutions calédoniennes qui se renforcent et intègrent les acteurs kanaks et leurs économies morales. De l'autre, un hôpital qui ouvre son dispositif vers les tribus et leurs problématiques sociales. Dans ce contexte, le mandat social donné à la psychiatrie est amené à jouer un rôle dans la prévention et le soin de troubles considérés comme nouveaux et associés aux pathologies de la modernité. De nouveaux acteurs socio-médicaux prennent en charge les maux de la souffrance sociale dans les communautés kanakes jusque-là tenues à l'écart des dispositifs de soins qu'ils reconfigurent en prenant en compte la coutume kanake et ses autorités.

Le vieil infirmier qui nous interpelle ce jour-là cristallise dans son discours les difficultés, rigidités et contradictions de cette reconfiguration politique, ainsi que les anxiétés accrues qu'elle suscite. L'inquiétude vis-à-vis de la jeunesse et les efforts pour repenser les prises en charge de la souffrance psychique sont l'une des facettes du processus contemporain de reformulation sociopolitique. Le vieil infirmier nous signifie que les efforts des psychologues sont vains s'ils ne respectent pas les hiérarchies sociales kanakes en s'appuyant sur les « spécialistes de la coutume kanake », c'est-à-dire les autorités coutumières. En d'autres termes, il rappelle la centralité des hiérarchies de l'organisation sociale kanake, qu'il s'agit de respecter dans l'ensemble des processus sociopolitiques du pays.

On peut considérer la période contemporaine en Nouvelle-Calédonie comme l'un de ces « moments indécis de changement où se réarticulent les modalités du gouvernement de soi et

du gouvernement des autres »². Suivant la démarche de Michel Naepels, et pour éviter de réduire la complexité contemporaine au dualisme colonisateur/colonisé, cette thèse propose d'examiner comment les formes de « décolonisations partielles » sont aussi des « recolonisations », comment les « résistances ou les collaborations » sont aussi porteuses de « rapports d'inégalités internes »³. Pour cela, un espace localisé et un objet transversal ont été choisis. Partir de l'île de Lifou, située à une heure d'avion de Nouméa, et ayant une histoire distincte de celle retrouvée sur la Grande Terre de Nouvelle-Calédonie, permet d'examiner comment ses habitants, majoritairement kanaks, ont construit leur rapport au colonial et ont saisi les diverses opportunités qu'offraient les Accords de Matignon, puis de Nouméa. Le choix d'un objet transversal comme la santé mentale suit la proposition de Benoît Trépied pour repenser les objets de recherche dans une perspective de décolonisation, en dépassant les objets s'intéressant aux seuls clivages coloniaux⁴.

Cette thèse suit ainsi un certain nombre de travaux qui considèrent la maladie mentale comme un « fait social total » qui, comme le définit Marcel Mauss, permet « d'apercevoir le groupe entier et son comportement tout entier » dans leurs dimensions économique, symbolique, politique et religieuse⁵. On mentionnera d'abord les travaux pionniers des psychiatres Frantz Fanon et Franco Basaglia, qui analysent les rapports de pouvoir constitutifs de l'institution psychiatrique, le premier dans le contexte des revendications indépendantistes en Algérie⁶, le second dans celui de la désinstitutionnalisation des hôpitaux psychiatriques italiens⁷. L'un et l'autre partent de l'institution hospitalière pour analyser les troubles mentaux et leur inscription politique et sociale. Partisans de la psychothérapie institutionnelle, leur réflexion s'inscrit dans un engagement politique de libération des peuples colonisés pour le premier, des malades psychiatisés pour le second. Pour eux, l'attitude vis-à-vis de la folie reflète la structure sociale et l'expression des troubles cristallise les dynamiques du groupe social dans lequel ils émergent. Ils mettent donc l'accent sur le rôle du dispositif dans la maladie mentale plutôt que sur son expérience subjective, même si celle-ci apparaît dans les écrits psychiatriques de Fanon.

² Michel Naepels, *Conjurer la guerre : violence et pouvoir à Houaïlou, Nouvelle-Calédonie*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2013, p. 14.

³ *Ibid.*, p. 15.

⁴ Benoît Trépied, « Recherche et décolonisation en Nouvelle-Calédonie contemporaine : lectures croisées », *Revue d'histoire des sciences humaines*, 2011, n° 1, p. 177-178.

⁵ Marcel Mauss, *Essai sur le don*, Paris, Presses Universitaires de France, 1925, 252 p.

⁶ Frantz Fanon, Jean Khalfa et Robert JC Young, *Écrits sur l'aliénation et la liberté*, Paris, La Découverte, 2015, 688 p.

⁷ Franco Basaglia, *L'Institution en négation : rapport sur un hôpital psychiatrique*, Paris, Arkhê, 2012, 336 p.

Poursuivant la réflexion sur la dimension politique des troubles mentaux, un courant de l'anthropologie de la santé contemporaine prend pour point de départ la subjectivité pour analyser les liens entre le social et le psychologique. Les travaux rassemblés dans *Subjectivity*⁸ et *Postcolonial Disorders*⁹ examinent comment les processus psychiques intimes sont reformulés sous l'effet de bouleversements politiques et économiques. Ils décrivent des individus, des familles et des communautés aux prises avec les violences du colonialisme, des dominations politiques et de la globalisation économique. Sous l'idée de « désordres » ou de troubles postcoloniaux se déploient des pathologies individuelles, des formes de souffrance et des pans de l'imaginaire collectif, ou encore des modes de répression politique, qui accompagnent les bouleversements structurels des politiques économiques néolibérales, de la globalisation ou de techniques de gouvernement postcoloniales. En faisant des subjectivités troublées le miroir de la vie sociale contemporaine, ils réintroduisent le politique au cœur du psychologique et le psychologique au cœur du politique¹⁰.

Les auteurs de *Postcolonial Disorders* s'intéressent plus particulièrement à la façon dont le colonialisme continue de hanter les subjectivités et les modes de gouvernement contemporains postcoloniaux. Thématiser le postcolonial revient à mettre en lumière les traces des héritages historiques de violence et de dépossession, qui émergent dans le présent sous forme de mémoires traumatiques ou de structures institutionnelles¹¹. Là où le culturalisme figeait l'analyse des subjectivités, le postcolonial les inscrit dans une perspective historique, économique et politique. Il s'agit donc de rendre compte de la constitution historique des subjectivités contemporaines, en d'autres termes de dessiner une généalogie du sujet postcolonial, dans la continuité des réflexions de Michel Foucault. Pour ce dernier, le sujet est toujours inscrit dans une histoire, que retrace la généalogie. Pour saisir l'expérience d'une culture donnée, Foucault propose d'examiner les savoirs qui se constituent comme vérité sur le sujet – par le biais des sciences humaines – et les pouvoirs qui l'assujettissent – par le biais de normes et de techniques de disciplines¹².

A partir de cet ensemble de questionnements théoriques, la « santé mentale » est l'expérience que je propose d'examiner pour mettre en lumière les modes de subjectivation postcoloniaux,

⁸ João Guilherme Biehl, Byron J. Good et Arthur Kleinman (eds.), *Subjectivity: Ethnographic Investigations*, Berkeley, University of California Press, 2007, vol.7, 477 p.

⁹ Mary-Jo DelVecchio Good et al. (eds.), *Postcolonial Disorders*, Berkeley, University of California Press, 2008, vol.8, 478 p.

¹⁰ Byron J. Good et al., « Postcolonial Disorders: Reflections on Subjectivity in the Contemporary World » dans *Postcolonial disorders*, Berkeley, University of California Press, 2008, p. 2.

¹¹ *Ibid.*, p. 6-7.

¹² Michel Foucault, « Subjectivité et vérité » dans *Résumés annuels des cours*, Paris, Collège de France, 1981, p. 385-389 ; Michel Foucault, *Histoire de la sexualité. L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard, 1984, 339 p.

c'est-à-dire le rapport des sujets kanaks à eux-mêmes dans l'histoire coloniale et (post)coloniale de la Nouvelle-Calédonie¹³. Le champ de la santé mentale recoupe un ensemble large de troubles, avec d'une part les maladies mentales communes (dépression, trouble généralisé anxieux, trouble obsessionnel compulsif, syndrome de stress post-traumatique...), d'autre part les maladies mentales graves (troubles psychotiques, schizophrénie, trouble schizo-affectif, dépression grave ou trouble bipolaire grave...). Elle intervient aussi préventivement dans un ensemble de domaines sociaux comme le développement de l'enfant, la santé mentale de l'adolescent, les problèmes liés à l'abus de substances ou les violences domestiques. Prenant en considération ce spectre large de troubles, j'entends marquer la dimension politique que constitue le passage d'une psychiatrie restée longtemps asilaire, pensée dans les murs de la colonie pénitentiaire, vers des structures décentralisées visant à prendre en charge un ensemble vaste de maux relevant de la souffrance sociale¹⁴.

Dans le contexte plus spécifique de la décolonisation d'une société océanienne, cette transition se fait en parallèle de l'émergence d'un ensemble de pratiques discursives liées au fait autochtone. Comme le soulignent Marie Salaün et Natacha Gagné, on assiste en Nouvelle-Calédonie comme ailleurs à une redéfinition des rapports entre les États modernes et les collectivités autochtones, qui se posent différemment selon les contextes¹⁵. L'autochtonie est un concept variable qui, dans le cas océanien, se traduit par une mise en avant de la coutume, « opérateur central de la gouvernementalité des hommes et des ressources », pour reprendre la formule de Pierre-Yves Le Meur¹⁶. Elle apparaît ainsi dans l'injonction du vieil infirmier à nous tourner vers la case, espace par excellence de la transmission de la coutume kanake. Pour comprendre la portée de son invitation, constamment retrouvée dans cette enquête ethnographique, il faut la réinscrire dans l'entreprise de revalorisation culturelle qui a été au

¹³ Je propose d'ajouter des guillemets à (post)colonial pour rendre compte de la singularité de la période que traverse la Nouvelle-Calédonie, engagée dans un processus de décolonisation dont l'issue est encore incertaine.

¹⁴ Alain Ehrenberg, « Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », *Esprit*, 2004, 304 (5), p. 133-156.

¹⁵ Marie Salaün, Martin Thibault et Natacha Gagné (eds.), *Autochtonies. Vues de France et du Québec*, Laval, Presses de l'Université de Laval, 2009, 552 p.

¹⁶ Pierre-Yves Le Meur, « Mobilité, autochtonie et citoyenneté : terrains africains et propositions océanistes » dans Marie Salaün, Martin Thibault et Natacha Gagné (eds.), *Autochtonies. Vues de France et du Québec*, Laval, Presses de l'Université de Laval, 2009, p. 393. Le Meur reprend ici le concept de gouvernementalité, que Foucault définit, par opposition aux conceptions classiques du pouvoir, comme le « domaine de relations stratégiques entre des individus ou des groupes — relations qui ont pour enjeu la conduite de l'autre ou des autres, et qui ont recours, selon les cas, selon les cadres institutionnels où elles se développent, selon les groupes sociaux, selon les époques, à des procédures et techniques diverses ». M. Foucault, « Subjectivité et vérité », art cit, p. 386.

cœur des nationalismes mélanésien¹⁷. La coutume en Nouvelle-Calédonie, comme la *kastom* au Vanuatu, termes d'abord imposés par les administrateurs et missionnaires, ont été repris dans les discours des leaders indépendantistes comme Jean-Marie Tjibaou. Celui-ci dénonçait par exemple l'aliénation dans laquelle le système colonial avait placé les Kanaks, faisant de sa culture un fardeau¹⁸. Bien qu'englobant dans leurs termes des réalités très diverses, ces discours tenus par les leaders mélanésien recourent un ensemble d'expériences vécues par les membres de ces sociétés, confrontées de fait à des mutations importantes de leur univers social et intellectuel sous l'effet du salariat, de l'éducation ou de la christianisation apportés avec la colonisation¹⁹. Ces pratiques discursives qui émergent de façon plus aiguë dans une enquête ethnographique réalisée à la veille d'un référendum d'autodétermination sont donc à considérer à la fois comme produits d'une histoire coloniale, et reflets d'un ensemble d'expériences subjectives dont il faut rendre compte. Elles émergent dans le contexte d'une valorisation d'une culture longtemps dévalorisée et qui, sous l'effet des Accords de Matignon puis de Nouméa, trouve une place renouvelée dans les débats intellectuels et politiques.

Aussi cette thèse interroge-t-elle les valeurs et références culturelles mises en avant dans les discours sur les soins donnés aux personnes en situation de détresse, en les confrontant à l'expérience subjective de ces personnes et de celles qui leur prodiguent des soins. Ces discours et pratiques, représentations que la société kanake se donne d'elle-même, font l'objet d'une « description dense »²⁰ intégrée à une « anthropologie contextualisée » du monde kanak, « saisi dans son rapport historique au phénomène colonial »²¹.

La description dense des pratiques et discours se double d'une phénoménologie des expériences singulières de la maladie telles qu'en rendent compte les personnes concernées ou leurs proches. Les récits qu'ils élaborent au sujet d'eux-mêmes, de leurs maladies ou des itinéraires thérapeutiques qu'ils ont suivis, constituent un point d'entrée pour l'ethnographie des subjectivités postcoloniales. Ils témoignent des processus économiques et politiques, des violences et des modes d'exclusion qui produisent, pour reprendre la formule de Byron Good²², des « modes subtils d'anxiété internalisée qui relie la sujétion à la subjectivité »²³.

¹⁷ Eric Wittersheim, « Les Chemins de l'authenticité : les anthropologues et la renaissance mélanésienne », *L'Homme*, 1999, p. 186.

¹⁸ Jean-Marie Tjibaou, *La Présence kanak*, Paris, Odile Jacob, 1996, p. 159.

¹⁹ E. Wittersheim, « Les Chemins de l'authenticité : les anthropologues et la renaissance mélanésienne », art cit, p. 186.

²⁰ Clifford Geertz, « Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture » dans *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*, New York, Basic books, 1973, p. 3-30.

²¹ B. Trépied, « Recherche et décolonisation en Nouvelle-Calédonie contemporaine : lectures croisées », art cit, p. 173.

²² Toutes les traductions de textes non publiés en français sont les miennes.

Suivant la démarche de Good, rassembler le psychologique et le politique en s'intéressant aux troubles ou désordres individuels et collectifs permet de retracer l'ordre implicite constitué par la situation coloniale. Dans des situations coloniales, cette démarche permet de repositionner le politique au cœur du psychologique et de mettre en lumière les ordres épistémiques, politiques et moraux qui s'imposent aux sujets coloniaux²⁴. Cette expérience du postcolonial émerge aussi des non-dits des conversations quotidiennes, à la marge des discours formels et des présentations de soi quotidiennes, dans l'effacement de certaines personnes auquel procèdent ces discours²⁵.

En somme, cette thèse aborde les trois dimensions constitutives d'un espace politique de la santé mentale à Lifou – le corps, le pouvoir thérapeutique et les institutions de la santé publique²⁶. Première dimension, le corps, porteur des stigmates de la société par le marquage rituel ou par les disparités socioéconomiques devant la maladie, apparaît dans cette recherche à travers l'expérience singulière de quelques personnes souffrant de troubles psychotiques. La phénoménologie des troubles mentaux, façonnés par l'environnement social dans lequel ils émergent, donne à voir les stigmates sociaux du contexte postcolonial. La thèse déploie aussi les différentes modalités des soins mis en œuvre par les familles et les communautés, qui s'affairent à l'apaisement des souffrances et à la gestion du quotidien de ces corps. Les différentes thérapeutiques mobilisées – médecine kanake, médecine du dispensaire, psychiatrie – constituent la deuxième dimension d'un espace politique de la santé. En validant ou invalidant la légitimité des uns et des autres à intervenir sur les corps souffrant, les acteurs impliqués dans les soins ou dans les processus décisionnels délimitent les contours du pouvoir thérapeutique. La thèse retrace l'histoire de l'implantation médicale et de la psychiatrie, afin de montrer la généalogie du pouvoir thérapeutique colonial, tandis que le pluralisme médical contemporain en matière de psychiatrie à Lifou donne à voir la répartition des pouvoirs non seulement entre médecine kanake et psychiatrie mais aussi entre institutions nouméennes et institutions indépendantistes, coutumières ou religieuses. Au corps et au pouvoir thérapeutique, dimensions couramment étudiées par l'anthropologie de la santé, Didier Fassin propose d'ajouter une dernière dimension, celle des dispositifs et économies morales de la

²³ Byron J. Good, « Theorizing the 'Subject' of Medical and Psychiatric Anthropology », *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 2012, vol. 18, n° 3, p. 517.

²⁴ *Ibid.*, p. 518.

²⁵ Byron J. Good, « Phenomenology, Psychoanalysis, and Subjectivity in Java », *Ethos*, 2012, vol. 40, n° 1, p. 24-36.

²⁶ Didier Fassin, *L'Espace politique de la santé : essai de généalogie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1996, p. 43-48.

santé publique, afin de les passer au crible d'une anthropologie critique²⁷. Les dispositifs et politiques de la santé mentale sont ici appréhendés comme modalités particulières d'un gouvernement de la vie reconfiguré sous l'effet du processus politique contemporain, gouvernement qui régule, surveille et discipline les corps²⁸. Cette dernière dimension donne à voir comment se réajuste le pouvoir disciplinaire face à l'émergence du champ de la santé mentale, et comment viennent s'y insérer les affirmations politiques et culturelles de l'autochtonie.

Pour construire cette anthropologie politique de la santé mentale, l'enquête a croisé les entrées et les angles ethnographiques, au cours de plusieurs terrains de trois-quatre mois chacun menés entre 2013 et 2016, pour une durée totale de quatorze mois. J'ai vécu dans quatre villages différents et me suis rendue régulièrement à Nouméa, pour explorer les espaces familiaux et institutionnels du soin, l'espace villageois de Lifou et celui urbain de Nouméa, pour y recueillir des récits de malades et de leurs familles, mais aussi de guérisseurs, chefs coutumiers, pasteurs, infirmiers, psychologues, psychiatres. L'observation participante des activités de l'hôpital psychiatrique décentralisées sur l'île de Lifou m'a permis d'analyser comment se combinaient les modes de résolution et les registres discursifs européens et kanaks portant sur la santé mentale dans le contexte d'un changement des techniques de gouvernementalité.

Ces différents chemins de l'enquête se croisent dans quelques études de cas présentées dans la thèse et portant sur les reconfigurations de l'étiologie et du soin des troubles, sur l'intervention socio-sanitaire, et sur les interactions entre acteurs kanaks et européens. Ces études de cas me permettent d'illustrer comment s'institutionnalisent des formes communautaires de gestion de l'ordre et du désordre et comment se reconfigurent des asymétries de savoir/pouvoir.

L'ethnographie des soins de santé mentale prodigués par l'hôpital psychiatrique à Lifou permet de saisir dans un endroit localisé l'émergence d'une gouvernementalité en décalage avec celle du régime colonial, sans qu'il s'agisse toutefois d'une véritable rupture. Ainsi, j'entends mettre en lumière les phénomènes de continuités et de discontinuités, plus appropriés pour saisir les réalités océaniques qu'une analyse qui opposerait la tradition à la modernité²⁹. Je montre que la décentralisation du soin psychiatrique, telle qu'elle se

²⁷ *Ibid.*, p. 46.

²⁸ Didier Fassin et Dominique Memmi (eds.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en sciences sociales, 2004, 166 p.

²⁹ Jonathan Friedman, « Y a-t-il un véritable Hawaïien dans la salle? Anthropologues et "indigènes" face à la question de l'identité » dans Christine Hamelin et Eric Wittersheim (eds.), *La Tradition et l'État*, Paris,

développe à Lifou, prend parfois les airs d'une institutionnalisation en milieu rural et villageois, plus que d'une désinstitutionnalisation de l'hôpital. Cette dynamique se complexifie d'autant plus à Lifou qu'y est établie la Province des Îles, collectivité territoriale indépendantiste dont les politiques publiques influent fortement sur la mise en œuvre de l'intervention sociosanitaire aux Îles Loyauté. Les acteurs coutumiers de Lifou occupent en outre une place intéressante dans les processus d'autochtonisation et de décolonisation contemporains qui tendent parfois à rigidifier le monde social kanak³⁰, rigidités qui affleurent en certains endroits de la gouvernementalité du soin en santé mentale.

Les différents chemins suivis dans cette thèse interrogent la production ou la reconfiguration des savoirs par le pouvoir thérapeutique (post)colonial et inversement³¹. Comment se font et se défont les techniques du gouvernement de soi et des autres dans un contexte de décolonisation ? Quelles sont les continuités et discontinuités historiques et géographiques des régimes de soin calédoniens ? Comment l'expérience de la maladie mentale et de son soin témoigne des processus de subjectivation (post)coloniaux ?

Cette thèse montre comment, dans une période où leur légitimité à gouverner est constamment contestée, les acteurs kanaks se positionnent sur l'espace de la santé mentale pour marquer leur autorité sur les sujets de leur pouvoir, établir les normes de la déviance et de l'ordre, enfin revendiquer leur capacité à gérer les désordres dans leur communauté. Cet espace voit ainsi se reconfigurer la légitimité des pouvoirs qui émergent, se renforcent ou se reconstituent sous l'effet du processus politique contemporain.

Deux dimensions apparaissent centrales dans les expériences, discours et pratiques encadrant la maladie mentale. La première est la dimension relationnelle qui est revendiquée comme caractéristique de l'organisation sociale kanake et centrale aux processus de soins. L'idée que les sociétés mélanésiennes seraient relationnelles, par opposition à l'individualisme des sociétés occidentales, a fait l'objet de nombreuses controverses au sein de l'anthropologie océaniste³². Cette dimension est aujourd'hui au cœur du régime discursif de l'autochtonie, revendiquée par les acteurs kanaks, qui entendent mettre en avant la spécificité d'un rapport à la santé marquée par la sollicitude et l'attention des uns envers les autres. Dans cette thèse, je montre comment la relationnalité apparaît dans l'expérience de la maladie et comment elle est

L'Harmattan, 2002, p. 209-245 ; Nicholas Thomas, *Entangled Objects: Exchange, material Culture, and Colonialism in the Pacific*, Cambridge, Harvard University Press, 2009.

³⁰ Christine Demmer et Christine Salomon, « Droit coutumier et indépendance kanak », *Vacarme*, 2013, n° 3, p. 63-78.

³¹ Michel Foucault, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, 352 p ; Didier Fassin, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, 2000, vol. 24, n° 1, p. 95-116.

³² Ces controverses sont rappelées au chapitre 4.

reconfigurée sous l'effet des bouleversements socioéconomiques contemporains. J'analyse enfin son usage par les autorités kanakes dans le régime discursif de l'autochtonie.

Une seconde dimension, a priori contradictoire avec la première, apparaît aussi dans ce régime discursif. En même temps que les valeurs du soin et de la sollicitude sont mises en avant, la gestion des troubles psychotiques, quand ils concernent la jeunesse, sont empreints des économies morales disciplinaires propres à une colonisation qui s'est fondée sur la dimension punitive du bagne et la moralisation des mœurs par les missions. Les conceptions policières encadrant la gestion des débordements psychiatriques imprègnent les régimes de soins contemporains.

Cette thèse explore donc la tension entre le soin et la discipline qui caractérise la prise en charge des maux de la santé mentale à Lifou.

Une première partie reconstitue les imaginaires ethnographiques et historiques qui caractérisent les dispositifs et relations non seulement thérapeutiques mais aussi ethnographiques. Le premier chapitre présente les conditions de l'enquête à Lifou et Nouméa, les attentes qui y furent projetées et leur inscription dans l'histoire de l'anthropologie et le contexte de la décolonisation en Nouvelle-Calédonie. Le deuxième chapitre retrace la situation coloniale spécifique à Lifou, les formes de la violence coloniale, et l'implantation de la médecine dans le cadre de l'épidémie de lèpre. Pour terminer cette mise en contexte historique, le chapitre 3 expose l'histoire de la psychiatrie coloniale en Nouvelle-Calédonie, à partir de la création de l'hôpital dans le cadre de la colonie pénitentiaire, jusqu'à sa réforme dans les années 1970 et le rôle qu'y jouèrent les psychiatres de l'armée française. Ces trois premiers chapitres accordent une place centrale à la constitution des savoirs ethnologiques concernant les Kanaks, pour reconstituer le régime épistémique propre à la situation coloniale calédonienne et sa fonction dans le maintien des Kanaks à la marge de la société calédonienne.

La deuxième partie déploie l'ethnographie des soins prodigués face aux troubles mentaux et leur inscription dans une dynamique relationnelle. Le chapitre 4 expose les facettes du pouvoir thérapeutique : la place des savoirs médicaux et botaniques kanaks dans le régime discursif de l'autochtonie, celle de l'éthique relationnelle du soin, mais aussi les pratiques et les spécificités du pouvoir thérapeutique, pour en comprendre la reconfiguration dans le contexte contemporain. C'est à partir du point de vue des guérisseurs et des autorités coutumières qu'un chapitre 5 cartographie les catégories et étiologies de la maladie mentale et du malheur, afin de saisir leur sens social et la place que tiennent les déviances dans le régime discursif de l'autochtonie. Puis deux chapitres déroulent des études de cas destinées à montrer

l'expérience de la maladie mentale et de son soin. Le chapitre 6 relate l'histoire d'un homme souffrant d'un retard mental et qualifié de *nekö i dro* [enfant de la terre], forme de trouble présentée comme « traditionnelle », ainsi que l'histoire de sa famille confrontée à la gestion des soins face au vieillissement et à la complexification des itinéraires familiaux. Dans le chapitre 7, l'expérience subjective des troubles psychotiques est relatée par un homme. Dans son récit tourmenté se déroulent les modèles explicatifs, les itinéraires thérapeutiques, le rôle qu'y jouent le monde invisible et les explications biomédicales.

La dernière partie déroule d'autres expériences des troubles mentaux, pour les inscrire dans le cadre de l'institution psychiatrique et de sa place dans les tribus, afin de mettre en lumière les modalités contemporaines du gouvernement des corps. Dans le chapitre 8, les troubles psychotiques sont exposés cette fois du point de vue de personnes mises à la marge de la tribu, de leur vulnérabilité et des violences qui encadrent leur vie, afin de saisir le rôle que joue la psychiatrie dans l'affirmation des hiérarchies et dans le maintien par les autorités kanakes d'un certain ordre social. Le chapitre 9 développe davantage l'intrication des dispositifs européens et kanaks à travers l'ethnographie d'une Antenne Médico-Psychologique prodiguant à Lifou un ensemble d'activités destinées à prévenir les troubles mentaux. Il s'agit d'illustrer la reconfiguration du gouvernement des corps dans le contexte d'une décolonisation qui institutionnalise des principes, valeurs, références, fonctionnements qualifiés de « coutumiers ».

**Première partie – Imaginaires historiques
et ethnographiques du soin et de la santé
mentale**



Chapitre 1 – Rencontres ethnographiques

autour du soin

Chaque ethnologue entretient une relation singulière avec son terrain, qui produit une situation ethnographique toujours originale, à laquelle le retour réflexif permet de faire accéder. La réflexivité sur la situation ethnographique a donné lieu à de nombreux travaux¹ qui montrent tous l'importance de ces retours de l'ethnologue sur les conditions d'élaboration de l'enquête pour faire accéder à l'indispensable « rigueur du qualitatif »². Passer mon adolescence à Nouméa, venir très régulièrement à Lifou, m'a très probablement dotée de cette « familiarité en pointillés » et de cette « appartenance locale » qui donne une « connaissance affective » du monde³. Cette pré-connaissance affective n'est ni plus juste que celle d'un ethnologue qui découvrirait entièrement son terrain, ni moins que celle du natif qui enquêterait dans sa propre « tribu »⁴. La distance propre à l'intersubjectivité ethnographique⁵ s'y construit juste à chaque fois différemment, les portes s'y ouvrent ou s'y ferment selon

¹ On citera par exemple : Florence Weber, *Le Travail à-côté : étude d'ethnographie ouvrière*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2001 ; Florence Weber, « L'Enquête, la recherche et l'intime ou : pourquoi censurer son journal de terrain ? », *Espaces Temps*, 1991, n° 47-48, p. 77-81 ; Gérard Noiriel, « Journal de terrain, journal de recherche et auto-analyse. Entretien avec Florence Weber », *Genèses*, 1990, vol. 2, n° 1, p. 138-147 ; Alban Bensa, « De la relation ethnographique : À la recherche de la juste distance », *Enquête*, 1995, n° 1, p. 131-140 ; Michel Naepels, « Une Etrange étrangeté : remarques sur la situation ethnographique », *L'Homme*, 1998, p. 185-199 ; Michel Naepels, « L'Epiement sans trêve et la curiosité de tout », *L'Homme*, 2012, n° 3, p. 77-102 ; Olivier Schwartz, *Le Monde privé des ouvriers*, Paris, Presses Universitaires de France, 2012 ; Gérard Mauger, « Enquêter en milieu populaire », *Genèses*, 1991, vol. 6, n° 1, p. 125-143.

² Jean-Pierre Olivier de Sardan, *La Rigueur du qualitatif. Les Contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-La-Neuve, Academia, 2008, 365 p.

³ G. Noiriel, « Journal de terrain, journal de recherche et auto-analyse. Entretien avec Florence Weber », art cit.

⁴ Je reprends ici l'usage local du mot « tribu », tout en gardant à l'esprit que ce vocable est une construction coloniale élaborée à partir d'une relecture du monde mélanésien. Cette reconstruction du monde mélanésien s'amorce en 1862 avec l'arrivée en Nouvelle-Calédonie du gouverneur Guillain et renvoie d'abord à la mise en réserve des populations kanakes – c'est par l'arrêté du 24 décembre 1867 qui traite des crimes et des délits, que la tribu est reconnue comme catégorie administrative. Isabelle Merle, « De l'idée de cantonnement à la constitution de réserves. La définition de la propriété indigène » dans Alban Bensa et Isabelle Leblac (eds.), *En pays kanak : Ethnologie, linguistique, archéologie, histoire de la Nouvelle-Calédonie*, Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 2000, vol.14, p. 221.

⁵ A. Bensa, « De la relation ethnographique », art cit.

d'autres modalités. Ce vécu préalable a sans aucun doute suscité des ouvertures heuristiques autant que des impasses, dont je tâche de rendre compte à chaque fois qu'il m'a semblé influencer la relation ethnographique et le déroulé de l'enquête – sans toutefois prétendre restituer avec une complète transparence les dynamiques inconscientes de la relation ethnographique.

J'examine dans ce chapitre les mouvements de l'enquête, autrement dit les différentes trajectoires prises en fonction des rencontres faites et qui ont mené à la constitution d'un objet de recherche anthropologique, afin de dissiper le flou et expliciter la politique qui guide le terrain⁶, mais aussi pour mettre au jour les positions auxquelles j'ai été assignée, comment elles ont tantôt été acceptées, tantôt choisies, parfois refusées, souvent contournées.

Plusieurs élaborations littéraires sont possibles pour traduire cette expérience en texte, certains en font un chapitre introductif⁷, d'autres une annexe⁸, des articles spécifiques⁹, enfin beaucoup conservent cette forme d'écriture comme fil constant de l'élaboration du savoir ethnographique¹⁰. Elle est ici mobilisée au fur et à mesure de la description des positions changeantes adoptées au cours de l'enquête ethnographique : « l'auto-analyse » ayant pour objectif de mettre en lumière les prismes qui ont successivement infléchi la perception¹¹, elle est convoquée à chaque fois qu'un nouveau prisme se présente, au gré des changements de la position ethnographique.

Le premier prisme est celui de la rencontre ethnographique, celle qui en Nouvelle-Calédonie, est l'occasion de « montrer son visage », traduction littérale de l'expression *drehu* désignant le don coutumier, aussi désigné comme un « geste ». Dans le cadre d'une anthropologie politique de la santé mentale, ce geste qui fait entrer dans un réseau de relations sociales kanakes, se redouble d'une démarche introductive menée en parallèle dans les institutions qui composent l'espace politique de la santé en Nouvelle-Calédonie.

⁶ Jean-Pierre Olivier de Sardan, « La Politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête. Archives de la revue Enquête*, 1995, n° 1, p. 71-109.

⁷ Comme le fait Florence Weber. F. Weber, *Le travail à-côté*, op. cit.

⁸ C'est en annexe que Nicolas Renahy explicite sa familiarité avec son terrain d'enquête. Nicolas Renahy, *Les Gars du coin. Enquête sur une jeunesse rurale*, Paris, Découverte, 2005, 284 p.

⁹ Comme ceux de Michel Naepels ou Jean Briggs : M. Naepels, « Une étrange étrangeté : remarques sur la situation ethnographique », art cit ; Jean L. Briggs, « Daughter and Pawn: one Ethnographer's Routes to Understanding Children », *Ethos*, 2008, vol. 36, n° 4, p. 449-456.

¹⁰ Michel Naepels, « Un Perpétuel principe d'inquiétude », *L'Homme*, 2012, n° 3, p. 7-17 ; Ruth Behar et Deborah A. Gordon (eds.), *Women Writing Culture*, Berkeley, University of California Press, 1995, 457 p ; James Clifford et George E. Marcus (eds.), *Writing Culture: the Poetics and Politics of Ethnography*, Berkeley, University of California Press, 2008, 305 p.

¹¹ F. Weber, *Le travail à-côté*, op. cit.

Pour comprendre l'arrière-plan conceptuel de la rencontre ethnographique, j'ébauche dans un premier temps le cadre théorique d'une anthropologie politique de la santé en Nouvelle-Calédonie (I). Puis je décris les conditions de cette rencontre dans les institutions à Nouméa et à Lifou (II), avant de donner à voir les trajectoires prises dans l'ethnographie villageoise (III). J'expose ensuite le rôle spécifique que joue le genre dans cette situation ethnographique, et en quoi il éclaire la compréhension de la constitution d'un savoir ethnologique et les dynamiques du pouvoir en Nouvelle-Calédonie (IV).

I. Pour une anthropologie politique de la santé en Nouvelle-Calédonie

Avant de montrer aux chapitres suivants comment se sont constitués, autour de la mission et du pouvoir colonial, les savoirs ethnologiques portant sur la médecine à Lifou (cf. chapitre 2) et les pratiques psychiatriques en Nouvelle-Calédonie (cf. chapitre 3), je présente ici les travaux qui ont fondé une anthropologie calédonienne puis ceux, plus contemporains, qui ont ouvert la brèche d'une anthropologie critique. Les travaux de Maurice Leenhardt sont centraux dans la fondation des sciences sociales calédoniennes, en particulier parce qu'ils accordent une place centrale aux notions de personne et de mentalité kanakes, qui seront constamment reprises dans les recherches ultérieures.

L'ethnologie missionnaire de Maurice Leenhardt : traduire le corps, apporter la personne

C'est dans le sillon de la mission que naît l'ethnologie calédonienne, et comme contre-point critique des violences coloniales en Nouvelle-Calédonie. Les observations ethnologiques faites par Leenhardt doivent être réinscrites dans l'entreprise d'organisation de la connaissance qui se met en place à un moment marqué par les violences coloniales et l'établissement du régime colonial. Tout en ayant produit un ensemble riche d'observations,

appuyé sur une démarche ethnographique de longue durée fondée sur l'échange et la rencontre¹², le savoir qu'il délivre est à prendre comme l'un des savoirs qui se forment, s'organisent et se mettent en circulation, en même temps que se constitue le pouvoir colonial¹³. On suivra donc le conseil de prudence formulé par Michel Naepels et Christine Salomon en tâchant de ne pas le constituer comme une « autorité morale et scientifique » mais plutôt comme un « jalon » dans la formation des sciences sociales en Nouvelle-Calédonie¹⁴, et en particulier des sciences sociales de la santé.

Malgré sa critique explicite de la violence coloniale, Maurice Leenhardt tend à dépolitiser les Kanaks dans sa description d'une « conscience mythique »¹⁵ dans laquelle l'individuel et le collectif se fonderaient indistinctement, de même que l'ordinaire et le merveilleux, enfin le sujet et l'objet¹⁶. Ces travaux ont apporté à l'anthropologie de la santé en Nouvelle-Calédonie ses fondations conceptuelles, orientant le savoir sur les pratiques de santé des Kanaks vers une essentialisation et une dépolitisation de ceux-ci, et favorisant, de façon paradoxale, l'occultation de la situation coloniale¹⁷.

Soucieux de saisir les processus mentaux de la psychologie kanake, dont la compréhension spécifique lui apparaît comme indispensable à son œuvre missionnaire, Leenhardt tire de près de trente ans passés en Nouvelle-Calédonie une analyse de la « personne » et du « mythe » kanaks à laquelle il fait allusion dans la plupart de ses travaux¹⁸. C'est dans cette phrase célèbre tirée de *Do Kamo* qu'on peut trouver résumé son propos : « le mélanésien vit indéterminé dans l'enveloppement de la nature. Il ne se répand pas dans la nature ; il est

¹² James Clifford, *Maurice Leenhardt, personne et mythe en Nouvelle Calédonie*, traduit par Geneviève Leenhardt et traduit par Raymond Leenhardt, Paris, Jean-Michel Place, 1987, 276 p.

¹³ Michel Foucault, « Cours du 14 janvier 1976 » dans « *Il faut défendre la société* ». *Cours au Collège de France (1975-1976)*, Paris, Seuil, 1997.

¹⁴ Michel Naepels et Christine Salomon, *Terrains et destins de Maurice Leenhardt*, Paris, Ed. Ecole des hautes études en sciences sociales, 2007, p. 19.

¹⁵ Maurice Leenhardt, *Do kamo. La personne et le mythe dans le monde mélanésien*, Paris, Gallimard, 1947, 322 p.

¹⁶ Alban Bensa, « Mythe, mentalité, ethnie : trois mauvais génies des sciences sociales », *Genèses*, 1994, p. 147.

¹⁷ J'y reviens au chapitre 3, mais on peut d'ores et déjà cité les principaux travaux consacrant la dépolitisation des sujets coloniaux en Nouvelle-Calédonie : Dominique Bourret et Georges Zeldine, « La Folie canaque. A propos de l'étiologie traditionnelle des maladies mentales en culture mélanésiennes », *L'évolution Psychiatrique*, 1978, vol. 43, n° 3, p. 549-562 ; Georges Zeldine, « Pensée mythique et maladies mentales : remarques ontologiques », *L'Évolution Psychiatrique*, 1977, vol. 42, n° 4, p. 1143-1166 ; Eliane Métais, *La Sorcellerie canaque actuelle les « tueurs d'âme » dans une tribu de la Nouvelle-Calédonie*, Paris, Musée de l'Homme, 1967, 420 p.

¹⁸ Maurice Leenhardt, *Notes d'ethnologie néo-calédonienne*, Paris, Institut d'ethnologie, Musée de l'Homme, 1930, 340 p ; Maurice Leenhardt, « Le Temps et la personnalité chez les Canaques de la Nouvelle-Calédonie », *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 1937, vol. 124, 9/10, p. 43-58 ; Maurice Leenhardt, « Totem et identification », *Revue de l'histoire des religions*, 1944, vol. 127, 1/3, p. 5-17 ; Maurice Leenhardt, « La Personne mélanésienne », *École pratique des hautes études, Section des sciences religieuses*, 1939, p. 5-36 ; M. Leenhardt, *Do kamo. La personne et le mythe dans le monde mélanésien*, op. cit. ; Maurice Leenhardt, *Gens de la grande terre*, 9^e éd., Paris, Gallimard, 1953, 229 p ; Maurice Leenhardt, « Formes mythiques de la vie chez les Mélanésiens », *Gradhiva*, 2000, n° 27, p. 89-105.

envahi par elle. C'est au travers d'elle qu'il se connaît »¹⁹. La mentalité mythique suppose une *participation* – que Leenhardt reprend de Lévy-Bruhl – entre l'individu et le monde, le sujet et l'objet, l'ensemble trouvant son principe de cohérence dans une organisation socio-mythique. Corollaire de cette participation, le vivant et la mort sont en continuité, la vie équivalant à la mort autant que la réalité au mythe. Dans cet état de participation et d'indifférenciation, la personne kanake que décrit Leenhardt est constamment prise dans un jeu de relations parentales, mythiques et naturelles qui définissent, plus encore que son identité, sa « personne » même, selon une logique négative d'enfermement²⁰. La mentalité mythique telle que la conçoit Leenhardt est une mentalité prélogique distincte de la rationalité autant que de l'individualité. Quant au mythe lui-même, il apporte le paradigme structurant dont a besoin une telle personnalité kanake, qui serait au départ privée de conscience de soi. Notons déjà la dimension affective et même viscérale qui traverse cette logique, dimension que Leenhardt appuie sur une analyse des idiomes plaçant la pensée dans le ventre²¹ et que l'on retrouve plus tard chez Maurice Lenormand²². On y comprend que cette affectivité comporte en elle sa rationalité propre et que, bien qu'elle en soit distincte, elle n'est en rien inférieure à la logique rationaliste qui serait propre à la personne occidentale²³.

Pour comprendre comment se construit ce cadre analytique de la personne kanake, il faut replacer les travaux de Leenhardt dans le contexte missionnaire et colonial de l'époque. Comme la plupart des missionnaires, son travail de compréhension et de description des peuples indigènes s'inscrit dans une démarche de plaidoyer pour la mission et de dénonciation des excès de l'entreprise coloniale. Leenhardt pose cette analyse alors que, missionnaire, il est chargé d'évangéliser une population kanake que les observateurs de l'époque pensent voir disparaître²⁴. Cet arrière-plan politique, qui sous-tend la démarche ethnologique, contribuera à

¹⁹ M. Leenhardt, *Do kamo. La personne et le mythe dans le monde mélanésien*, op. cit., p. 5.

²⁰ M. Naepels et C. Salomon, *Terrains et destins de Maurice Leenhardt*, op. cit., p. 84-86 ; Yoram Mouchenik, « Maurice Leenhardt et l'invention d'une personnalité indigène en Nouvelle-Calédonie », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 1 octobre 2006, vol. 164, n° 8, p. 659-667.

²¹ M. Leenhardt, *Do kamo. La personne et le mythe dans le monde mélanésien*, op. cit., p. 42.

²² Maurice H. Lenormand, « Connaissance du corps et prise en compte de la personne chez le mélanésien de Lifou (îles Loyalty) », *Journal de la Société des Océanistes*, 1950, tome 6, p. 54. (cf. chapitre 2 de la thèse).

²³ Frédérick Keck, « Mentalité mythique ou mystique ? Maurice Leenhardt et Lucien Lévy-Bruhl » dans Michel Naepels et Christine Salomon (eds.), *Terrains et destins de Maurice Leenhardt*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2007, p. 57.

²⁴ La spécificité de cette posture missionnaire apparaît déjà dans les travaux de théologie préalables à son arrivée en Nouvelle-Calédonie et portant sur le mouvement éthiopien en Afrique australe : l'Ethiopisme, ce mouvement dissident de l'Eglise africaine, y apparaît comme un mouvement de revendication sociale face à l'injustice coloniale. Il convient alors aux missionnaires de se mettre du côté des indigènes, d'apprendre leur langue et de les comprendre pour les défendre contre l'injustice coloniale. En revanche, cette position de Leenhardt est à nuancer, puisque s'il dénonce les excès de la colonisation dans la revue bimestrielle *Propos Missionnaires* qu'il publie entre 1927 et 1940, il ne remet toutefois pas en question son principe. Alban Bensa, « Colonialisme, racisme et ethnologie en Nouvelle-Calédonie », *Ethnologie française*, 1988, p. 188-197.

la postérité des travaux de Leenhardt. A son arrivée en Nouvelle-Calédonie en 1902, il entend sauver les Kanaks menacés de disparaître, donnant à sa mission évangélisatrice une dimension politique, et c'est à la lumière de cette mission qu'il convient de lire ses nombreuses observations sur le monde kanak : il s'agit pour lui de comprendre au mieux la personnalité kanake pour voir comment elle prépare, ou non, à la foi chrétienne. Tout le propos de Leenhardt est de formuler un appareil conceptuel qui rende compte de la possible évolution de la personnalité kanake vers la personnalité chrétienne. Il le fait en se distinguant de « l'explication analytique », qui « ne corrobore pas l'expérience » et « éloigne de nous cet homme »²⁵. En proposant une ethnologie de la proximité et de l'immersion, et un appareil conceptuel organisé autour du mythe, Leenhardt vise ici à se distinguer de Lévy-Bruhl et de la pensée mythique, prélogique ou encore magique. Si la mentalité mythique peut être lue comme rejoignant une forme d'évolutionnisme²⁶, celle-ci ne prend pas la forme négative d'une antériorité par rapport à la mentalité occidentale : la mentalité mythique est bien primitive, mais au sens d'une antériorité vis-à-vis de l'arrivée des missionnaires. Le rapport affectif au monde, que la colonisation vient bouleverser, précède mais aussi mène au rapport rationnel et à la foi chrétienne, grâce au travail missionnaire. L'évangélisation doit alors veiller à préserver ce rapport affectif et à l'inscrire dans le cadre de référence de la théologie chrétienne. C'est donc dans la positivité de l'affectif que la religion puisera : les bouleversements apportés par la civilisation que constate Leenhardt – l'alcool, les épidémies, les déplacements et la perte des coutumes – seront compensés par les éléments positifs de la religion, positivité que la compréhension de la spécificité kanake aura permise. La dimension mythique et affective que comporte la religion permettra de pallier la désagrégation sociale. La religion est posée comme continuité du rapport affectif, sans pour autant que ce rapport perpétue la dimension d'enfermement qu'il revêtait auparavant. La religion protestante travaillera autour de cet équilibre à trouver entre affectivité et rationalité, l'affectivité s'appuyant sur une idée de divinité du Christ en continuité avec la logique mythique, et la rationalité reposant sur le travail du texte biblique et l'inculcation d'une responsabilité morale²⁷. L'œuvre missionnaire telle qu'il la conçoit, appuyée sur l'ethnologie, doit faciliter le passage à l'abstraction et à la rationalité tout en préservant le rapport affectif et mythique.

²⁵ M. Leenhardt, *Do kamo. La personne et le mythe dans le monde mélanésien*, op. cit., p. 42.

²⁶ F. Keck, « Mentalité mythique ou mystique ? Maurice Leenhardt et Lucien Lévy-Bruhl », art cit.

²⁷ Michel Naepels, « Notion de personne et dynamique missionnaire » dans Michel Naepels et Christine Salomon (eds.), *Terrains et destins de Maurice Leenhardt*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2007, p. 86-87.

Ce que Leenhardt pense être l'introduction du corps est un des exemples de ce passage à l'abstraction. La religion chrétienne fait passer du *kamo* – état primitif dans lequel le corps est pris dans des participations – au *do kamo* – état dans lequel le corps est individué, le primitif devient « personne » car il prend conscience des participations qui le constituent. Selon Leenhardt, les Kanaks auraient été incapables d'avoir une conception du corps autre que celle d'un support physique. C'est au cours d'un moment d'ethnographie bien connu où l'on voit Leenhardt dialoguer avec l'un de ces principaux informateurs qu'il déduit que c'est la mission qui a apporté au Kanak la conscience du corps²⁸. Pourtant, comme l'a montré Naepels, cette affirmation et plus généralement l'idée d'une absence de conscience de soi, d'une part refusent l'évidence maussienne de l'universalité du sens interne de soi, d'autre part s'appuient sur une analyse linguistique et des traductions incorrectes. Replacer Leenhardt dans sa posture de théologien engagé dans la traduction des concepts bibliques permet de comprendre l'erreur qu'il fait dans ce moment où se croisent théologie, traduction et ethnographie : les missionnaires ont apporté, non la conscience du corps, mais celle de la chair et de ses péchés²⁹.

Si l'on s'attarde autant sur le décryptage de la pensée de Leenhardt, c'est qu'elle continue d'être omniprésente dans la pensée contemporaine en Nouvelle-Calédonie. Dans un texte écrit en 1985, à l'apogée des revendications indépendantistes, Alban Bensa pointait du doigt les travers de cette « ethnologie missionnaire » qui véhiculait l'idée d'une « primitivité originelle » les rapprochant de la divinité et passant à côté de la dimension éminemment politique des sociétés mélanésiennes³⁰. On retrouve la trace de cette ethnologie missionnaire dans les propos de certains des interlocuteurs rencontrés dans mon enquête ethnographique. En particulier, elle structure les positions d'autochtonie que tiennent les acteurs politiques ou religieux kanaks au sujet de la personne kanake, de son organisation sociale ou de sa santé. On peut faire l'hypothèse qu'il y a dans les descriptions de Leenhardt comme de ceux qu'il inspirera une temporalité du changement et de la réforme qui s'accorde avec le projet colonial autant qu'avec le projet de décolonisation, plus que ne le permet la pensée mystique de Lévy-Bruhl. La continuité entre pensée mythique et rationnelle, qui permet la conversion, porte en elle la possibilité du développement de la société kanake et son inclusion dans le projet de civilisation occidentale, ce que ne permettait pas la pensée mystique, radicalement autre et à

²⁸ M. Leenhardt, *Do kamo. La personne et le mythe dans le monde mélanésien*, op. cit., p. 263. Cité par M. Naepels, « Notion de personne et dynamique missionnaire », art cit, p. 80.

²⁹ M. Naepels, « Notion de personne et dynamique missionnaire », art cit.

³⁰ Alban Bensa, « La société mélanésienne est éminemment politique » dans *Chroniques Kanak : L'ethnologie en marche*, Paris, Survival International, 1995, vol.10, p. 152-153.

préservé dans son altérité. L'idée d'une pensée kanake potentiellement accessible à la civilisation est un des éléments susceptibles d'expliquer sa postérité auprès des développeurs européens puis kanaks au XX^{ème} siècle, dont les projets épouseront l'idée d'une altérité kanake accessible, réformable et éduicable. Quant à l'idée d'une personne kanake enchevêtrée dans le monde qui l'entoure et à éduquer par le biais des valeurs religieuses, on la retrouve dans les savoirs et les positionnements contemporains du processus de décolonisation.

Renouveler les sciences sociales en Nouvelle-Calédonie

Il faut attendre l'arrivée en Nouvelle-Calédonie d'autres anthropologues à partir des années 1970 pour voir ces paradigmes mis en cause grâce à des enquêtes moins intéressées par les structures mythiques des sociétés kanakes que par leur organisation sociopolitique dans le cadre de la situation coloniale, suivant l'approche de Georges Balandier³¹. Dans *Les Chemins de l'Alliance*, Alban Bensa et Jean-Claude Rivierre inscrivent les récits recueillis dans la région de Koné dans leur contexte d'énonciation, c'est-à-dire dans « la réalité sociale et historique dont ils sont à la fois le produit et l'expression »³², dans une démarche informée par l'exigence d'« explicitation des contextes » défendue par Jean Bazin³³. Ces récits fondateurs sont analysés au prisme des évolutions sociohistoriques (le salariat temporaire, l'émigration vers Nouméa, l'influence scolaire et celle des missions), variables selon les régions de Nouvelle-Calédonie et leur histoire, tout en décrivant finement l'organisation sociale et la culture traditionnelle qui en ont été déstabilisées mais qui n'ont pas disparu³⁴. Cette démarche d'une anthropologie véritablement sociale fonde la possibilité d'une anthropologie critique en Nouvelle-Calédonie, qui se déploiera dans une partie des travaux ethnologiques ultérieurs : on mentionnera Michel Naepels sur les conflits fonciers et la violence³⁵, Benoît Trépied sur le fonctionnement d'une mairie³⁶, Christine Demmer sur l'organisation politique kanake³⁷, Elsa

³¹ Georges Balandier, « La Situation coloniale : approche théorique », *Cahiers internationaux de sociologie*, 1951, vol. 11, p. 44-79.

³² Alban Bensa et Jean-Claude Rivierre, *Les Chemins de l'alliance. L'Organisation sociale et ses représentations en Nouvelle-Calédonie*, Paris, SELAF, 1982, p. 11.

³³ Jean Bazin, *Des Clous dans la Joconde*, Toulouse, Anacharsis, 2008, 608 p.

³⁴ A. Bensa et J.-C. Rivierre, *Les Chemins de l'alliance. L'Organisation sociale et ses représentations en Nouvelle-Calédonie*, *op. cit.*, p. 22.

³⁵ Michel Naepels, *Histoires de terres kanakes : conflits fonciers et rapports sociaux dans la région de Houailou (Nouvelle-Calédonie)*, Paris, Belin, 1998, 379 p ; M. Naepels, *Conjurer la guerre*, *op. cit.*

³⁶ Benoît Trépied, *Une Mairie dans la France coloniale. Koné, Nouvelle-Calédonie*, Paris, Karthala, 2010.

Faugère sur la construction identitaire kanake, la dimension économique et politique de la nature ou de l'argent³⁸, ou encore Sonia Grochain sur l'emploi des Kanaks dans les mines³⁹. Cette direction prise par l'anthropologie se renforce davantage dans le contexte du processus de décolonisation entamé par les Accords de Matignon puis de Nouméa, qui donne lieu à un ensemble de travaux visant à comprendre les enjeux politiques suscités par ce processus⁴⁰.

A cette liste non exhaustive, on peut ajouter les efforts pour ressaisir du même geste des objets a priori moins politiques et qui ce faisant, les sortent des regards essentialistes dans lesquels ils étaient enfermés. La thèse d'Hélène Nicolas sur le mariage, en y introduisant la perspective du genre, repolitise cette institution centrale de l'organisation sociale à Lifou⁴¹. Marie Salaün examine l'école sous l'angle du legs colonial⁴², puis sous celui de l'impératif de décolonisation des savoirs éducatifs⁴³. Dans le domaine de la santé, Christine Salomon relie les modes de résolution de la maladie à l'organisation sociale kanake et montre ainsi « à quel point l'énonciation sur le corps et sa maladie constitue une forme de discours sur le corps social et ses avatars »⁴⁴. Plus proche encore de l'objet de cette thèse, Yoram Mouchenik, à partir de son expérience de psychologue clinicien, mêle psychanalyse et anthropologie sociale pour montrer comment les explications de la maladie mentale sont à Maré et Ouvéa reliées aux dynamiques d'une famille et d'un ensemble social, à travers la mobilisation des généalogies, des puissances ancestrales ou des pouvoirs sorciers⁴⁵. Enfin l'étude du pluralisme médical à Lifou par Marie Lepoutre sort les recours thérapeutiques d'une approche exotisante

³⁷ Christine Demmer, « Secrets et organisation politique kanake », *L'Homme*, 2009, n° 2, p. 79-104 ; Christine Demmer, *Les Héritiers d'Eloi Machoro (1941-1985) : une génération nationaliste au pouvoir à Amâ et Kûö, villages de Xârâcùù (Canala), Nouvelle-Calédonie*, EHESS, Paris, 2002, 581 p.

³⁸ Elsa Faugère, « Transactions monétaires en pays kanak », *Genèses*, 2000, p. 41-62 ; Elsa Faugère, « Mettre en mots, en nombres et en politique la nature néo-calédonienne », *Le Journal de la Société des Océanistes*, 2008, n° 126-127, p. 153-166 ; Elsa Faugère, « La Fabrique identitaire dans les îles Loyauté. Comment peut-on être un colon-kanak ? », *Ethnologie française*, 2002, vol. 32, n° 4, p. 629-635.

³⁹ Sonia Grochain, *Socio-anthropologie politique de l'emploi : les Kanak et le travail en Province Nord de la Nouvelle-Calédonie*, EHESS, Paris, 2007, 341 p.

⁴⁰ C. Demmer et C. Salomon, « Droit coutumier et indépendance kanak », art cit ; B. Trépied, « Recherche et décolonisation en Nouvelle-Calédonie contemporaine : lectures croisées », art cit ; Benoît Trépied, « « La décolonisation sans l'indépendance ? » Sortir du colonial en Nouvelle-Calédonie (1946-1975) », *Genèses*, 2013, vol. 2, n° 91, p. 7-27.

⁴¹ Hélène Nicolas, *La Fabrique des époux : approche anthropologique et historique du mariage, de la conjugalité et du genre (Lifou, Nouvelle Calédonie)*, Université Aix-Marseille, Marseille, 2012, 854 p.

⁴² Marie Salaün, *L'école indigène : Nouvelle-Calédonie, 1885-1945*, Rennes, Presses Universitaires De Rennes, 2005.

⁴³ Marie Salaün, *Décoloniser l'école ? Hawaï, Nouvelle-Calédonie : expériences contemporaines*, Rennes, Presses Universitaires De Rennes, 2013.

⁴⁴ Christine Salomon, *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, Paris, Presses Universitaires de France, 2000, p. 14.

⁴⁵ Yoram Mouchenik, *L'Enfant vulnérable : psychothérapie transculturelle en pays Kanak, Nouvelle Calédonie*, Grenoble, La Pensée sauvage, 2004, 256 p.

qui se focaliserait sur la médecine dite traditionnelle et omettrait la réalité plurielle des pratiques de santé⁴⁶.

Ces recherches posent les bases d'une anthropologie politique de la santé en rupture du grand partage qu'avaient opéré les missionnaires observant les pratiques de soins (cf. Chapitre 2), et des conceptions essentialistes du corps et de la personne kanake énoncées par Leenhardt puis repris par les ethnologues des années 1970 (cf. Chapitre 3). Elles ouvrent aussi la possibilité d'une sociologie de la santé intéressée par les inégalités de santé et les déterminants sociaux de la santé, ou encore les violences et les comportements de santé des jeunes dans les travaux plus contemporains de Christine Salomon et Christine Hamelin⁴⁷.

Enfin, seule une anthropologie critique est à même de saisir les bouleversements institutionnels que suscite le processus de décolonisation, quitte à bousculer certaines des positions portées par le mouvement indépendantiste, en questionnant par exemple les principes sur lesquels s'écrit un droit coutumier et se rend une justice coutumière⁴⁸, ou en rappelant l'effacement des femmes dans les revendications indépendantistes contemporaines⁴⁹ et la persistance et la complexité des formes du patriarcat en Nouvelle-Calédonie⁵⁰.

Et de fait, ces travaux qui suscitent parfois en Nouvelle-Calédonie la controverse amènent à l'interrogation suivante : peut-on décoloniser une colonie de peuplement ? Sans prétendre répondre à cette question⁵¹, on peut au moins s'interroger sur ce que serait une recherche décolonisée. Comment faire de l'anthropologie dans le contexte d'une décolonisation ? A quelle place est mise l'anthropologue dans le processus de consolidation des savoirs autochtones ? Peut-on vraiment décoloniser la recherche ?

⁴⁶ Marie Lepoutre, *D'une médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, EHESS, Marseille, 1997.

⁴⁷ Christine Hamelin et al., « Consommation d'alcool et violences à l'encontre des femmes en Nouvelle-Calédonie », *Les Cahiers de l'IREB*, 2005, vol. 17, p. 177-186 ; Christine Hamelin et al., *Abus sexuels précoces et santé reproductive des femmes en Nouvelle-Calédonie 2002-2003*, Paris, BEH, 2005 ; Christine Hamelin et Christine Salomon, « Violences et familles en Nouvelle-Calédonie. Perspectives ethnographiques et statistiques » dans Maryse Jaspard (ed.), *Violences envers les femmes. Trois pas en avant, deux pas en arrière*, Paris, L'Harmattan, 2007, p. 257-274 ; Christine Hamelin et Christine Salomon, « Vers un changement des normes de genre » dans *La Nouvelle Calédonie, vers un destin commun ?*, Paris, Karthala, 2010, p.

⁴⁸ C. Demmer et C. Salomon, « Droit coutumier et indépendance kanak », art cit ; Benoît Trépied, « Le sang, le nom, la coutume », *Ethnologie française*, 2018, n° 1, p. 57-68 ; Natacha Gagné, Stéphanie Guyon et Benoît Trépied, « Cultures à la barre », *Ethnologie française*, 2018, n° 1, p. 15-26.

⁴⁹ Christine Salomon, « Quatre décennies de féminisme kanak », *Mouvements*, 2017, n° 3, p. 55-66.

⁵⁰ Hélène Nicolas, « Patriarcat kanak, patriarcat colonial », *Mouvements*, 2017, n° 3, p. 114-121.

⁵¹ On trouvera quelques éléments pour nourrir, si ce n'est une réponse, du moins une réflexion, dans le numéro de *Mouvements* consacré à *Kanaky-Nouvelle-Calédonie : situations décoloniales*, et en particulier à l'article de Natacha Gagné et Marie Salaün, « L'Océanie peut-elle être décolonisée ? », *Mouvements*, 2017, n° 3, p. 15-23.

Décoloniser la recherche calédonienne ?

Enquêter en Nouvelle-Calédonie, c'est s'introduire dans une « ancienne colonie non décolonisée »⁵². Cette évidence historique pour un chercheur en sciences sociales ne l'est pas toujours pour tous les habitants de Nouvelle-Calédonie. Dans les quartiers Sud de Nouméa où j'ai grandi, habités majoritairement par les populations d'origine européenne, on entend rarement prononcer le mot « colonial », comme si les certitudes de la colonisation de peuplement rendaient le politique étranger à cette forme de vie. C'est en sortant de Nouvelle-Calédonie et en me confrontant à d'autres modalités de la dépossession coloniale – l'Afrique du Sud, l'Algérie, les États-Unis pour n'en citer que les plus violentes – que j'ai mieux compris les univers moraux propres à la colonisation de peuplement et la tournure plus spécifique qu'y prenaient la décolonisation et les questions décoloniales.

Si l'effort d'historicisation des travaux d'anthropologie critique déjà cités témoigne d'un mouvement réel vers la décolonisation de la recherche jusqu'ici menée en Nouvelle-Calédonie, rares sont les travaux qui mobilisent les apports plus spécifiques du tournant décolonial⁵³. Ces apports ont fait l'objet d'un regain d'intérêt aux États-Unis suite aux controverses suscitées par les inégalités, voire les abus de pouvoir pratiqués dans les institutions de l'anthropologie⁵⁴. Comme le propose Paige West, la question de la réciprocité en anthropologie doit être constamment reformulée, en s'appuyant notamment sur les chercheurs autochtones et en repensant nos pratiques épistémiques. Selon elle et Zoe Todd⁵⁵, la mise en avant de la théorie au détriment d'une ethnographie qui lui serait subordonnée privilégie des généalogies du savoir élitistes au détriment de celles portées par les pensées féministes ou autochtones, en somme nie les apports décoloniaux des années 1970. C'est aussi une façon de rendre nos recherches inaccessibles aux personnes avec qui nous travaillons, de les éloigner de leur expérience du monde. D'où l'exigence, selon Zoe Todd, de redonner une

⁵² C. Demmer et C. Salomon, « Droit coutumier et indépendance kanak », art cit, p. 2.

⁵³ On relèvera l'usage par Hélène Nicolas du concept de « jonction patriarcale » formulée par la penseuse féministe autochtone latino-américaine Julieta Paredes. Julieta Paredes, *Hilando Fino. Desde el feminismo comunitario*, La Paz, Comunidad Mujeres Creando Comunidad, 2014, 125 p. Citée par H. Nicolas, « Patriarcat kanak, patriarcat colonial », art cit.

⁵⁴ En 2018, à la suite de la dénonciation du harcèlement et de l'abus de pouvoir pratiqué au sein de la revue d'anthropologie américaine *Hau*, une partie de la discipline s'est élevée pour dénoncer, plus largement les conditions systémiques et structurelles des relations de pouvoir dans l'anthropologie. On trouve dans le blog de *Cultural Anthropology* un résumé des principaux débats et de la façon dont ils ont été ressaisis, en particulier par des jeunes chercheuses et chercheurs, qui les ont replacés dans des questions plus larges du racisme, du sexisme, de l'élitisme et de la violence en anthropologie, sur le terrain ou à l'université. Paige West, *From Reciprocity to Relationality: Anthropological Possibilities*, <https://culanth.org/fieldsights/1525-from-reciprocity-to-relationality-anthropological-possibilities>, 26 septembre 2018.

⁵⁵ Zoe Todd, *The Decolonial Turn 2.0: the reckoning*, <https://anthrodendum.org/2018/06/15/the-decolonial-turn-2-0-the-reckoning/>, 15 juin 2018.

légitimité à la recherche appliquée, pour rapprocher l'anthropologie de leurs besoins⁵⁶. C'est sous le prisme de la santé que j'examine ces problématiques dans cette thèse. La question d'une recherche décolonisée dans ce domaine est tout autant pertinente, puisqu'il n'est pas de collecte des savoirs indigènes qui n'ait été marquée par son rapport au colonial.

Le Vanuatu est ainsi le premier des petits États insulaires du Pacifique à avoir adopté une réglementation de la recherche culturelle dans laquelle la *Kastom*, définie comme « les savoirs et les pratiques locales et la façon dont ils se manifestent et s'expriment », tient une place centrale⁵⁷. Ceux qui portent une telle approche entendent s'émanciper d'une « autorité ethnographique »⁵⁸ jusqu'ici dominée par les anthropologues occidentaux pour s'affirmer comme acteurs de la culture vanuataise. De tels contextes réglementaires influent de façon non négligeable sur les entrées sur le terrain, mais aussi sur les relations avec les interlocuteurs et donc sur l'accès aux matériaux et la constitution d'un savoir⁵⁹.

Plus globalement, les méthodologies décolonisées sont expérimentées dans le cadre des revendications scientifiques autochtones, dont l'exemple le plus emblématique est l'ouvrage *Decolonizing Methodologies* de Linda Tuhiwai Smith⁶⁰. Sur la base d'une dénonciation des pratiques prédatrices scientifiques faites au détriment des populations autochtones et qui ont cautionné leur assujettissement au pouvoir colonial⁶¹, elle formule un ensemble de conseils méthodologiques destinés à décoloniser les pratiques de recherche. L'inclusion des populations autochtones à chacun des stades de la recherche, de l'élaboration à la restitution, est l'un des principes centraux de ces méthodologies, sans être le seul.

La mise en place de telles méthodologies n'a toutefois rien d'évident, comme l'a décrit Natacha Gagné dans le cadre de sa recherche avec les Maaori. Les principes de recherche *kaupapa maaori*, c'est-à-dire d'une recherche par, avec et pour les Maaori, posent des défis

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ On mentionnera par exemple le deuxième « principe directeur » de la réglementation nationale : « Le peuple du Vanuatu reconnaît l'importance de connaître, de conserver et de développer sa coutume et son histoire » *Réglementation de la recherche culturelle au Vanuatu*, Centre Culturel du Vanuatu.

⁵⁸ James Clifford, « De l'autorité en ethnographie », *L'Ethnographie*, 1983, vol. 79, p. 87-118.

⁵⁹ Ainsi toute recherche, même au niveau du Master, doit faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable auprès du Centre culturel du Vanuatu. J'ai décrit dans mon mémoire de Master la facilité avec laquelle j'avais obtenu mon autorisation de recherche précisément parce que mon objet de recherche, une ONG, n'appartenait pas à un domaine convoité de l'anthropologie océaniste, et ne semblait a priori pas venir questionner les nouvelles modalités de l'autorité culturelle ni-vanuatu. Nathanaëlle Soler, *Théâtre pour le développement et prévention du sida au Vanuatu : Monographie du Wan Smolbag Theater*, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 2012, p. 12, 39-40.

⁶⁰ Linda Tuhiwai Smith, *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*, New York; London, Zed Books Ltd., 2013.

⁶¹ Notamment au niveau des savoirs médicaux, qui ont accompagné les techniques de pouvoir colonial. *Ibid.*, p. 2-3.

spécifiques même quand ils ne touchent pas à ce qui est de l'ordre du « sacré-intime »⁶² : quel que soit l'objet choisi, dans un contexte où la production de savoirs rejoint toujours des enjeux politisés, on ne cesse de s'exposer à la remise en cause. En outre, une recherche menée dans un tel contexte se traduit par un poids émotionnel important, car elle implique un fort engagement affectif du chercheur⁶³. Dans le contexte nord-américain, la « rectitude politique » qui entoure ces questions se traduit finalement par un paternalisme et des excès de complaisance qui favorisent le malaise entre chercheurs autochtones et non-autochtones et multiplient les sites possibles de tension⁶⁴.

Une réflexion semblable reste à mener en Nouvelle-Calédonie, où n'existe pas une réglementation formalisée pour encadrer la collecte des savoirs coutumiers comme celle du Vanuatu, ni des revendications invoquant clairement un projet semblable à celui de Smith. La recherche scientifique y a longtemps été produite par des organismes français directement associés aux intérêts coloniaux⁶⁵ et les Accords de Nouméa en ont fait une « compétence partagée » qui maintient une forte implication de l'État français en prévoyant une coordination entre celui-ci et le gouvernement de Nouvelle-Calédonie pour prendre en compte les « besoins spécifiques » du pays dans ce domaine (réf. 3.2.7). Les savoirs plus spécifiquement kanaks apparaissent quant à eux en un endroit du texte, dans la section portant sur « l'Identité Kanak » et la sous-section « patrimoine culturel », et sont cantonnés aux langues qui doivent être étudiées par l'Agence de Développement de la Culture Kanake (ADCK) l'Académie des Langues Kanakes (ALK) alors créée (réf 1.3.3). Cette répartition entre des savoirs kanaks limités aux langues, servant l'objectif d'une « identité kanake » et mis en œuvre par une institution kanake, et un agenda scientifique décidé et mis en œuvre par un partenariat entre la métropole et un gouvernement calédonien majoritairement européen, en fonction d'objectifs surtout économiques⁶⁶, en somme la distinction entre un « folklore » et

⁶² Gagné définit le sacré-intime comme « devant être protégé contre le regard scrutateur de l'Autre et comme étant au fondement de l'identité collective et de la lutte d'un peuple engagé dans un processus d'affirmation culturelle et politique ». Elle s'inspire ici du concept d'« intimité culturelle », initialement formulé par Michael Herzfeld, tel qu'il a été repris par Laurent Jérôme afin d'interroger la place du chercheur dans un contexte de décolonisation de la recherche. Natacha Gagné, « Le Savoir comme enjeu de pouvoir » dans Didier Fassin et Alban Bensa (eds.), *Les Politiques de l'enquête*, Paris, La Découverte, 2008, p. 278 ; Laurent Jérôme, « Pour quelle participation ? » dans Marie Salaün, Martin Thibault et Natacha Gagné (eds.), *Autochtonies. Vues de France et du Québec*, Laval, Presses de l'Université de Laval, 2009, p. 471-486 ; Michael Herzfeld, *L'intimité culturelle. Poétique sociale dans l'Etat nation*, Québec, Presses de l'Université de Laval, 2008, 285 p.

⁶³ N. Gagné, « Le Savoir comme enjeu de pouvoir », art cit, p. 282.

⁶⁴ *Ibid.*, p. 283.

⁶⁵ L'ORSTOM (Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer) devenu ensuite IRD (Institut de Recherche pour le Développement).

⁶⁶ Car les « besoins spécifiques » sont étroitement liés à l'activité économique du secteur minier et à son impact environnemental.

une « science », sanctionne un peu plus une perception essentialisante des savoirs kanaks qui est implicitement opposée au pragmatisme du développement économique.

Ne trouvant donc pas dans ces institutions et textes calédoniens des guides, à défaut de méthodologies ou de réglementations, je me suis appuyée sur la collégialité de la discipline anthropologique – à travers séminaires et discussion avec mes pairs –, sur certains auteurs issus des mondes postcoloniaux et océanistes, tout en gardant à l'esprit le questionnement spécifique de ce que serait une décolonisation de la recherche calédonienne.

Définir un espace politique et (post)colonial de la santé mentale

Pour une jeune femme anthropologue enquêtant sur des problématiques de santé impliquant des enjeux éthiques et politiques, ces questions se posent différemment à chaque stade de la recherche. Au niveau du cadre théorique, on peut reprendre des méthodologies décoloniales l'exigence d'historicisation des savoirs prônée par Smith, dans une perspective généalogique inspirée de Michel Foucault, une exigence déjà retrouvée dans un certain nombre de travaux anthropologiques. C'est aussi la perspective adoptée dans une partie des travaux d'anthropologie de la Nouvelle-Calédonie déjà mentionnés. Je m'appuie ainsi au chapitre 2 sur l'idée d'« imaginaires historiques » proposée par les Comaroff⁶⁷, afin d'analyser l'émergence des savoirs médicaux sur les Kanaks dans le cadre de l'histoire coloniale. Plus généralement, l'historicisation et la mise en contexte des savoirs et des discours est un fil constant de la thèse, qui rejoint le courant plus général des travaux océanistes sur les « politiques de la tradition ». Ceux-ci ont montré comment les revendications culturelles autour de la *Kastom* – comme leur inscription dans un agenda scientifique – émergeaient au contact du monde colonial. S'il n'est pas possible de parler, dans le contexte mélanésien, d'une « invention de la tradition » comme l'a fait Roger M. Keesing en reprenant le modèle d'Éric Hobsbawm⁶⁸, on peut toutefois parler d'une construction de celle-ci⁶⁹. Ainsi, dans le contexte de la construction identitaire en Mélanésie, la culture peut recouvrir deux

⁶⁷ John L. Comaroff et Jean Comaroff, *Ethnography and the Historical Imagination*, Boulder, Westview Press, 1992, 352 p.

⁶⁸ Roger M. Keesing, « Creating the Past: Custom and Identity in the Contemporary Pacific », *The Contemporary Pacific*, 1989, p. 19-42.

⁶⁹ Voir par exemple Éric Wittersheim, *Des Sociétés dans l'Etat. Anthropologie et situations postcoloniales en Mélanésie*, Paris, Aux lieux d'être, 2006 ; Margaret Jolly, « Custom and the Way of the Land: Past and Present in Vanuatu and Fiji », *Oceania*, 1992, vol. 62, n° 4, p. 330-354 ; N. Soler, *Théâtre pour le développement et prévention du sida au Vanuatu : Monographie du Wan Smolbag Theater*, op. cit., p. 39 ; B. Trépiéd, « Recherche et décolonisation en Nouvelle-Calédonie contemporaine : lectures croisées », art cit.

significations, qui ne se recourent pas toujours : la coutume est un « symbole abstrait dans un discours identitaire », tout autant qu'une réalité vécue individuellement⁷⁰. S'intéresser à la dimension politique de la santé, c'est donc aussi penser cette relation entre des vécus singuliers et les discours qui y apposent souvent un écran, et qui recourent implicitement des objectifs politiques. C'est ici que prennent sens l'historicisation et la mise en contexte, qui permettent d'aborder des questions sociologiques auxquelles n'accèdent pas des discours en surplomb sur les cultures et les identités⁷¹. J'examinerai donc sous cet angle les discours recueillis qui tendent à réifier la culture kanake, à lui donner une unité et des contours clairs et atemporels, sans aborder la complexité sociohistorique qui la sous-tend : comme des dispositifs discursifs qui construisent un ordre en reproduisant des partages historiquement déterminés⁷². Chaque discours énoncé dans le contexte d'une construction identitaire souvent accentuée face à l'anthropologue européenne, est analysé sous l'angle d'un questionnement postcolonial – c'est-à-dire qui montre le poids de l'histoire coloniale dans la construction identitaire⁷³. En ce sens, le savoir produit dans la rencontre entre une anthropologue et les tenants du discours identitaire kanak doit sans cesse être resitué dans le cadre sociohistorique plus large de la rencontre coloniale – ce que je propose plus loin dans ce chapitre.

Une telle démarche s'inspire entre autres de l'anthropologie critique du développement, qui questionne les concepts destinés à orienter les politiques publiques. On mentionnera par exemple les travaux de Laëtitia Atlani-Duault qui examinent la notion de « bonne gouvernance » devenue centrale dans les organisations humanitaires à partir des années 1990 et l'analysent comme une « nouvelle éthique du développement », nouvelle « idéologie humanitaire » née sur les ruines de l'idéologie tiers-mondiste⁷⁴. Sur quelles ruines se sont construites, en Nouvelle-Calédonie, les pratiques et les discours de l'autochtonie propres au contexte de décolonisation ?

Reprenant la proposition d'Atlani-Duault, cette recherche ne vise pas à établir la vérité ou la fausseté des politiques contemporaines de l'autochtonie, mais à « établir leur généalogie » et à « montrer leurs effets sur certains changements sociaux »⁷⁵. Il ne s'agit alors pas de dénoncer une quelconque propension à l'essentialisation à laquelle se livreraient les leaders autochtones, mais plutôt, comme le suggère Natacha Gagné, de comprendre les conditions

⁷⁰ Michel Naepels, « Identités post-coloniales en Mélanésie », Nouméa, 2004, p. 231.

⁷¹ *Ibid.*, p. 232.

⁷² Michel Foucault, *L'Ordre du discours*, Paris, Gallimard, 1971, 88 p.

⁷³ M. Naepels, « Identités post-coloniales en Mélanésie », art cit, p. 232.

⁷⁴ Laëtitia Atlani-Duault, *Au bonheur des autres : anthropologie de l'aide humanitaire*, Paris, Armand Colin, 2009, p. 20.

⁷⁵ *Ibid.*, p. 21.

sociohistoriques d'un tel positionnement⁷⁶. Les études de cas mobilisées au fil de la thèse mettent au jour d'une part les conditions d'énonciation du discours identitaire, d'autre part « les processus sociaux de construction des identités, de transmission du savoir, de définition oppositionnelle de soi par rapport à l'autre, dans les constructions juridiques de l'État autant, si ce n'est plus, que dans les mentalités »⁷⁷. Elles permettent ainsi d'examiner les pratiques discursives qui émergent autour de l'autochtonie qui, pour reprendre Pierre-Yves Le Meur, « n'est pas une catégorie ontologique mais relationnelle, liée à des contextes historiques précis »⁷⁸, ce que confirme l'examen des revendications encadrant les savoirs médicaux locaux (cf. chapitre 4).

L'exigence d'historicisation accompagne celle de la positionnalité, autre piste fondamentale prônée par Smith, à la suite de Donna Haraway : il s'agit de *situer* le savoir produit en restituant la position occupée par celui qui l'énonce⁷⁹. Pour Smith, cela consiste par exemple à revendiquer sa position de colonisée et de femme maorie, écrivant toutefois depuis la place privilégiée du « Premier Monde ». Il peut être utile de décaler légèrement cette exigence de positionnalité, qu'elle invoque dans ses principes d'une méthodologie décolonisée surtout pour les chercheurs autochtones⁸⁰, en situant le savoir produit par tout chercheur dans une généalogie des savoirs mais aussi dans leur archéologie, à la suite du projet foucauldien d'une histoire des sciences humaines. Par archéologie, Michel Foucault entend mettre en lumière les conditions d'émergence de certains savoirs à une époque donnée, comment ces savoirs se font écho pour former une certaine configuration épistémique, et comment ils s'articulent au pouvoir. Dans le contexte calédonien, il s'agit de comprendre les conditions d'émergence des savoirs ethnologiques à la fin du XIX^e siècle, sous l'influence des pouvoirs religieux et coloniaux. Par généalogie, il s'agit pour Foucault, à l'encontre du positivisme et du structuralisme, d'examiner l'histoire sous l'angle de la dispersion et des événements singuliers, en s'intéressant d'abord aux « savoirs locaux, discontinus, disqualifiés, non légitimés, contre l'instance théorique qui prétendrait les filtrer, les hiérarchiser, les ordonner au nom d'une connaissance vraie »⁸¹. C'est ainsi montrer comment des relations de pouvoir à une époque donnée ont produit des formes de savoir et des formes de subjectivités. D'un point

⁷⁶ N. Gagné, « Le Savoir comme enjeu de pouvoir », art cit, p. 289.

⁷⁷ M. Naepels, « Identités post-coloniales en Mélanésie », art cit, p. 232.

⁷⁸ P.-Y. Le Meur, « Mobilité, autochtonie et citoyenneté : terrains africains et propositions océanistes », art cit, p. 379.

⁷⁹ Donna Haraway, « Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of partial Perspective », *Feminist Studies*, 1988, vol. 14, n° 3, p. 575-599.

⁸⁰ La méthodologie de Smith a été écrite d'abord pour les chercheurs autochtones, mais peut être reprise comme guide pour tout chercheur enquêtant dans un contexte colonial.

⁸¹ Michel Foucault, *Dits et écrits, tome II : 1976-1988*, Paris, Gallimard, 2001, p. 160-174.

de vue méthodologique, en anthropologie, cela revient à poser les questions suivantes : comment le chercheur est mis à une place et, en fonction de cette place, quels sont les savoirs qui lui sont transmis et qu'il élabore ensuite ? Autrement dit, comment l'accès aux matériaux anthropologiques nous renseigne sur les mécanismes de transmission des savoirs ? Comment l'histoire informe les positions de chacun ? Situer sa position ne devrait pas tant satisfaire la revendication d'une position identitaire qu'analyser le « système de places »⁸² qui se constitue autour de cette position dans un dispositif ethnographique. En ce sens, situer la position de l'anthropologue, c'est aussi situer la parole recueillie dans le contexte de son énonciation : comme l'a bien montré Jeanne Favret-Saada, ce que disent les paroles est souvent moins important que de « comprendre qui parle, et à qui »⁸³. Car si Favret-Saada montre que la parole sur la sorcellerie dans le bocage qu'elle étudie est porteuse d'une agressivité et d'une dimension politique, on peut aussi considérer que la parole sur le soin et ses politiques est aussi « [commandée] par la situation d'énonciation »⁸⁴ et peut porter les mêmes enjeux.

Au-delà, de l'explicitation du milieu socio-ethnique du chercheur, l'exigence de positionnalité se traduit par une description des conditions d'énonciation des discours dans un premier temps, puis par une analyse et une historicisation des positions qui ont été occupées. Mettre au clair sa position, c'est aussi rendre compte du « mouvement de va-et-vient entre la "prise" initiale [de l'ethnologue] et sa "reprise" théorique »⁸⁵, ce que j'entreprends plus loin dans ce chapitre.

Un autre principe de la décolonisation des méthodologies de recherche doit être de repenser politiquement ses objectifs, en les extrayant de l'agenda des institutions politiques, en d'autres termes de repolitiser nos objets en les pensant hors des visées utilitaristes des pouvoirs publics. Il ne suffit donc pas de faire sortir la recherche et ses acteurs du « face-à-face étouffant entre Métropole et Nouvelle-Calédonie » et du paternalisme qu'il induit, préalable indispensable à la décolonisation, mais aussi de penser les objets de recherche hors de la commande publique⁸⁶. Or, on ira à l'encontre de l'approche de Smith sur ce point-là : qu'il s'agisse d'institutions indépendantistes issues du processus de décolonisation ou des institutions inscrites dans le pouvoir colonial, la souveraineté politique ne saurait soumettre l'agenda de la recherche à l'utilité pratique, la recherche décolonisée étant d'abord une

⁸² Jeanne Favret-Saada, *Les Mots, la mort, les sorts*, Paris, Gallimard, 1985, p. 38.

⁸³ *Ibid.*, p. 32.

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ *Ibid.*, p. 33.

⁸⁶ M. Naepels, « Identités post-coloniales en Mélanésie », art cit, p. 233.

recherche autonome de l'utilitarisme⁸⁷. Dans les sciences sociales de la santé, en Nouvelle-Calédonie comme ailleurs, une telle approche invite à construire nos objets en s'émancipant de la commande publique pour laisser émerger des pensées alternatives à même de comprendre les complexités socio-ethniques des inégalités de santé. La défense du « pluralisme et du perspectivisme en matière de recherche »⁸⁸ y est d'autant plus importante dans la perspective d'une décolonisation des savoirs médicaux, que ceux-ci sont intimement liés aux techniques de gouvernementalité. Enfin, le culturalisme est l'autre biais à éviter, écueil dans lequel il est aisé de tomber dans le contexte de la revitalisation des traditions qu'accompagne l'accession à l'indépendance. Il faut plutôt déconstruire le culturalisme comme nous y invite Alban Bensa⁸⁹.

Pour ce faire, un « espace politique de la santé »⁹⁰ reste à formuler dans laquelle la culture se fasse objet vivant, et même constamment « revitalisé » par une ethnographie pragmatique capable de s'aventurer sur de nouveaux terrains⁹¹. L'institution psychiatrique et son croisement avec les logiques villageoises du soin s'offrent comme terrain idéal pour penser un espace politique de la santé. Sans nier les fondements biologiques des troubles mentaux qui sont examinés, la « santé mentale » est aussi le fruit d'une construction sociale et historique, qui éclaire sur les processus politiques contemporains⁹². Mon intérêt pour la santé mentale rejoint celui de Jeanne Favret-Saada pour la sorcellerie comme « mise en forme symbolique du meurtre et de l'agression », ou encore pour la « façon dont c'est dit dans la culture indigène », qui est selon elle « aussi nécessaire à connaître que le fonctionnement de la machinerie politique »⁹³. Et notre compréhension de la santé mentale comme ensemble de troubles s'affine quand on ressaisit ceux-ci dans les discours qui les font vivre dans l'espace social et discursif⁹⁴. Cette approche est d'autant plus nécessaire que le champ de la santé mentale se prête aisément à l'essentialisation des peuples indigènes, ce qui a produit différents courants de l'ethnopsychiatrie qui, en Nouvelle-Calédonie comme ailleurs, les ont dépolitisés comme sujets coloniaux. C'est ainsi que je rejoins l'approche de Frantz Fanon ou Richard

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ Alban Bensa, *La Fin de l'exotisme. Essais d'anthropologie critique*, Toulouse, Anacharsis, 2006, 368 p.

⁹⁰ D. Fassin, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé », art cit ; D. Fassin, *L'Espace politique de la santé : essai de généalogie*, *op. cit.*

⁹¹ Cette approche correspond au projet d'une anthropologie néomoderniste que prônent les Comaroff pour sortir de la méfiance déconstructionniste. J.L. Comaroff et J. Comaroff, *Ethnography and the Historical Imagination*, *op. cit.*, p. x.

⁹² Didier Fassin, « La Souffrance du monde. Considérations anthropologiques sur les politiques contemporaines de la compassion », *L'évolution psychiatrique*, 2002, vol. 67, n° 4, p. 677 ; Ian Hacking, *The Social Construction of What?*, Cambridge, Harvard University Press, 1999, p. 100-124.

⁹³ J. Favret-Saada, *Les Mots, la mort, les sorts*, *op. cit.*, p. 15.

⁹⁴ D. Fassin, « La souffrance du monde », art cit, p. 677.

Keller qui, en Algérie, repolitisent constamment la psychiatrie et ses sujets, et que je mobilise sous un angle critique les corpus de l'ethnopsychiatrie coloniale qui ont totalement nié la subjectivité politique des Kanaks.

J'ai proposé en introduction de repartir de la définition de Didier Fassin pour explorer un espace politique de la santé mentale à Lifou. Cet espace se déploie d'abord dans l'expérience du corps souffrant des personnes psychotiques, puis dans le pouvoir thérapeutique des soignants kanaks et européens, spécialisés et profanes, enfin dans les dispositifs et institutions de la santé néo-calédonienne. Ces trois dimensions traversent cette thèse, qui confronte l'existence des troubles dans l'espace discursif – à travers la qualification qu'en donnent les médecins, infirmiers, autorités politiques et religieuses, familles – à l'expérience subjective de quelques personnes souffrant de ces troubles et aux pratiques de soins qui sont mises en œuvre par leurs proches ou par les institutions, pour comprendre de quelle façon le gouvernement de la vie fait le quotidien et l'intimité des populations administrées. Il s'agit à chaque fois d'apporter une perspective critique sur l'espace discursif de la santé mentale, perspective de l'éclaircissement qui « vise moins une vérité scientifique qu'une contribution au débat public, [qui] cherche moins à juger qu'à comprendre »⁹⁵.

C'est à partir de cette compréhension que l'anthropologie critique peut aussi s'articuler comme anthropologie engagée aux côtés des acteurs, quand une telle position est tenable. En effet, s'il est indispensable de retracer les formes coloniales qui continuent de s'insinuer dans les pratiques contemporaines de la psychiatrie, il est aussi indispensable de proposer à des acteurs engagés dans un processus de décolonisation des outils pour repenser leurs pratiques dans ce processus. La démarche de Tanya Luhmann, pour qui la critique de la psychiatrie par l'anthropologie s'accompagne de la proposition d'outils pour le clinicien⁹⁶, rejoint ici l'approche appliquée que certains anthropologues du tournant décolonial proposent de réhabiliter. Zoe Todd propose ainsi de s'émanciper des canons théoriques pour rendre l'anthropologie plus proche des besoins et de l'expérience de ceux avec qui nous construisons ces savoirs, en somme moins élitiste et plus inclusive. Partant au contraire de la nécessité d'une recherche fondamentale pour intervenir dans le débat public, Jean-Pierre Olivier de Sardan estime qu'à partir du moment où elle sera sérieuse et fondée, la critique des systèmes

⁹⁵ Alain Ehrenberg, *La Fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 2000, p. 21.

⁹⁶ C'est par exemple la démarche adoptée dans Tanya Luhmann et Jocelyn Marrow, *Our Most Troubling Madness : Case Studies in Schizophrenia Across Cultures*, Berkeley, University of California Press, 2016, 304 p.

de santé pourra avoir des « effets sociaux de changements »⁹⁷. Que ce soit en adoptant le point de départ de l'application ou du fondamental, c'est dans cet espace incertain, sans cesse controversé, que se tient une recherche décolonisée, espace où est assumé le « rapport particulier du chercheur avec son milieu », rapport des « chercheurs occidentaux, qui viennent faire des missions, repartent, et font des articles et des livres »⁹⁸.

II. Enquêter dans une « ancienne colonie non décolonisée »

Toute enquête ethnographique s'accompagne d'une forme de négociation de la présence de l'enquêteur et de ses questions, et on peut difficilement se passer de l'autorisation préalable au moins informelle de la part de ses interlocuteurs ou de leurs représentants⁹⁹. Les négociations que l'enquête suscite sur le terrain laissent percevoir un premier ensemble de traces du système d'énonciation et des conditions sociohistoriques de la production du savoir. Avant de présenter les négociations qui se jouent à l'arrivée dans un nouvel espace résidentiel mélanésien, et dont le geste coutumier marque l'entrée, j'évoque ici celles auxquelles ont donné lieu l'arrivée dans les institutions sociomédicales calédoniennes.

Pour des raisons d'ordre pratique – m'assurer de la faisabilité d'un terrain dans une institution de soin – mais aussi parce que cela me semblait plus facile – je partageais avec les acteurs institutionnels et du soin un certain nombre d'*habitus*¹⁰⁰ – j'ai d'abord rencontré les acteurs institutionnels, Kanaks ou Européens, lors d'un « pré-terrain » de deux mois en 2012. Ces démarches étaient destinées avant tout à me présenter, à obtenir des premières entrées sur le terrain et l'autorisation d'ethnographier également des structures de soin. Les entretiens très ouverts ont laissé une large place à la formulation par mes interlocuteurs d'attentes et d'analyses personnelles plus ou moins élaborées, ce qui me permit de saisir un premier niveau de compréhension de l'espace discursif de la « santé mentale » en Nouvelle-Calédonie et de la place que pouvait y tenir une anthropologie de la santé. Je retranscris dans les lignes suivantes quelques-uns des échanges qui me semblent représentatifs de la situation (post)coloniale

⁹⁷ Anna Carbonnel, *Jean-Pierre Olivier de Sardan : « Il y a de multiples points de vue idéologiques sur le développement »*, <https://sciences-critiques.fr/jean-pierre-olivier-de-sardan-il-y-a-de-multiples-points-de-vue-ideologiques-sur-le-developpement/>, 15 mars 2017, (consulté le 25 mars 2017).

⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹ M. Naepels, « L'Epiement sans trêve et la curiosité de tout », art cit, p. 81.

¹⁰⁰ Pour avoir travaillé pendant quelques années dans des ONG de santé et des institutions de recherche, en partie en Nouvelle-Calédonie (IRD, CPS).

calédonienne et des enjeux qui traversent la construction d'un savoir au croisement des mondes culturels de la société kanake et de la biomédecine.

Une entrée nouméenne dans les institutions

Quand Christine Salomon mène son enquête sur la médecine kanake dans les années 1990, la Nouvelle-Calédonie sort tout juste de la période des « événements » auxquels les Accords de Matignon ont mis fin en 1989, les institutions sont encore sous la coupe de la métropole et le monde de la santé encore majoritairement composé de médecins recrutés dans le corps des armées. On comprend alors qu'elle ait rencontré « l'inimitié déclarée de la hiérarchie médicale » quant à son projet d'enquêter sur la médecine kanake, et qu'elle soit passée pour une « enkanakée »¹⁰¹. Vingt ans plus tard, c'est un autre contexte que je trouve à Nouméa. La période qui succède aux Accords de Nouméa en 1998 est une période prospère et de cohabitation plus apaisée entre les différents groupes socioethniques. Le rééquilibrage et le transfert des compétences de la métropole vers la Nouvelle-Calédonie a entre-temps modifié le paysage institutionnel. Les médecins ne sont plus recrutés dans le corps des armées et beaucoup de Néo-calédoniens, de toutes ethnies, sont partis se former en métropole pour remplacer les métropolitains qui occupaient jusque-là les postes clés. J'ai grandi à Nouméa à cette période-là, et ce sont souvent mes camarades de collège et de lycée que je retrouve dans ces fonctions. L'un d'eux m'appelle quelques semaines après mon arrivée à Nouméa dans le cadre de mon terrain préparatoire. Comme avec la plupart de mes interlocuteurs, je reste alors prudente dans la formulation de mon objet de recherche, qui est encore incertain. J'explique à cet ami, un Européen qui travaille dans une institution de santé à Nouméa, mon projet de thèse en anthropologie de la santé. Je précise qu'il n'est « pas encore ficelé », que j'envisage de travailler sur la santé mentale, principalement à Lifou, mais que je suis venue en discuter au préalable avec les acteurs concernés, avant de le rédiger et de le faire valider par mon université. Il s'insurge : « Eh ! Mais t'as pas le droit ! (...) Comment ça se fait que je suis pas au courant ?! (...) Tu peux pas faire ça, t'as pas les autorisations (...) ça peut pas passer par la France ! ». La conversation s'apaise quand j'explique que je viens précisément discuter des conditions de faisabilité, que ce projet doit être validé après avoir rencontré les « personnes dans l'ordre, selon un chemin coutumier institutionnel », selon l'expression et les conseils

¹⁰¹ Christine Salomon, *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, Paris, Presses Universitaires de France, 2000, p. 10.

d'une de mes interlocutrices, enfin que je ne vais pas « prescrire des trucs » mais uniquement documenter des pratiques socioculturelles.

Cette réaction témoigne des économies morales¹⁰² qui animent le monde institutionnel médicosocial calédonien, traversé par des rigidités hiérarchiques et une méfiance à l'égard des sciences sociales portées par des institutions de métropole. Ce que la familiarité de l'amitié donne à voir dans cet échange, ce sont les mécanismes de pouvoir qui encadrent l'accès au monde sociomédical, mécanismes que je retrouverai régulièrement, l'incompréhension des potentialités que recouvrent les sciences sociales et la méconnaissance de certains principes éthiques. Cette méconnaissance se manifesta de nouveau lors de mes différents terrains, quand un professionnel de santé me proposa de m'envoyer des copies de dossier médical par mail, ou qu'un autre m'accorda un accès à des données médicales juste après m'avoir signifié qu'un tel accès m'était interdit, manifestant ainsi le pouvoir qu'il détenait sur l'accès à ses patients ou à leurs informations médicales. Ce n'est donc pas tant une hostilité vis-à-vis des sciences sociales à laquelle je suis confrontée, mais plutôt une incompréhension quant à leur rôle, le désir de les plier aux hiérarchies et aux besoins de l'institution, et enfin d'asseoir l'autorité de celle-ci au passage. L'incompréhension la plus problématique est celle qui consiste à cantonner l'anthropologue au rôle de folkloriste qui documenterait des faits culturels entièrement détachés d'un monde médical dont on attend qu'elle respecte entièrement le fonctionnement hiérarchique. En somme, un rôle qui contribuerait à l'essentialisation de l'altérité kanake, validant du même coup la présumée supériorité de la culture biomédicale¹⁰³. Enfin, dans le contrôle implicite de l'accès au terrain calédonien, la méfiance vis-à-vis de l'anthropologue est double : méfiance car, dans son incompetence médicale, elle n'est pas légitime à côtoyer les malades que l'on soumet entièrement au pouvoir thérapeutique ; méfiance, enfin, car l'anthropologue est ici associée à une institution métropolitaine.

De fait, le positionnement identitaire de l'anthropologue dans ses entrées sur le terrain a des effets singuliers. Je n'ai pas toujours appuyé de la même façon mon lien avec la Nouvelle-Calédonie et, sans jamais mentir, j'ai modulé ma façon de me présenter. Comme l'a montré Isabelle Merle, les Européens de Nouvelle-Calédonie ne constituent pas une communauté

¹⁰² C'est-à-dire « la production, la répartition, la circulation et l'utilisation des sentiments moraux, des émotions et des valeurs, des normes et des obligations dans l'espace social ». Didier Fassin, « Les Economies morales revisitées », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2009, 64^e année, n° 6, p. 1257.

¹⁰³ Il s'agit ici d'une assignation classiquement faite aux anthropologues de la santé, qui l'ont contestée soit en adoptant une approche critique de l'institution médicale – position largement suivie en France – soit en revendiquant la légitimité de leur place à l'intérieur du pouvoir thérapeutique, aux côtés du médecin – position plus courante en Amérique du Nord.

homogène¹⁰⁴. L'ancienneté sur le territoire de la famille, voire de la personne, y introduit des sous-catégories. Ainsi, ma famille étant arrivée en 1991, je ne peux pas me dire « caldoche »¹⁰⁵, mais j'ai la « citoyenneté » calédonienne qui confère des droits limités mais à la charge symbolique importante – droit de vote et accès à l'emploi local¹⁰⁶ – qui me distingue des « zoreilles », aussi appelés « métros ». Je me suis souvent présentée comme nouméenne, ce qui selon moi traduit l'hybridité d'une génération d'Européens arrivés à Nouméa dans les années 1990, qui ne se sentent ni vraiment caldoches, ni vraiment zoreilles, mais qui possèdent bien les *habitus* des Calédoniens.

J'ai donc mentionné que j'étais calédonienne ou nouméenne, quand cela semblait m'ouvrir des portes ou m'éviter les longues explications faites aux nouveaux arrivants. Je l'ai parfois tu, précisément quand je voulais comprendre ce que pouvaient être les explications préliminaires faites aux métropolitains – qui composent encore une grande partie du corps médical – ou parce que j'avais acquis suffisamment d'assurance dans mes compétences pour ne pas avoir besoin de conforter ma légitimité en mobilisant cette assignation identitaire, ou encore parce que les différences de traitement que suscitaient cette assignation me semblaient parfois injustes¹⁰⁷. De fait, un chercheur en sciences sociales à qui je m'étais présentée uniquement comme étudiante d'une institution parisienne sans mentionner mon lien à la Nouvelle-Calédonie refusa de me rencontrer, à la surprise de tous mes interlocuteurs qui m'avaient dit qu'il était toujours prêt à aider les étudiants calédoniens.

Dans une autre situation, le responsable d'une institution médicale à qui je confiais mes difficultés à accéder aux problématiques coutumières dans lesquelles étaient inscrites certains personnels médicaux kanaks, me répondit que c'était parce que je n'étais pas calédonienne et que c'était parce que lui l'était qu'il les connaissait – surestimant d'une part l'étendue de sa compréhension, sous-estimant d'autre part ce que son positionnement hiérarchique facilitait, ou ce qu'il pouvait lui faire croire facilité. Cette question de l'accès aux savoirs kanaks est une composante constante des interactions socioprofessionnelles pluriethniques calédoniennes et des remaniements des rapports de pouvoir dans les institutions, que j'explicite plus en détails au chapitre 9.

¹⁰⁴ Isabelle Merle, *Expériences coloniales : la Nouvelle-Calédonie, 1853-1920*, Paris, Belin, 1995, 479 p.

¹⁰⁵ Un chercheur caldoche à qui je présentai ma recherche en me présentant comme étudiante calédonienne s'étonna de ma réponse quand il me demanda à quelle famille j'appartenais : Soler ne correspond à aucune famille calédonienne.

¹⁰⁶ Le corps électoral restreint limitant l'accès à certaines élections (dont le référendum d'autodétermination) et des mesures favorisant le recrutement de calédoniens sur les personnes plus récemment arrivées de métropole, sont deux aboutissements des Accords de Nouméa.

¹⁰⁷ Le chapitre 8 décrit les effets que produisent ces assignations identitaires dans les relations entre professionnels du soin.

Comme l'a montré Ann Laura Stoler, ce qui marque l'appartenance à une communauté coloniale n'est pas fixe, les variations des conditions historiques en font un terrain disputé qui rend ces identités fluides. De la même façon que le pouvoir colonial se fonde sur l'assignation de ce qui est blanc et de ce qui est indigène, donc de ceux qui pouvaient être citoyens et de ceux qui ne seraient que sujets¹⁰⁸, le pouvoir (post)colonial calédonien se construit aussi en distinguant les Européens légitimes de ceux qui ne le sont pas. En posant des restrictions au droit de vote et à la citoyenneté, les Accords de Nouméa ont sanctionné de nouvelles différences de statut entre les Européens. Ceux arrivés après 1998 se disent rarement calédoniens et précisent parfois ne pas être inscrits sur les listes électorales spéciales alors que ceux arrivés juste avant 1998 semblent moins réticents à s'identifier comme calédoniens.

L'anthropologue et les institutions de Lifou

A Lifou, la rencontre avec les acteurs institutionnels kanaks s'établit selon d'autres coordonnées. Les positions furent différentes, de leur côté comme du mien. A Lifou, les *kamadra* [blancs] sont souvent des fonctionnaires – gendarmes, enseignants, médecins, infirmiers – qui ne restent que trois ou quatre ans. Les Calédoniens d'origine européenne sont rares et s'intéressent peu aux Îles Loyauté, hormis le temps d'une visite touristique ou professionnelle de quelques jours. Dans ce contexte, des précisions sur mon vécu nouméen étaient importantes, pour m'éviter d'être associée aux *kamadra* [blancs] qui, bien que respectés, sont suspectés légitimement de méconnaître les problématiques socioculturelles et historiques de la Nouvelle-Calédonie. Rappeler ma pré-connaissance du pays, partager avec mes interlocuteurs mes questionnements quant aux évolutions sociopolitiques du pays, a permis d'autres formes d'interlocution. Comme avec l'ensemble des acteurs institutionnels rencontrés au fil de ma recherche, j'ai reçu à la Province des Îles un accueil favorable. Cette institution créée à la suite des Accords de Matignon dans le cadre de la provincialisation pour gérer les trois îles Loyauté est basée dans le petit centre administratif de Lifou, à Wé, entre le marché et le dispensaire. Les Kanaks, de Lifou notamment, composent la majorité du

¹⁰⁸ Ann Laura Stoler, *Carnal Knowledge and imperial Power: Race and the Intimate in colonial Rule*, Berkeley, University of California Press, 2002, p. 43. Stoler fait remarquer l'absence d'homogénéité des communautés coloniales, qui sont fracturées socialement et politiquement.

personnel provincial qui met en œuvre les politiques publiques d'élus majoritairement indépendantistes¹⁰⁹.

La question du bien-être psychique est devenue récemment l'une des préoccupations centrales de l'agenda provincial de la santé, question qui croise d'autres enjeux de santé publique – comme la prévention materno-infantile ou la prise en charge des personnes dépendantes. C'est surtout l'augmentation des suicides qui a soulevé le questionnement des autorités religieuses, coutumières et institutionnelles à Lifou, raison pour laquelle ma recherche y fut toujours bien accueillie, car mes interlocuteurs souhaitent mieux comprendre les causes du suicide et des comportements à risque des jeunes Kanaks¹¹⁰. Ils attendaient que je mette au jour les spécificités socioculturelles kanakes qui expliqueraient les troubles mentaux et que je contribue à l'élaboration de réponses plus en adéquation avec celles-ci. C'est dans ce registre qu'on attend de l'anthropologue qu'elle joue un rôle dans la valorisation des savoirs médicaux kanaks mais aussi dans l'identification d'une spécificité culturelle, qui participe de la revendication indépendantiste kanake.

Des relations sincères et durables se sont établies avec un certain nombre de ces acteurs, entretenues par des rendez-vous dans leur bureau, ou des discussions informelles au *nakamal*¹¹¹, au détour de réunions de travail ou dans la salle d'attente de l'aérodrome. Même si je restais une jeune étudiante dans une position d'écoute, j'ai senti dans l'évolution de nos échanges que mes questionnements les intéressaient et que nous prenions un plaisir réciproque à discuter, sans toujours se mettre d'accord.

L'un de ces interlocuteurs de la Province, que j'appellerai Paul, n'a jamais cessé de s'intéresser à ma recherche et de m'aider dès qu'il le pouvait. Lors de notre première rencontre, il m'expliqua ainsi son intérêt pour la protection des savoirs coutumiers de la médecine kanake, mentionnant notamment un projet d'inventaire et d'expérimentation scientifique des plantes médicinales traditionnellement utilisées, afin de prouver leur efficacité thérapeutique puis de déposer des brevets. Il s'agit de rationaliser les savoirs médicaux kanaks pour leur donner une légitimité, un processus couramment retrouvé dans la plupart des pays possédant d'autres traditions médicales que la biomédecine, fortement

¹⁰⁹ Comme en Province Nord, ce sont les groupes indépendantistes qui détiennent la majorité politique de la Province des Îles, à la différence de la Province Sud.

¹¹⁰ Le chapitre 8 examine plus en détails les régimes discursifs qui s'élaborent autour du problème du suicide à Lifou.

¹¹¹ Les *nakamal* sont des espaces où se consomme le kava, boisson à base de racine de poivrier, *Piper methysticum*. Autrefois réservé à l'usage rituel au Vanuatu, le kava s'est diffusé dans l'ensemble de l'Océanie où il est consommé à la tombée de la journée.

implantées et anciennes¹¹². Il s'intéressa aussi à ma recherche parce qu'elle pourrait confirmer la dimension holistique qui définit selon lui la médecine kanake. Ainsi, dans ce premier échange où nous discutons de ce qui pourrait être intéressant de mettre au jour en matière de médecine kanake et de santé mentale, il me fit part de l'importance que prendrait ma recherche si elle permettait, en plus de récolter des savoirs sur les plantes médicinales, de mettre en lumière « les structurations de la mentalité kanake ». Mieux connaître et identifier ces présupposées spécificités aiderait selon lui à adapter les programmes de santé et à améliorer les prises en charge, notamment en matière de santé mentale.

Cette formule n'a cessé de revenir au fil de mon enquête, sous des formes variables et portée par différents interlocuteurs. Elle recoupe une demande couramment faite à l'anthropologie de légitimer des savoirs jusqu'ici non hégémoniques, quitte à participer au processus d'essentialisation avec lequel l'anthropologie essaie précisément de rompre et, du même coup, à rehausser ces savoirs à la place de l'hégémonie.

En Nouvelle-Calédonie, la demande faite à l'anthropologue, en particulier formulée sous l'angle de la mise au jour d'une « mentalité kanake » spécifique, reprend implicitement l'héritage de Maurice Leenhardt et la description qu'il fait de la « mentalité mythique » ou encore de l'identité « en relation » des Kanaks. Alors que la récupération de ces conceptions pose un certain nombre de problèmes, en particulier quand il s'agit de santé mentale, comme je le décris au chapitre 3, on en retrouve la trace dans l'ensemble du régime discursif et des pratiques de l'autochtonie en Nouvelle-Calédonie, notamment avec l'écriture d'un droit coutumier kanak et la formalisation d'une « identité culturelle » kanake dans le cadre de la rédaction du « Socle commun des valeurs kanaks »¹¹³. Il faut les replacer dans un processus de décolonisation marqué par la volonté de se réappropriier des savoirs en les rationalisant et en leur donnant une existence institutionnelle.

Le parcours des acteurs eux-mêmes est significatif de ce processus. Paul est un homme d'une cinquantaine d'années, originaire des Loyauté, qui a d'abord été infirmier avant de connaître l'ascension sociale qu'ont eu certains Kanaks indépendantistes après les années 1980. Il a comme beaucoup été emprisonné à cette période pour sa participation aux revendications indépendantistes, puis il a accédé à un poste à responsabilités dans les institutions issues des Accords de Matignon. En matière de santé, il a fait de la médecine traditionnelle son cheval de bataille, enjeu croissant de l'agenda de la santé des Îles Loyauté comme en témoigne son

¹¹² Charles Leslie, *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, Berkeley, University of California Press, 1976, vol.3, 419 p.

¹¹³ C. Demmer et C. Salomon, « Droit coutumier et indépendance kanak », art cit.

omniprésence dans les débats de la Commission de la Santé, des Affaires sociales, du handicap et des problèmes de santé de la Province. Dans le processus de construction d'un état calédonien doté de ses propres institutions et lois, la mise en valeur de la médecine traditionnelle et sa conciliation avec la médecine occidentale apparaissent comme deux enjeux centraux des acteurs indépendantistes du monde de la santé pour affirmer une souveraineté et une autonomie symbolique autant que financière. Comme l'a montré Marie Lepoutre¹¹⁴, les habitants de Lifou pratiquent un pluralisme médical et les deux médecines cohabitent en bonne entente, sans toutefois se rencontrer ailleurs que dans les itinéraires des patients. Praticiens de la médecine kanake et médecins du dispensaire ne travaillent pas ensemble, même si les médecins arrivés plus récemment s'intéressent aux remèdes traditionnels. Les remèdes kanaks contre la ciguatera¹¹⁵, très présente à Lifou, ont fait l'objet de nombreuses études, qui ont validé les propriétés thérapeutiques de plantes utilisées traditionnellement comme le « faux-tabac »¹¹⁶. Il y a un enjeu économique et politique à recueillir, valider et protéger ce patrimoine. L'anthropologue qui enquête sur des questions de santé est donc aussi sollicité pour participer à ce processus. J'examine au chapitre 4 les enjeux que revêtent les savoirs médicaux dans le pouvoir indépendantiste.

Tracés contemporains du grand partage

J'ai présenté distinctement deux situations : l'une basée sur la discussion avec un Européen occupant des responsabilités dans une institution nouméenne ; l'autre sur une discussion avec un Kanak occupant des responsabilités équivalentes dans une institution indépendantiste à Lifou, dont j'ai montré quelques-unes des économies morales qui la traversaient. Les enjeux encadrant les modalités de légitimation des positions de chacun ne sont toutefois pas aussi tranchés. Il n'y a pas une ligne clairement tracée entre des institutions nouméennes, émanation du pouvoir européen, qui seraient uniquement occupées par des Européens et des institutions indépendantistes kanakes complètement à la marge des processus décisionnels de Nouméa. Toutes les ethnies du territoire sont représentées dans les institutions territoriales de Nouméa,

¹¹⁴ Marie Lepoutre, « Le Pluralisme médical à Lifou » dans Alban Bensa et Isabelle Leblic (eds.), *En Pays kanak*, Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 2000, p. 293-309 ; M. Lepoutre, *D'une médecine à l'autre. Grossesse et Enfantement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit.

¹¹⁵ Aussi appelée « gratte », la *ciguatera* est une intoxication alimentaire causée par une toxine présente dans la chair de certains poissons. Elle est très présente sur les récifs coralliens de Nouvelle-Calédonie, en particulier à Lifou.

¹¹⁶ Notamment sous l'égide de l'ORSTOM. Cf. chapitre 4.

et les institutions indépendantistes jouent un rôle dans les processus décisionnels concernant l'ensemble du pays. Dans le même ordre d'idée, les positionnements identitaires sont des constructions qui ne recourent pas strictement l'appartenance ethnique, comme l'a montré Elsa Faugère à propos d'une famille de « colons-kanaks » de Maré¹¹⁷. Les acteurs, pratiques, représentations et discours circulent entre ces espaces, une circulation qui produit des savoirs hybrides.

Toutefois, en dépit de ces phénomènes de circulation et d'ouverture, cette opposition symbolique est celle que croise souvent l'anthropologue dans les discours de ses interlocuteurs, surtout à son arrivée. Lors de ces deux premiers mois où j'essayais de poser les bases de ma recherche, de prendre des conseils et d'observer ce que pourrait être une véritable enquête, j'ai rencontré un peu par hasard un guérisseur, que j'appellerai Jean-Marc, alors que je buvais un café dans un des hôtels de Wé. Agé d'une quarantaine d'années, gérant d'une petite entreprise, il me dit être guérisseur quand je lui expliquai la raison de ma présence à Lifou, et me proposa de faire un entretien, à la condition que je ne révèle pas qu'il était guérisseur pour « ne pas faire de publicité » et pour « préserver sa vie privée ». Entre deux rendez-vous pour son travail, nous nous sommes retrouvés un jour au bord de la plage, un peu à l'écart d'éventuels regards curieux.

Sans que je ne lui pose de questions précises, il se lança dans une longue tirade rythmée par l'opposition du « nous » et du « vous ». La tirade commença par un dessin qu'il traça sur le sable et que je reproduisis dans mon journal, telle une écolière recopiant une leçon.

J'écoutai patiemment et prenais des notes, même si Jean-Marc ne me dit pas grand-chose de sa pratique et préféra orienter son propos autour de cette rencontre entre le « nous » et le « vous » qui aurait provoqué un « tsunami, un tremblement de terre ». Le grand partage qu'il déroula opposait le nous qui « a l'indépendance » aux autres, les *kamadra*, qui « veulent détruire ». Puis c'est le « vous » de l'hôpital contre le « nous » des cases où l'on soigne. Les oppositions s'égrenèrent ainsi avant que se clôture une interlocution dans laquelle je n'ai pas pu poser de questions, ni donner mon avis sur ce « vous » de la destruction et de la modernité dans lequel il m'incluait.

C'est à la croisée de ce grand partage discursif, dans les tensions qui relient ces différentes positions, que je retrace les premières coordonnées d'un espace politique de la santé calédonien. Pour rompre avec cette binarité, j'essaie moi-même de circuler entre ces points et d'en retracer les lignes de tension, pour que mon enquête ne reproduise pas la fixité des

¹¹⁷ E. Faugère, « La fabrique identitaire dans les îles Loyauté », art cit.

catégories auxquelles moi ou mes interlocuteurs sommes assignés. Et pour contourner l'écueil d'une anthropologie culturelle essentialiste vers laquelle on m'oriente, j'essaie plutôt de décrire les « ponts », pour reprendre Max Gluckman, qui relie les positions de colonisés et celles de colonisateurs en décrivant des situations quotidiennes où ces relations apparaissent. Celui-ci, grâce à la description d'une situation sociale singulière, la construction d'un pont au Zululand, fait apparaître les relations entre colonisés et colonisateurs dans les situations de changement social et de conflit¹¹⁸. Cette approche rejoint celle préconisée par Gagné quand on enquête dans un terrain traversé par les enjeux de la décolonisation : retracer les « acquis et [les] contextes sociohistoriques qui définissent [les] populations et balisent leurs stratégies », afin « d'éviter la polarisation entre les mondes, entre les groupes, d'amoindrir les processus d'essentialisation et de ne pas annihiler les espaces de dialogues et de négociations qui existent dans la pratique »¹¹⁹.

III. Trajectoires et positions de l'ethnographie villageoise

« Infirmière ? Instit ? Prof ? », telles furent les questions qui m'étaient habituellement posées lors d'une nouvelle rencontre, pour engager la conversation. Dans ce que Jeanne Favret-Saada désigne comme un « système de places », nos interlocuteurs nous affublent toujours d'un rôle qui conditionne en partie les trajectoires de nos enquêtes¹²⁰. Il est dès lors indispensable de comprendre à qui pense s'adresser notre interlocuteur, quand il répond à nos questions¹²¹. Or ce système de places est en Nouvelle-Calédonie traversé par les logiques coloniales et (post)coloniales, et les questions de l'anthropologue peuvent rapidement s'apparenter à celle des agents de l'Etat en position d'autorité : profs, médecins, gendarmes pour les hommes¹²², profs, institutrices, infirmières pour les femmes. Car le genre trouble d'autres nuances la situation d'entretien et de manière générale la relation ethnographique en contexte colonial, comme je l'examine à la fin de ce chapitre. A qui pensaient s'adresser mes interlocuteurs ? A quelle place m'avaient-ils placée ? Comment circuler entre ces assignations ?

¹¹⁸ Max Gluckman, Yann Tholoniât et Benoît De L'Estoile, « Max Gluckman (1940) : "Analysis of a social situation in modern Zululand" », *Genèses*, 2008, vol. 72, n° 3, p. 119-155.

¹¹⁹ N. Gagné, « Le Savoir comme enjeu de pouvoir », art cit, p. 294.

¹²⁰ J. Favret-Saada, *Les Mots, la mort, les sorts*, op. cit., p. 38.

¹²¹ *Ibid.*, p. 36.

¹²² M. Naepels, *Histoires de terres kanakes*, op. cit. ; A. Bensa, « De la relation ethnographique », art cit.

Kanaks et *kamadra* de Lifou

Pour comprendre ces assignations, il faut resituer la place qu'occupent en général les *kamadra* [blancs] dans la vie sociale à Lifou. *Ka madra* signifie, littéralement, ce qui est rouge, et renverrait selon les explications, soit au mercurochrome auquel étaient associés les soignants européens¹²³, soit à leur peau qui rougirait au soleil¹²⁴. La Province des Îles est la province où la proportion de Kanaks est la plus importante et à Lifou, les Européens n'y représentant qu'une part infime de la population totale – moins de 5%¹²⁵. La plupart sont médecins [*drokete* ou *drokete*], infirmiers, gendarmes ou enseignants, arrivés directement de métropole ou d'un DOM-TOM et mutés pour quelques années sur l'île, avant de repartir pour une autre mutation. Depuis quelques années, avec l'augmentation du nombre d'enseignants calédoniens, un nombre plus important de jeunes Nouméens est venu dans les îles, même s'ils privilégient des mutations sur la Grande Terre ou en Province Sud, où ils peuvent acheter un terrain ou une maison – alors que le statut coutumier des terres dans les Loyauté rend impossible l'accès à la propriété. Quelques commerçants européens s'y sont établis plus durablement, et gèrent un magasin ou un hôtel. D'autres ont épousé une femme ou un homme de Lifou, ce qui facilite parfois l'accès à une parcelle où une maison peut être construite. Mais la grande majorité des *kamadra* de Lifou sont des « métros », des « zoreilles » de passage qui voient dans leur mutation l'occasion d'une indexation généreuse dans l'une des plus belles îles de Nouvelle-Calédonie – même si les conditions de travail n'y sont pas toujours aussi simples qu'ils le pensaient.

Ce contexte suscite d'autres formes d'interaction que celles rencontrées sur la Grande Terre. On n'y retrouve pas les efforts de distinctions entre caldoches et zoreilles desquels procèdent les Européens sur la Grande Terre, et on est à Lifou d'abord un *kamadra*, terme mobilisé en *drehu* comme en français, par les Kanaks comme par les Européens. Pour les Kanaks de Lifou, cette catégorie générique renvoie, au-delà de l'appartenance ethnique, à une catégorie socio-professionnelle – la fonction publique et les revenus élevés qui l'accompagnent avec

¹²³ Maurice H. Lenormand, *Dictionnaire de la langue de Lifou. Le Qene Drehu*, Nouméa, Le Rocher à la voile, 1999, p. 309.

¹²⁴ Cette dernière explication est plus couramment retrouvée aujourd'hui.

¹²⁵ Sur les 9275 habitants recensés en 2014, il y a 8563 Kanaks, 356 Européens, 8 Wallisiens ou Futuniens, 264 appartenant à plusieurs communautés ou métis, et 84 à d'autres communautés ou ne déclarant pas sa communauté d'appartenance (Source : recensement de 2014, Institut de la Statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie).

l'indexation. On retrouve à Lifou une situation d'interdépendance propre à l'économie coloniale, dans laquelle les besoins en logement des *kamadra* rencontrent les besoins financiers et désirs en biens matériels des Kanaks¹²⁶. La présence européenne s'accompagne ainsi d'apports financiers importants pour les tribus situées à proximité de Wé ou Xepenehe, les deux principaux centres administratifs de l'île. Certaines familles tirent une part importante, voire l'essentiel de leurs revenus, de la location d'une « villa »¹²⁷. Le *hnalapa* [tertre, espace résidentiel d'un clan]¹²⁸ accueille alors les nouveaux habitants de la villa, aux côtés de l'habitat collectif composé de la case, la maison en tôle, la cuisine et les sanitaires extérieurs, et qui héberge plusieurs générations d'une même famille, quelques fois plusieurs familles d'un même clan. Les liens avec la famille propriétaire sont souvent proches, entraînant le partage occasionnel des repas et l'intégration aux cérémonies coutumières majeures du clan telles que les mariages et les deuils.

C'est à Kolopi, tribu que j'ai fréquentée pendant plusieurs années avant de débiter mon enquête car mes parents y étaient établis, que j'ai trouvé l'exemple le plus emblématique de la situation d'interdépendance entre *kamadra* et Kanaks. C'est en particulier au cours de la « visite de la tribu » que j'ai vu se déployer une partie des dynamiques d'interdépendance de la situation coloniale. Les visites de tribu sont des réminiscences des pratiques hygiénistes mises en place par les missionnaires¹²⁹. Une fois par an, une délégation de la tribu fait le tour des *hnalapa*, entre dans les maisons et inspecte les jardins, pour vérifier qu'ils sont bien tenus : les pelouses doivent être tondues et les jardins débroussaillés, l'intérieur des cases et des maisons doit être propre, de même que les nattes et le linge qui y sont utilisés. Rares sont les tribus qui ont maintenu ces visites hygiénistes, et elles y sont pratiquées différemment selon les endroits : dans certaines tribus, c'est le « groupe des femmes » qui s'en charge ; ailleurs, comme à Kolopi, ce sont des hommes, chefs de clans. A Kolopi, le maintien de cet usage cadre avec le climat policé de la tribu et on y aperçoit quelques-unes des dynamiques sociales qui le caractérisent ainsi que le rôle qu'y tient la présence européenne. Kolopi est un endroit apprécié des fonctionnaires européens qui vivent à Lifou : non loin de Wé, la plupart des villas y sont « en dur », les jardins bien entretenus et l'ordre y est maintenu par un « petit

¹²⁶ De la même façon que Gluckman a décrit au Zululand la situation d'interdépendance dans laquelle le besoin en main-d'œuvre des Européens rejoignait le désir de biens matériels des Zoulous. M. Gluckman, Y. Tholoniati et B. De L'Estoile, « Max Gluckman (1940) : "Analysis of a social situation in modern Zululand" », art cit.

¹²⁷ Une villa de deux chambres peut être louée 1000-1500 euros quand c'est une maison « en dur » (par opposition à la maison « en tôle »), où les propriétaires assurent l'entretien du jardin.

¹²⁸ Le *hnalapa* (*hna* : lieu, *lapa* : clan, rester) est à Lifou l'espace de résidence où vivent un ou plusieurs couples parfois dans la même cour, parfois dans des cours adjacentes. H. Nicolas, *La fabrique des époux*, op. cit., p. 158.

¹²⁹ Les *Sanitary*, comité de salubrité publique, ont été établis en 1930 par la missionnaire Marguerite Anker, mais Emma Hadfield mentionne aussi leur existence auparavant (Cf. chapitre 2).

chef » – appellation issue de l’administration coloniale – qui profite d’occasions comme la visite de la tribu pour rappeler les règles de celle-ci et affirmer son autorité. Comme une partie des habitants de Lifou, le petit chef vit et travaille à Nouméa, et rentre régulièrement à Lifou avec sa famille pour les obligations coutumières. En son absence, c’est son « porte-parole » [*gene qaza*] qui fait appliquer les règles de la tribu. Chaque *hnalapa* a préparé consciencieusement la visite de la tribu, parfois un mois à l’avance, parfois avec l’aide des locataires *kamadra*. Sur le *hnalapa* où vivent mes parents, les femmes de la famille ont préparé de nouveaux *behno* [feuilles de cocotiers tressées] comme parois du préau et des « triomphes », grandes feuilles de cocotiers coupées en leur milieu pour se transformer en larges franges vertes volant au vent, ornent les poteaux d’entrée du *hnalapa*. La case et les maisons ont été rangées et nettoyées. J’ai préparé une quiche et les femmes de la famille qui nous accueille se sont occupées des boissons. Le tout est déposé dans une glacière sous le préau qui a été orné pour l’occasion de fleurs et de triomphes. Le jour de la visite, la famille propriétaire étant au travail ou à Nouméa, c’est ma mère et moi qui, vêtues des robes mission [robe introduite par les missionnaires et traditionnellement portée par les femmes kanakes] que nous gardons pour ces occasions, attendons dès 6 heures du matin l’arrivée de la délégation. Celle-ci, composée de quelques hommes, se présente quelques heures plus tard avec le geste coutumier qui accompagne l’arrivée dans un *hnalapa*. Bien qu’il soit d’usage que ce soit les hommes chefs de famille qui reçoivent ce geste, en leur absence, je prends le billet et remercie le geste de quelques mots. Quelques paroles sont échangées, notamment avec l’un des « papas » [hommes mariés] qui travaille dans le même collège que ma mère, et quelques-uns des jeunes hommes qui semblent trouver dans cette visite l’occasion d’un apprentissage de leur futur rôle d’homme marié¹³⁰. Le papa nous explique que le but de la visite est aussi de s’assurer que tout va bien dans les maisons. Ils boivent quelques-unes des boissons proposées et ne s’attardent pas : peut-être parce qu’il reste encore beaucoup de familles à visiter, peut-être parce que nous ne sommes que deux *kamadra* sur le *hnalapa*, les maisons ne sont pas inspectées, peu d’attention est donnée aux décorations préparées, et la délégation repart rapidement inspecter un autre *hnalapa*.

A midi, la visite est terminée, et toute la tribu se retrouve à la maison commune, au centre du village, où un repas a été préparé et où le petit chef de la tribu dresse le bilan de la matinée et plus généralement, de l’année qui s’est écoulée.

¹³⁰ Le mariage coutumier sanctionne l’entrée dans l’âge adulte, « assied » le jeune homme dans sa communauté et en même temps revivifie les structures hiérarchiques. H. Nicolas, *La fabrique des époux*, op. cit., p. 480-484.

Une partie des quelques *kamadra* qui se sont déplacés sont assis sur des chaises, non loin du petit chef qui se tient devant l'assemblée assise sur les nattes. Parmi eux, le nouveau commandant de gendarmerie et son épouse. Un couple d'infirmiers et un jeune couple de Calédoniens¹³¹, qui se sont établis depuis plusieurs années, sont aussi là avec leurs enfants qui portent des prénoms *drehu*. Assise avec quelques amies au fond de la salle, j'écoute la traduction partielle qu'elles me font des propos du petit chef. Celui-ci rappelle les règles en vigueur dans la tribu, comme la bonne tenue des pelouses et des jardins, ainsi que les règles qui concernent plus particulièrement les « jeunes ». Il déplore les vols commis dans l'année dans certaines maisons de *kamadra* et les attribue aux « jeunes », dont il rappelle qu'ils s'exposent à « l'astiquage », qui consiste à battre une personne ou l'ensemble de sa classe d'âge¹³². A Kolopi, porter une capuche est interdit, de même que les jeunes filles ne doivent pas porter de bermuda, et qu'il est interdit de marcher dans la tribu une fois la nuit tombée. Ne pas respecter ces règles y est réprimé par « l'astiquage » : c'est ainsi qu'un jeune homme fut battu pour avoir sonné la cloche du temple à la nuit tombée. Cet excès de zèle dénote avec ce qui est en usage dans d'autres tribus de l'île et plus généralement avec les modes de vie urbains de Nouméa, que tous connaissent au moins une partie de l'année.

Cette tribu présente un aspect tellement ordonné que les habitants des autres tribus de Lifou plaisaient souvent sur celle-ci. Elle est surnommée la « tribu des *kamadra* », « le petit Monaco » ou encore « Beverly Hills » à cause des grandes pelouses bien tondues qui se déroulent devant les « villas en dur » et les barrières – parfois de ciment – qui délimitent strictement chaque *hnalapa*, pratique bien différente des délimitations indistinctes généralement trouvées dans les villages kanaks¹³³. Ainsi son aspect reflète-t-il les règles qui y sont en vigueur. Cette année-là, pour la première fois, un chef de clan des *kamadra* fut désigné sur le modèle des chefs de clan kanaks qui doivent veiller au respect des règles dans leur clan. Le chef des *kamadra* devra désormais veiller au bon déroulement de la visite chez les « locataires » et transmettre les règles en vigueur aux nouveaux arrivants.

Se déploie ainsi dans la visite le rituel de l'autorité kanake : d'abord la circulation du pouvoir qui vérifie l'ordre de chaque espace en contrôlant la propreté de chaque clan jusque dans ses espaces intérieurs, puis le rassemblement autour de la parole du chef qui rappelle les règles,

¹³¹ J'emploie le mot calédonien pour désigner les populations de Nouvelle-Calédonie d'origine européenne, comme le veut un usage local implicite bien que, théoriquement, « calédonien » recouvre toutes les ethnies du territoire.

¹³² Je reviens dans la troisième partie sur l'importance contemporaine de cette technique de discipline dans le gouvernement des corps kanaks.

¹³³ Des amis de Canala et Houailou me rendant un jour visite s'étonnèrent de l'impression d'ordre des habitats de Lifou et des barrières de ciment séparant certaines maisonnées.

d'ordre plus que de propreté, et les procédures pour les faire respecter. Emma Hadfield mentionnait déjà comment la visite de la tribu était l'occasion pour les chefs d'affirmer leur pouvoir, voire ce qu'elle qualifiait de despotisme, sur leurs sujets¹³⁴. Hélène Nicolas y fait aussi allusion et l'analyse comme s'intégrant à une stratégie du contrôle masculin sur les tâches domestiques effectuées par les femmes¹³⁵.

C'est dans cette situation coloniale où l'interdépendance, variable selon les tribus, se rejoue dans des moments comme la visite de la tribu, que s'inscrit l'anthropologue à son arrivée à Lifou.

« Présenter son visage » et se perdre en chemin

Pour ne pas être simplement une des *kamadra* de cette situation d'interdépendance, ou du moins pour pouvoir réorienter l'interdépendance dans le sens d'un échange ethnographique, j'ai cherché une autre tribu pour m'accueillir et dans laquelle je pourrais « présenter mon visage » [*qëmek*, don coutumier] hors d'une telle situation, c'est-à-dire offrir mon geste coutumier et expliquer la raison de ma présence. C'est tout l'intérêt et l'importance du geste coutumier.

Ce n'est pas un hasard si le village vers lequel j'ai été amenée par une amie pour commencer mon enquête représente tout l'opposé de Kolopi. Cette tribu que j'appellerai Kalanëti est située sur le « plateau » de Lifou, au centre de l'île, à plus d'une demi-heure de route de Wé. Entourée d'épaisses forêts, avec un accès difficile à la mer, un climat plus froid et humide que sur le littoral, Kalanëti semble un peu isolée. Comme sur le reste du plateau, la terre y est plus riche et les jardins vivriers plus abondants. On dit que les habitants du littoral sont venus s'y installer à la fin du XIX^e siècle pour s'assurer que les Européens n'arriveraient jamais jusqu'ici. De fait, aucune maison n'y est louée à des Européens. Comme dans beaucoup de tribus, la vie s'organise autour du temple, de la maison commune, du terrain de foot, de l'école et de la petite épicerie qui fournit l'essentiel à ceux qui n'ont pas le temps ou les moyens de rouler jusqu'aux magasins bien achalandés de Wé, puis s'étend en une succession de *hnalapa* sur une vaste étendue. A Kalanëti, on trouve surtout de modestes maisons en tôle, mais aussi quelques « maisons en dur » plus confortables pour ceux qui travaillent dans les

¹³⁴ Elle décrit par exemple comment certains chefs pouvaient alors s'approprier ce qu'il voulait. Emma Hadfield, *Among the Natives of the Loyalty Group*, Londres, Macmillan and Co. Limited, 1920, p. 33.

¹³⁵ H. Nicolas, *La fabrique des époux*, *op. cit.*, p. 719.

institutions de Wé ou pour ceux qui ont obtenu l'aide de la Province permettant la construction d'une « maison SECAL » (un logement social).

Avant que je m'y installe, un ami de Houaïlou qui y a des liens de parenté m'avait mise en garde : à Kalanëti, « on n'aime pas les blancs et on vit à la *roots* », m'avait-il dit en plaisantant. C'est aussi l'impression que donnent les chansons du principal groupe de la tribu qui, loin des thèmes plus consensuels des groupes de Lifou, appellent à l'indépendance et critiquent les *kamadra*. On n'y trouve pas le sens de l'ordre qui règne à Kolopi, mais au contraire des délimitations entre *hnalapa* peu claires, une tolérance pour les jardins en désordre, pour le cannabis et pour les « bandes de jeunes » qui « traînent » tard le soir dans la tribu, bermudas et capuches pour les garçons comme pour les filles, pour chasser la roussette, jouer au foot ou juste pour rester ensemble.

Si je n'avais été introduite par cette amie de longue date qui y a de lointains mais solides liens de parenté, je n'aurais sans doute jamais fait autre chose que de traverser cette tribu, comme la plupart des Européens de l'île. Nouméenne, j'ai sans doute cherché dans l'éloignement de Kalanëti, comme Jean Briggs dans la société Inuit, cette « façon de m'échapper du monde dans lequel j'avais grandi, et que j'affectionnais peu », une façon de trouver d'« autres options pour soi »¹³⁶. Et comme Briggs, c'est en étrangère que j'ai débuté cette enquête¹³⁷. Etrangère au clan, étrangère à la tribu, j'ai pu « présenter mon visage » : en *drehu*, le *qëmek*, c'est à la fois le visage et la coutume¹³⁸. La coutume, omniprésente dans l'ensemble de la vie sociale Kanake aux Loyauté comme sur la Grande Terre, c'est d'abord ce geste destiné à montrer son respect envers les hôtes et les ancêtres du *hnalapa*. Outre la légitimité qu'apporte cette marque de respect, le geste coutumier est une façon de s'inscrire dans des réseaux sociaux locaux¹³⁹.

On présente son geste comme on présente son visage, à chaque arrivée sur un *hnalapa*, à chaque retour après une longue absence. On le présente aussi dans les deuils, les mariages, et dans tous les grands moments de la vie sociale. De composition variable selon les situations et les personnes, cette « coutume d'arrivée » est constituée pour les visites de courtoisie – et a fortiori pour les entretiens – d'un billet de 500 ou 1000 francs pacifique¹⁴⁰, parfois d'un morceau d'étoffe, que l'on accompagne d'un discours le plus sobre possible quand on est

¹³⁶ Jean L. Briggs, « Emotions Have Many Faces: Inuit Lessons », *Anthropologica*, 2000, vol. 42, n° 2, p. 157-158.

¹³⁷ J.L. Briggs, « Daughter and Pawn: one Ethnographer's Routes to Understanding Children », art cit. Je reviens plus loin sur les expérimentations que permet le statut d'« outsider » que décrit Briggs et sur ce qu'elles amènent en matière de compréhension des émotions et de leur gestion.

¹³⁸ *Qëmek*, de *që* [bouche] et *mek* [œil] désigne le visage ou bien le geste coutumier.

¹³⁹ M. Naepels, « Une étrange étrangeté : remarques sur la situation ethnographique », art cit.

¹⁴⁰ 1000 francs cfp, ou encore « pacifique », correspond à un peu plus de 8 euros.

étranger et qui plus est une femme. Les yeux baissés, on pousse le billet sur le coin de la table discrètement, en remerciant son hôte et les ancêtres du lieu. C'est en théorie le chef de famille qui reçoit et remercie le geste d'un discours, qui dit souvent beaucoup sur la perception qu'il se fait du nouvel arrivant et qui rappelle parfois les chemins qui ont amené l'un et l'autre à se rencontrer. En son absence, c'est son épouse qui remercie le geste.

On m'avait dit de veiller au respect des chemins coutumiers une fois que je m'établissais dans une nouvelle tribu, en étant introduite par l'aîné du clan qui me recevrait, afin qu'il m'accompagne jusqu'au chef qui devait donner son accord pour l'enquête. Pour autant, bien que mes premiers interlocuteurs aient insisté sur le respect de ces hiérarchies, j'ai rapidement constaté que mes hôtes ne lui accordaient pas une importance aussi centrale, et qu'il était même souvent plus judicieux de présenter son geste directement et simplement aux familles me recevant le temps d'un entretien.

Trop respecter le protocole coutumier a même pu contribuer à certains des premiers biais de l'enquête. Quel est le visage qu'ont perçu mes interlocuteurs à Kalanëti ? Jeanne Favret-Saada explique comment c'est en interprétant son discours que ses interlocuteurs lui ont donné une place¹⁴¹. Avant même que nous ne prenions parole, c'est en Nouvelle-Calédonie l'histoire coloniale dans laquelle s'inscrit l'ethnographe qui donne à nos interlocuteurs de premières clés d'interprétations.

Souhaitant m'installer à Kalanëti plusieurs mois et y rencontrer les familles concernées par des troubles mentaux, j'ai respecté la hiérarchie conseillée, afin d'avoir une présence légitime dans la tribu. Introduite par mon amie Paula auprès de Wasako, la mère du petit chef, l'une des *qatr foë* [vieille femme] les plus respectées de la tribu, si ce n'est du district, je pensais tenir un point d'entrée idéal pour débiter une enquête ethnographique. Le jour convenu, nous sommes arrivées avec mon amie après une longue route jusqu'au *hnalapa* où vit Wasako. Situé à deux pas du carrefour du village, le jardin est très grand avec une petite maison SECAL à son entrée et, de l'autre côté de la grande pelouse, une vieille maison en tôle, un préau et une case perdant la paille de sa toiture. Le défunt mari de Wasako, ancien petit chef de la tribu, est enterré dans le jardin, comme le veut l'usage pour les personnages importants. Tout au fond s'étend une immense vanilleraie, parsemée d'orchidées et de fleurs de toutes sortes à laquelle Wasako porte un grand soin. Alors que son fils – le petit chef actuel du village – habite la maison en dur avec sa femme et leur petite fille, Wasako habite dans la maison en tôle construite par son mari. Nous garons la voiture devant la maison en tôle et y

¹⁴¹ Jeanne Favret-Saada, *Les Mots, la mort, les sorts*, Paris, Gallimard, 1985, p. 34-43.

entrons. Comme c'est elle qui m'introduit sur le *hnalapa*, c'est Paula qui présente mon geste, un billet de 1000 francs, pour lequel Wasako me remercie longuement. Les deux femmes entament une longue conversation en *drehu*, parsemée de quelques mots français. Je ne comprends pas encore cette langue, mais je saisis qu'elles évoquent des souvenirs lointains, quand Paula et sa famille, chassées de leur terre, ont été accueillies par Wasako. Les murs de la maison sont couverts des tissus coutumiers fleuris de toutes les couleurs, dont je verrais des rouleaux entiers s'échanger pendant les mariages. Accrochés aux tissus, un pêle-mêle d'images religieuses, de photos de famille, ou de l'équipe de France de football avec Christian Karembeu sur une plaque de Lifou et, trônant au-dessus de la porte d'entrée, le portrait du leader indépendantiste Jean-Marie Tjibaou. Au sol, devant la télé, un grand matelas couvert de coussins colorés où viendra s'allonger l'une des filles de Wasako pour y allaiter sa petite fille.

Une fois l'évocation des souvenirs terminée, Paula explique à Wasako, toujours en *drehu*, l'objet de ma recherche. Je ne saisis alors que quelques mots, laissant ainsi s'échapper dans une langue étrangère l'exercice de présentation de soi qui fait l'entrée d'une ethnologue. J'entends Paula parler des « *ka hmo* » [ceux qui sont « fous », selon sa traduction] et des « handicapés » – toujours ainsi dénommés en français, même dans les conversations en *drehu*. Quand elles repassent au français pour m'inclure dans la discussion, je sors la feuille de papier sur laquelle figure la « liste » de « malades » préparée par Paula, que nous avons commencé à discuter toutes les deux dans la voiture, et qui posera les bases des premières discussions sur la maladie mentale à Lifou. Nous ne nous attardons pas plus sur cette liste. Wasako clôt la discussion en promettant d'en parler à son fils, le petit chef de la tribu, parce que dit-elle, « ça serait plus sérieux », parce que « ça serait bien fait comme ça ». Et puis nous passons à autre chose : comme le veut l'usage, Wasako nous sert le thé et des beignets qu'elle a préparés, avant de nous faire visiter la vanilleraie. La conversation tourne autour des fleurs, boutures, vanilles, avocats. Nous repartons avec un bouquet, un petit sac tressé, des chouchoutes [légume courant de Nouvelle-Calédonie] et des piments de son jardin, et elle nous aurait encore offert davantage si nous n'avions refusé.

Après cette première rencontre, j'ai attendu un mois avant de pouvoir revenir m'installer. Un mois durant lequel j'appelais régulièrement Wasako, qui m'expliquait que son fils voulait en parler aux habitants du village mais qu'il était très occupé. Un mois durant lequel mon objet de recherche et le but de ma venue furent sans doute transformés au gré des discussions familiales chez Wasako et de la présentation que fit son fils un dimanche pendant la messe et à laquelle je n'ai pas pu assister faute d'avoir été prévenue. Je retrouve Wasako lors d'une

cérémonie de deuil dans sa famille auquel je me rends pour présenter mon geste coutumier. Assise sous le vaste *iadradrahe* [abri cérémoniel] où sont rassemblées quelques dizaines de personnes des clans et des tribus voisines, j'écoute la fille de Wasako me présenter à un groupe de *jajiny* [jeunes filles]¹⁴² curieuses de ma présence. Dans le flot de paroles *drehu* que je comprends peu, les mots « psychologue » et « handicapé » sont prononcés. Je tâche de rectifier en précisant que je ne suis pas une soignante et j'explique que je suis une anthropologue et que je récolte des histoires sur comment les gens soignent et perçoivent la maladie mentale à Lifou¹⁴³.

Ma présence suscite l'intérêt, mais c'est un intérêt que je saisis mal. Je comprends alors qu'un glissement s'est opéré, sans savoir l'identifier clairement. Le pasteur de Kalanëti que je rencontre le lendemain m'assimile dans un premier temps à une soignante venue rendre visite aux malades, « c'est bien d'aller dans les maisons », « c'est bien de travailler avec les handicapés », dit-il. L'une des filles de Wasako qui m'accompagne alors me dit aussi que « c'est mieux si les gens font comme [moi] et qu'ils vont visiter dans les tribus », plutôt que de laisser les malades à « Nouville » (l'hôpital psychiatrique) ou dans leur famille à Nouméa. Plus tard, à Kalanëti, je constate que les familles du village avaient effectivement été prévenues de ma visite. Mais ils virent d'abord en moi quelqu'un envoyé par la Province, incarnant une position oscillant entre soin, recensement et contrôle. Sans trop comprendre le rôle qu'on m'avait attribué, je compris qu'il s'inscrivait dans la continuité de la succession de visites et de tournées auprès des malades, la dernière tournée remontant à celle qui avait permis le recensement des handicapés l'année précédente dans le cadre de la mise en place de la loi de pays sur le handicap¹⁴⁴. La liste de papier sur laquelle Paula aidée de quelques autres avait griffonné les noms des « malades » de Kalanëti et du district avait conforté cette image d'agent recenseur de la Province : à mon arrivée, c'est surtout vers les familles comportant une personne reconnue handicapée que j'étais orientée. Celles-ci m'attendaient, pensant sans doute qu'une partie au moins de mes fonctions consistaient à évaluer la pertinence des aides sociales qui leur avaient été prodiguées – versement d'une allocation et mise à disposition d'auxiliaires de vie à domicile.

¹⁴² Les femmes sont considérées *jajiny* tant qu'elles ne sont pas mariées. On désigne donc par *jajiny* les adolescentes, mais aussi des femmes d'une quarantaine d'années qui ne se sont jamais mariées.

¹⁴³ Il me semble alors important d'un point de vue éthique qu'à cette étape préliminaire de l'enquête, mes interlocuteurs comprennent bien que je ne suis pas soignante et que je m'intéresse à la maladie dans sa dimension sociale. J'atténuerai cette réserve plus tard, quand je comprendrai la confusion qu'elle pouvait engendrer (cf. chapitre 6 et suivants).

¹⁴⁴ Les premières lois de pays (c'est-à-dire des lois propre à la Nouvelle-Calédonie) établissant un régime d'aides pour le handicap et la dépendance n'ont été adoptées qu'en 2009.

Dans ce contexte, mes questions portant sur la thérapeutique kanake des troubles mentaux suscitèrent une forme de méfiance, des réponses convenues, et confortèrent le statut policier du dispositif ethnographique¹⁴⁵. Amenée de maison en maison par la fille de Wasako, j'arrivai ainsi dans un foyer dont le père, âgé d'une cinquantaine d'années, était inscrit sur cette liste comme malade. Comme de nombreux entretiens, celui-ci se déroula sur la table de la salle à manger. Son épouse fit asseoir son mari en face de moi et elle s'assit sur une chaise un peu en retrait. Elle avait accepté l'entretien et était prévenue de ma visite, mais elle refusa qu'il soit enregistré¹⁴⁶. Je dépliai devant moi la liste imprimée sur laquelle figuraient les questions ouvertes que j'ai préparées et qui abordaient les différentes dimensions de la maladie et du soin, leurs désignations en *drehu* telles que je les avais trouvées dans les travaux de Lenormand ou Lepoutre. Elle évinça toutes mes questions portant sur le guérissage d'un « je ne sais pas », « je connais pas » et me dit qu'elle ne connaissait pas de guérisseurs dans la tribu – pourtant à mon arrivée, elle crachait des plantes sur le furoncle d'un enfant qui était venue la trouver et sa voisine, que je rencontrerai quelques mois plus tard, est l'une des guérisseuses les plus réputées du district. Quant à son époux, ses mains tremblaient – probablement sous l'effet du traitement neuroleptique – et son discours n'était pas cohérent. Il était « bien malade » comme on dit à Lifou, pour marquer la gravité d'un trouble. Il intervint parfois dans l'échange, par exemple pour parler d'un malade dans une autre tribu, mais son épouse l'interrompit systématiquement pour qu'il n'en dise pas trop. Je mis fin rapidement à cet entretien, comme à un certain nombre d'entretiens dès qu'ils se présentaient sous ces auspices. Je compris rapidement, au fil de cette « tournée des malades » que mes hôtes avaient préparée pour moi, que l'échange ethnographique s'était fait dispositif policier avant même de commencer, et que j'étais assimilée à l'enquêtrice des services sociaux venue une année auparavant recenser les handicapés de la tribu, continuité des visites en tribu consistant d'abord à dépister les lépreux, ensuite peut-être à les soigner (cf. chapitre 2). Quand le soir, à table, je discutai avec Wasako et ses filles des personnes que je rencontrai, je vis encore se croiser d'autres dispositifs policiers que je compris alors mal, premières indications des techniques disciplinaires de normalisation des corps. Dans ces bavardages autour de la maladie mentale, le cannabis comme étiologie dominante d'un certain nombre de troubles

¹⁴⁵ Pierrine Didier, dans son ethnographie sur la médecine intégrative à Madagascar, reprend l'expression qui y a cours de « descente de scientifiques » pour décrire le dispositif adopté par certaines associations enquêtant sur les plantes médicinales, une formulation qui évoque alors la descente de police. Pierrine Didier, *Médecine traditionnelle et « médecine intégrative » à Madagascar : entre décisions internationales et applications locales*, Université de Bordeaux, 2015, p. 48.

¹⁴⁶ Hormis un médecin, c'est la seule fois qu'une personne a refusé l'enregistrement d'un entretien.

faisait intervenir les gendarmes et l'institutionnalisation psychiatrique, aux côtés des « handicapés » qui étaient présentés comme des gens « bien malades ».

Ainsi, laisser à mes interlocuteurs l'initiative de ma présentation a finalement obscurci ma position ethnographique. Mes interlocuteurs ont décidé pour moi de mon rôle, en se basant peu sur l'interprétation de mes discours : j'ai eu peu l'occasion de parler avant mon arrivée, la parole a circulé en mon absence, d'une amie à une *qatr*, de la *qatr* à son fils petit chef, du petit chef à ses sujets pendant la messe et, de maison en maison, on a surtout attendu une *kamadra* envoyée par la Province pour « travailler » avec les handicapés. Alors que les institutionnels et cadres de santé que j'avais rencontrés l'année précédente m'avaient consigné dans un rôle de recueil des spécificités culturelles inscrit dans un projet implicite d'essentialisation des pratiques socio-médicales kanaks, les premières familles qui me reçurent virent en moi quelqu'un travaillant dans le soin et venant « aider les handicapés », ou peut-être les contrôler, incarnation de l'ambiguïté de la présence biomédicale à Lifou. C'est autour de cette discordance que surgit le premier trouble ethnographique que suscite toute enquête¹⁴⁷.

Mais « l'indigène a toujours raison, qui entraîne l'enquêteur dans des directions imprévues », et quand l'enquêteur ne trouve sur le terrain « rien qui corresponde à son attente », c'est bien « là le signe qu'il s'agit d'une science empirique et non d'une science-fiction »¹⁴⁸. Car cet obscurcissement fut aussi l'une des clés de compréhension du sens social donné aux troubles mentaux et de leur relation aux dispositifs judiciaires et médicaux.

Le temps long du terrain et ses émotions

Se laisser perdre par la situation d'enquête, c'est aussi ouvrir d'autres pistes, même si c'est avec angoisse que l'ethnographe voit les premières se fermer. Dans le « rite initiatique » que constitue pour l'anthropologue le « terrain »¹⁴⁹, l'émotion est un ressort heuristique, même si peu en rendent compte. La temporalité longue du terrain qui fait souvent le critère d'une bonne ethnographie¹⁵⁰ fait naître un ensemble d'émotions qui ponctuent l'écriture du journal de terrain et, ce faisant, façonnent le regard ethnographique. Hors de la temporalité du terrain,

¹⁴⁷ Naepels parle du trouble des habitus de l'ethnographe. M. Naepels, « L'Épiement sans trêve et la curiosité de tout », art cit, p. 93.

¹⁴⁸ J. Favret-Saada, *Les Mots, la mort, les sorts*, op. cit., p. 31.

¹⁴⁹ J.-P. Olivier de Sardan, « La Politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », art cit, p. 3.

¹⁵⁰ « Il faut, sur le terrain, avoir perdu temps, beaucoup de temps, énormément de temps, pour comprendre que ces temps morts étaient des temps nécessaires ». *Ibid.*

dans la mise à distance de l'après-terrain, ces émotions ouvrent des brèches dans l'analyse de ce qui était sur le moment incompréhensible. Jean Briggs décrit comment, lors de sa première enquête ethnographique, elle fut ostracisée par la famille inuit qui l'accueillait, et fit l'expérience de l'anxiété, de la fatigue et du malheur, qui la conduisirent à se retirer dans le silence¹⁵¹. Ce sont pourtant ces émotions douloureuses qui lui permirent, à distance, de comprendre les mécanismes de gestion des émotions dans la société inuite.

A Lifou, le temps du terrain fut aussi l'expérience de la temporalité longue, de l'attente, de l'ennui et l'angoisse qui l'accompagnent. Il faut se plier à la temporalité de nos interlocuteurs. Savoir que rien ne peut s'anticiper, qu'il faut être sur place, se déplacer, passer voir les uns et les autres, faire savoir qu'on est là, pour que des entretiens se décident, souvent la veille pour le lendemain. Être patiente mais aussi percevoir quand il n'y a en fait rien à attendre. Mes interlocuteurs n'avaient pas d'agenda, parfois pas de téléphone ou juste plus de batterie ni de réseau.

Après avoir attendu un mois avant de pouvoir m'installer à Kalanëti, être confrontée constamment au rôle qu'on m'avait attribué fut également source de déception et d'anxiété. Me heurtant non pas à des refus francs, mais à des évitements polis, j'ai arrêté rapidement les entretiens réalisés sous cette forme de dispositif. Pendant ces premiers mois, j'ai passé beaucoup de temps à ne pas faire grand-chose, si ce n'est à rester avec ces grands-mères vers lesquelles on m'orientait, qui me disaient peu des questions qui m'intéressaient, mais auprès desquelles je trouvais le *manathith* [bénédiction]¹⁵² qui me serait par la suite indispensable. J'ai passé aussi beaucoup de temps avec des *jajiny* [jeunes filles non mariées] et noué ou consolidé des amitiés qui furent une autre forme de bénédiction.

S'exposer et montrer ses émotions et ses failles, c'est d'une part expérimenter avec ses interlocuteurs leurs modes de résolution de la tristesse que je décris au chapitre 4. C'est aussi rompre avec la posture du folkloriste qui, se montrant « non manquant, non troué », ne peut trouver que des réponses convenues¹⁵³. Être affectée, d'une façon ou d'une autre, c'est s'exposer soi-même et par-là même ouvrir d'autres brèches pour donner prise à l'échange. C'est enfin faire l'expérience des modalités de transmission des savoirs, et comprendre de quelle façon la répartition des pouvoirs qui en découle est traversée par la question du genre, comme je le décris dans la dernière partie de ce chapitre.

¹⁵¹ J.L. Briggs, « Emotions Have Many Faces: Inuit Lessons », art cit, p. 157.

¹⁵² Le *manathith* est la bénédiction, que l'on en faisant œuvre de respect aux plus âgés, et en prodiguant des soins aux plus vulnérables (cf. chapitre 4).

¹⁵³ J. Favret-Saada, *Les Mots, la mort, les sorts*, op. cit., p. 40.

Circulations ethnographiques

Un des mythes tenace de l'anthropologie préconise qu'un terrain ethnographique doit être long et réalisé au même endroit pour favoriser « l'imprégnation »¹⁵⁴ et la confiance de nos interlocuteurs. A rebours de ce mythe, quand l'anxiété a trop duré, il faut savoir faire un « pas de côté » comme le suggère Olivier de Sardan, pour ouvrir de nouvelles perspectives et faire des « retouches » aux premiers tableaux rencontrés¹⁵⁵. En outre, la temporalité longue de l'enquête ne s'évalue donc pas tant en mois passés, mais en ce qu'Alban Bensa désigne comme une « expérience totale », ou encore l'entrée dans une « nouvelle forme de vie par apprentissages progressifs mais jamais entièrement aboutis »¹⁵⁶.

La multiplication des sites au cours d'une même enquête permet plusieurs choses : les retours favorisent une segmentation de la temporalité longue et la déterritorialisation permet de démultiplier les processus réflexifs sur les conditions de l'enquête, ses émotions, son éparpillement, ses aléas. C'est une position d'autant plus indispensable quand on a déjà été imprégné de son terrain, pour y avoir vécu bien avant d'y entreprendre une investigation scientifique. L'imprégnation se présente alors différemment, et si le vécu préalable permet de décoder un certain nombre de faits, de maîtriser certains codes de bienséance, il faut aussi pouvoir construire une extériorité et se départir d'une certaine pudeur¹⁵⁷. La tenue du journal joue un rôle central dans ce processus, puisqu'accumuler des matériaux aide à mettre en lumière les relations qui se nouent ainsi que la position affublée à l'observateur par l'observé¹⁵⁸. Le déplacement renforce encore la fragmentation d'une position « chez soi » / « pas chez soi », et rétablit une circulation entre des places qui résout l'atopie initiale de l'enquête et trouver la juste distance du décentrement¹⁵⁹.

Se déplacer, c'est aussi suivre la mobilité de nos interlocuteurs océaniens – en Nouvelle-Calédonie, c'est par exemple reproduire les itinéraires thérapeutiques ou les mobilités professionnelles entre Lifou et Nouméa. Il est en effet difficile d'observer le pluralisme

¹⁵⁴ J.-P. Olivier de Sardan, « La Politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », art cit, p. 5.

¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 15. La conception du terrain unique a aussi été largement critiquée par les tenants de l'ethnographie multisituée : Akhil Gupta et James Ferguson, *Anthropological locations: Boundaries and grounds of a field science*, Berkeley, University of California Press, 1997 ; James Ferguson et Akhil Gupta, « Spatializing States: Toward an Ethnography of neoliberal Governmentality », *American Ethnologist*, 2002, vol. 29, n° 4, p. 981-1002 ; George E. Marcus, « Ethnography in/of the World System: The Emergence of multi-sited Ethnography », *Annual Review of Anthropology*, 1995, p. 95-117.

¹⁵⁶ Alban Bensa, « Père de Pwädé. Retour sur une ethnologie au long cours » dans Didier Fassin et Alban Bensa (eds.), *Les Politiques de l'enquête*, Paris, La Découverte, 2008, p. 24.

¹⁵⁷ N. Renahy, *Les gars du coin*, op. cit.

¹⁵⁸ F. Weber, « L'enquête, la recherche et l'intime ou : pourquoi censurer son journal de terrain ? », art cit, p. 72.

¹⁵⁹ N. Renahy, *Les gars du coin*, op. cit.

médical, car il est rare de pouvoir accompagner le malade dans sa quête de soins. En revanche, suivant l'observation de Jean Benoist, on considère que « les conduites de soin sont enchâssées dans le social » et que le pluralisme médical « résulte de rapports sociaux qui transcendent les conduites individuelles »¹⁶⁰ : il n'est donc pas incongru d'adopter dans l'enquête ethnographique, sur le modèle de la quête de soins, la même circulation auprès d'interlocuteurs variés apportant des réponses sans cesse différentes, adressant des angles différents de l'énigme de la maladie. Une « ethnographie itinérante », pour reprendre la formule de Laurent Jérôme, permet de ne pas se limiter à des lieux, mais d'étudier aussi la production de ces lieux anthropologiques en dehors de tout ancrage territorial délimité¹⁶¹.

Un peu par hasard, mais aussi par choix, j'ai changé de place et navigué entre les différents « rôles » que mes interlocuteurs pouvaient m'attribuer, en vivant dans plusieurs tribus pour plusieurs mois à chaque fois (entre deux et quatre mois). A Kalanëti, j'ai d'abord tenu ce statut un peu flou d'ethnologue croisant soin et travail social. J'y suis restée quatre mois avant de partir en métropole pour me reposer. Puis je suis revenue à Lifou mais me suis installée dans un autre district, chez une autre grand-mère, guérisseuse bien connue qui m'a montré des *drösinöe* [plantes, médicaments] et avec qui j'ai orienté mon objet de recherche autour des pratiques de guérissage plutôt retrouvées chez des femmes, du moins dans le cadre de mon enquête. Je n'ai plus *cherché* à rencontrer des familles de malades, pour éviter de rencontrer le même écueil, mais celles-ci sont venues à moi, souvent par hasard, par exemple quand j'ai pris quelqu'un en stop ou qu'on m'a aidé à réparer un pneu crevé. Dans cette petite maison que je louais à cette grand-mère, j'ai eu d'autres formes de socialité, je me suis émancipée des formes de contrôle social que j'avais acceptées à Kalanëti en m'autorisant par exemple à aller au *nakamal*, et j'ai pris le temps de passer du temps seule, pour me reposer des émotions ethnographiques. Je suis retournée très souvent à Kalanëti, ce qui m'a valu d'être accueillie différemment, avec une plus grande confiance et plus de spontanéité, et j'ai pu alors y faire des entretiens qui correspondaient à mon approche. C'est aussi le moment où j'ai commencé mon observation des activités de l'Antenne Médico-Psychologique et où j'ai accompagné une infirmière psychiatrique, un pédopsychiatre et une psychologue dans leurs visites en tribu. J'ai alors été associée à la structure de soins, mais sans être perçue ni comme une soignante, ni comme une travailleuse sociale, mais plutôt comme une « étudiante stagiaire », ce qui suscitait beaucoup de bienveillance. Après quatre mois, je suis de nouveau partie en France,

¹⁶⁰ Jean Benoist, « Réflexions sur le pluralisme médical : tâtonnements, alternatives ou complémentarités », *Psychosomatische und Psychosoziale Medizin*, 1997, vol. 26, p. 8.

¹⁶¹ L. Jérôme, « Pour quelle participation ? », art cit, p. 473.

puis suis revenue pour habiter dans une autre tribu, changeant encore de district, dans une maison que je louais seule. Ainsi de suite, j'ai ouvert quatre terrains, au cours desquels j'ai habité dans six tribus différentes, dans des configurations variables – hébergée, accueillie, locataire, chez une grand-mère, une guérisseuse, une famille, un pasteur ou une amie. J'ai présenté un visage un peu différent à chaque fois : étudiante à l'AMP, intéressée par les *drösinöe* [plantes] qui soignent les maladies (et pas seulement les maladies mentales), soucieuse de comprendre les causes de l'augmentation des suicides, essayant de comprendre les défis des familles concernées par la maladie mentale, recueillant des histoires orales sur Lifou, etc.

Décomposer le terrain long, format classique de l'ethnographie, décaler légèrement mes objets et ma position à chaque fois, passant de l'une à l'autre, m'a semblé être la méthode la plus pertinente, d'une part pour naviguer autant que possible dans le « système de places », d'autre part pour pouvoir revenir. En effet, c'est ce retour perpétuel qui a signifié à mes interlocuteurs mon intérêt sincère pour Lifou, voire mon amitié pour eux. Les *kamadra* qui passent à Lifou reviennent rarement : après un contrat de trois ans, ils repartent en métropole ou dans un autre Dom-Tom. Revenir presque chaque année, à la différence des *kamadra*, a fait émergé la sincérité de certains liens : « tu es revenue ! » me disait-on quand je croisais quelqu'un au marché, au dispensaire, ou à la poste, « il faut passer à la maison ! ». En ce sens, partir et revenir sur son terrain fait est plus significatif pour nos interlocuteurs que d'y rester pour une longue période. Cela revient à suivre la mobilité des insulaires, la « circulation entre les lieux », pour reprendre la formule de Jean-François Baré¹⁶², qui caractérise les logiques océaniques de l'accueil : l'hospitalité, tant vantée en Nouvelle-Calédonie, implique aussi son envers, le départ¹⁶³. Cette mobilité est traduite par le concept de *malaga* aux Samoa. Sa'iliemanu Lilomaiava-Doktor définit le *malaga* comme un mouvement, une migration, qui implique toujours l'idée d'un retour. Il s'agit de rendre visite et de revenir, ou de se déplacer dans le cadre d'une visite coutumière¹⁶⁴.

Au fil des années, il importait peu que je m'intéresse à tel ou tel aspect de la vie sociale, de la maladie ou du soin. J'étais surtout la « fille de » : dans les tribus proches de celle où vivaient mes parents, j'étais encore la « fille de Louise », mais mes enquêtes se déroulant loin de cette tribu, j'étais présentée ailleurs comme la fille de telle ou telle grand-mère qui m'avait accueillie. Je portais avec moi, dans mes déplacements, le *manathith* [bénédiction] de celles-ci

¹⁶² Jean-François Baré, « La Terre et le Pacifique : introduction », *Etudes rurales*, 1992, n° 127-128, p. 12.

¹⁶³ M. Naepels, *Histoires de terres kanakes*, op. cit., p. 181.

¹⁶⁴ S. Lilomaiava-Doktor, « Beyond "Migration": Samoan Population Movement (Malaga) and the Geography of Social Space (Vä) », art cit, p. 9.

et de leurs clans et mon geste coutumier s'inscrivait dans ce réseau d'échanges. Comme la plupart de ceux venus s'établir à Lifou, des Polynésiens d'autrefois aux *kamadra* d'aujourd'hui, je suis entrée dans les « logiques de l'accueil », à la différence près que j'ai pu m'inscrire dans différents lignages en fonction des chemins coutumiers empruntés et donc faire varier un peu la « position sociale » que définissait la logique de l'accueil¹⁶⁵.

Ces changements m'ont semblé indispensables pour contourner les logiques d'enclichage que décrit Olivier de Sardan¹⁶⁶ : le chercheur court toujours le risque d'être assimilé à une « clique » ou une « faction » locale, et donc de se faire l'écho de sa clique adoptive en même temps que de se fermer les portes des autres cliques. Olivier de Sardan suggère alors de pratiquer la triangulation, c'est-à-dire d'avoir aux moins trois points de vue de groupes différents pour éviter cet enclichage¹⁶⁷. Ces circulations ethnographiques me permirent aussi de ne pas trop étouffer dans les rôles parfois limités auquel mon genre m'assignait.

IV. Le genre du savoir

Parler du genre du savoir c'est d'abord, à la suite de Catherine Lutz, rappeler la dimension genrée de la théorie dans les sciences sociales : sous couvert de neutralité, la théorie recouvre souvent le biais masculin qui la constitue, en mettant en forme des marqueurs discursifs masculins¹⁶⁸. Dans le contexte du monde kanak, où les discours sur les savoirs culturels sont élaborés en fonction d'une hiérarchie d'âge et de genre, ce sont les discours de la coutume qu'il faut examiner comme élaborés à partir de marqueurs discursifs masculins. Être sensible au genre du savoir, c'est donc accéder à d'autres paroles sur ces savoirs, voir comment les discours de la tradition recourent des positions de genre, et proposer d'autres découpages dans ces savoirs. C'est aussi rappeler que dans le monde calédonien, le patriarcat colonial que

¹⁶⁵ Michel Naepels montre comment, dans la constitution précoloniale des ordres et des équilibres locaux, les étrangers étaient accueillis et intégrés dans les familles les plus importantes d'un lieu, doté d'un nom et d'un rôle précis, intégré dans un clan, ou adopté. Ainsi l'accueil définit-il une « position sociale » mais aussi « des appuis et les moyens de vivre, de cultiver et de chasser à celui qui arrive ». Michel Naepels, « Partir à Nouméa. Remarques sur les migrants originaires de la région ajië », *En pays kanak. Ethnologie, linguistique, histoire, archéologie de la Nouvelle-Calédonie*, 2000, p. 5.

¹⁶⁶ J.-P. Olivier de Sardan, « La Politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », art cit.

¹⁶⁷ *Ibid.*, p. 10.

¹⁶⁸ Catherine Lutz, « The Gender of Theory » dans Ruth Behar et Deborah A. Gordon (eds.), *Women Writing Culture/Culture Writing Women*, Berkeley, Berkeley University Press, 1995, p. 249-266.

décrit Hélène Nicolas a touché les femmes de toutes ethnies¹⁶⁹, si bien qu'écrire sur le monde colonial depuis la position d'une femme de Nouvelle-Calédonie n'a rien d'une évidence.

Le genre a été l'une des dimensions centrales dans les différents rôles et places qui m'ont été attribués. Comme l'ont montré Mélissa Nayral et Hélène Nicolas¹⁷⁰, en Nouvelle-Calédonie, l'intégration propre à l'observation participante classique ne s'opère pas de la même façon pour une femme blanche que pour un homme blanc. Les notions classiques de l'ethnographie telles que « l'imprégnation »¹⁷¹, l'idée de « s'intégrer aux mondes kanaks »¹⁷², la construction d'une « juste distance »¹⁷³ ou encore celle d'une « amitié »¹⁷⁴, prennent une autre tournure pour une femme enquêtant en Nouvelle-Calédonie. Dans le cas d'une enquête portant sur la santé, l'arrière-plan du soin ajoute encore une autre dimension à prendre en compte.

Comme le font remarquer Nayral et Nicolas, bien que la réflexivité du chercheur apparaisse de plus en plus comme un exercice académique obligé, et que nombreux soient ceux qui dépeignent les enjeux du genre¹⁷⁵, de la classe et de la race¹⁷⁶, aucune piste n'est proposée pour reformuler la méthodologie de l'observation participante. Je reprends ici une partie des propositions qu'elles formulent et j'expose les coordonnées de l'espace politique de la santé que l'on peut dessiner quand on est une jeune femme européenne de Nouvelle-Calédonie enquêtant dans un univers social kanak et des institutions (post)coloniales.

¹⁶⁹ Elle rappelle que la progression des droits des femmes sous la pression des mouvements féministes en France ne s'est pas répercutée en Nouvelle-Calédonie et que la loi autorisant l'avortement n'a par exemple été appliquée que vingt ans après son vote en métropole. H. Nicolas, « Patriarcat kanak, patriarcat colonial », art cit, p. 116. On mentionnera aussi les travaux d'Ann L. Stoler, qui montre que les mécanismes de la domination coloniale s'appuient sur le racisme mais aussi sur des tensions de classe et des mécanismes de subordination sexuelle : dans les colonies d'Asie du Sud Est, les femmes européennes faisaient aussi partie des catégories de population qui définissaient et menaçaient les frontières du contrôle des hommes européens. Ann Laura Stoler, « Rethinking colonial categories: European communities and the boundaries of rule », *Comparative Studies in Society and History*, 1989, vol. 31, n° 1, p. 134-161.

¹⁷⁰ Mélissa Nayral et Hélène Nicolas, « La Méthodologie de l'observation participante au regard du genre, de l'âge et de la "race". Ouvéa et Lifou, Nouvelle-Calédonie » dans Clémentine Gutron et Vincent Legrand (eds.), *Eprouver l'altérité. Les Défis de l'enquête de terrain*, Louvain-La-Neuve, Presses Universitaires de Louvain, 2016, p. 165-181.

¹⁷¹ Jean-Pierre Olivier de Sardan, « Le "je" méthodologique : Implication et explicitation dans l'enquête de terrain », *Revue Française de Sociologie*, juillet 2000, vol. 41, n° 3, p. 417.

¹⁷² A. Bensa, « Père de Pwädé. Retour sur une ethnologie au long cours », art cit.

¹⁷³ A. Bensa, « De la relation ethnographique », art cit.

¹⁷⁴ M. Naepels, *Histoires de terres kanakes*, op. cit., p. 326-327.

¹⁷⁵ D. Haraway, « Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of partial Perspective », art cit ; Sandra Harding, *The Feminist Standpoint Theory Reader: Intellectual and Political Controversies*, New York, Routledge, 2003, 394 p.

¹⁷⁶ Fanny Chabrol et Gabriel Girard, *VIH/Sida. Se confronter aux terrains. Expériences et postures de recherche*, Paris, ANRS, 2010, 157 p.

Les femmes et le savoir politique

La place dévolue aux femmes dans la société kanake ne facilite pas l'accès aux questions politiques. Comme l'analyse Hélène Nicolas, une personne est sans cesse impliquée dans des interactions hiérarchisées avec ses congénères en fonction de son rang de naissance, de sa position d'aînesse et de son mariage (qui lui donne une position clanique). L'identité personnelle est donc déterminée par sa place tenue dans un réseau d'obligations réciproques¹⁷⁷. Dans un tel contexte, une femme non mariée, c'est-à-dire une « jeune fille » [*jajiny*], n'accède pas au savoir politique réservé aux hommes. Je ne pouvais envisager de la même façon la « forte intégration locale sur le long terme »¹⁷⁸ qui s'est accompagnée pour Leenhardt, Guiart ou Bensa de l'accès au politique que permettait leur statut d'homme¹⁷⁹.

Etre adopté et venir occuper la place de père dans une famille kanake comme Alban Bensa ou intégrer une famille kanake de Lifou en épousant une femme kanake comme Jean Guiart ou Maurice Lenormand, ne produisent pas les mêmes effets de connaissance que de venir occuper une place de jeune femme dans une famille, un clan, un village et même une institution. C'est en faisant l'expérience des relations de parenté au sein d'une famille que Bensa, intégré comme « père », saisit les dynamiques socio-politiques de celle-ci, notamment en accédant aux mythes qui constituent la tradition orale politique¹⁸⁰. Épouser une femme de Lifou a permis à Guiart d'être intégré aux réseaux de parenté lui donnant accès aux récits politiques à la base de ses travaux¹⁸¹. Dans une société hiérarchisée en fonction du sexe, du statut matrimonial et de l'âge, l'accès au politique se fait différemment pour une jeune femme.

Les efforts faits pour s'adapter aux normes de comportement d'une « jeune fille » sont insuffisants voire contre-productifs, comme l'a montré Hélène Nicolas. Pour ne pas être prise pour « un colon de plus », celle-ci s'efforça dans un premier temps de se comporter comme une *jajiny* respectable et d'adopter les règles de comportements associées à ce statut – porter la robe mission, participer aux tâches de la maison, être timide, humble et respectueuse¹⁸².

¹⁷⁷ H. Nicolas, *La fabrique des époux*, *op. cit.*, p. 169.

¹⁷⁸ M. Nayral et H. Nicolas, « La Méthodologie de l'observation participante au regard du genre, de l'âge et de la "race". Ouvéa et Lifou, Nouvelle-Calédonie », *art cit.*, p. 166.

¹⁷⁹ Maurice Leenhardt, *La Grande Terre, mission de Nouvelle-Calédonie*, Paris, Société des Missions Evangéliques, 1909, 168 p ; Jean Guiart, *Structure de la chefferie en Mélanésie du Sud*, Paris, Éditions du Musée de l'homme, 1963, 467 p ; A. Bensa, « Père de Pwädé. Retour sur une ethnologie au long cours », *art cit.*

¹⁸⁰ A. Bensa et J.-C. Rivierre, *Les Chemins de l'alliance. L'Organisation sociale et ses représentations en Nouvelle-Calédonie*, *op. cit.*

¹⁸¹ J. Guiart, *Structure de la chefferie en Mélanésie du Sud*, *op. cit.*

¹⁸² M. Nayral et H. Nicolas, « La Méthodologie de l'observation participante au regard du genre, de l'âge et de la "race". Ouvéa et Lifou, Nouvelle-Calédonie », *art cit.*, p. 168.

Mais cette stratégie initiale lui sembla aller à l'encontre de ses objectifs de recherche, puisque l'ethos associé au statut de jeune fille restreint l'accès à certaines informations et que les conversations entre jeunes filles, ou entre jeunes filles et vieux, abordent rarement les questions sociétales et politiques. A cette place, il est difficile d'avoir les « conversations locales » que préconise Jean-Pierre Olivier de Sardan¹⁸³. Les jeunes filles ne participent pas à la parole politique au sein des chefferies et ne disposent pas de terres. En outre, les hommes ont le monopole sur le domaine politique et économique, ils sont en théorie les seuls à pouvoir débattre de la culture kanake, et les seuls à discuter librement avec leurs aînés¹⁸⁴. Exclues du pouvoir politique, absentes du sénat coutumier, les femmes ont un « rôle besogneux – reproduction et entretien domestique – à accomplir avec modestie et humilité »¹⁸⁵.

Mes entrées sur le terrain villageois de Lifou furent d'abord féminines : introduite par mon amie Paula auprès d'une *qatr* respectée, je passais mes premiers temps à Lifou avec les filles de celle-ci, qui avaient mon âge, et devins progressivement l'une des « filles de » Wasako, puis de quelques autres¹⁸⁶. Au premier mariage auquel je fus invitée, je pus « manger à table » comme une invitée de marque, puis peu à peu j'ai participé aux tâches dévolues aux *jajiny* [jeunes filles], comme le service à table pendant les mariages, marquant ainsi ma proximité avec celles-ci. A la maison, je prenais soin de passer le balai, débarrasser la table ou faire la vaisselle, en somme de me plier au « fardeau des femmes » qui participa dans l'enquête de Christine Salomon à la « construction d'une forte solidarité de genre »¹⁸⁷.

Cette position me permit de me rapprocher des jeunes femmes de mon âge, mais elle limita mon accès aux savoirs sur l'organisation sociopolitique, savoirs pourtant centraux dans la compréhension de certains troubles mentaux comme l'a montré Yoram Mouchenik¹⁸⁸. La place de psychothérapeute se rendant auprès des familles à Ouvéa et Maré a permis à ce dernier de nouer une relation thérapeutique avant d'être ethnographique, qui lui fit accéder à la richesse des explications sur les causes supposées des troubles des enfants – des causes inscrites dans les enjeux politiques des questions de succession, de lignage et de conflits entre les clans. C'est à ce type de savoir que j'aspirais en commençant mon enquête. Or, même si

¹⁸³ J.-P. Olivier de Sardan, « La Politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », art cit.

¹⁸⁴ M. Nayral et H. Nicolas, « La Méthodologie de l'observation participante au regard du genre, de l'âge et de la "race" ». Ouvéa et Lifou, Nouvelle-Calédonie », art cit, p. 169.

¹⁸⁵ Christine Salomon, « Hommes et femmes. Harmonie d'ensemble ou antagonisme sourd ? » dans Alban Bensa et Isabelle Leblic (eds.), *En pays Kanak : Ethnologie, linguistique, archéologie, histoire de la Nouvelle-Calédonie*, Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 2000, vol.14, p. 313-314.

¹⁸⁶ Il faut toutefois nuancer l'étendue de ce que recouvre « fille de » : il ne s'agit pas d'une adoption par une famille, comme cela arrive parfois pour un étranger accueilli par une famille kanake en Nouvelle-Calédonie. Une telle adoption aurait été malvenue étant donné que mes parents habitent à Lifou.

¹⁸⁷ C. Salomon, *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, op. cit., p. 11.

¹⁸⁸ Y. Mouchenik, *L'enfant vulnérable*, op. cit.

j'ai pu recueillir des modalités explicatives qui recourent l'étiologie sociopolitique de la maladie mentale telle que l'a mis en avant Mouchenik, ma position de *jajiny* a rendu l'accès à ces savoirs parfois tortueux.

Pour autant, l'accès au politique est-il dénié à celles qui n'occupent pas la place de pouvoir que prévoient les structures sociales ? Où se déploie le politique hors de ces structures ? Quelles stratégies emploient les anthropologues pour subvertir ces places ? Quelles sont celles des femmes de Lifou ? N'étant ni homme, ni thérapeute, c'est par d'autres biais que j'ai accédé aux politiques du soin.

Respecter, transgresser, se dédoubler

Nicolas et Nayral proposent de repenser « l'intégration » chère à l'anthropologue et de la définir comme un « jeu permanent entre assimilation et distinction »¹⁸⁹, introduisant un dédoublement dans la figure de l'ethnologue. L'adaptation aux codes sociaux qu'implique l'intégration doit pouvoir s'émanciper par endroits, voire être transgressée. Comme Hélène Nicolas, j'ai abandonné rapidement la robe mission pour lui préférer son adaptation contemporaine en tunique courte portée sur un pantalon, reprenant ainsi l'usage hybride qu'en font les jeunes femmes de Lifou ou de la Grande Terre. J'ai aussi pris la liberté de passer du temps dans les *nakamal*, ce qui dans certaines tribus pouvait être mal perçu, jouant comme Hélène Nicolas et les jeunes femmes salariées de Lifou, sur un double quotidien : quotidien des relations de parenté, quotidien des relations de travail dans lesquelles leur compétence permet de bousculer les limites de l'appartenance à la catégorie des *jajiny*¹⁹⁰. La compétence d'ethnologue que met en place Hélène Nicolas, à travers des moments d'entretiens marqués, l'amène vers les énoncés qu'elle recherche. De mon côté, le rattachement à l'Antenne Médico-Psychologique me détache au moins par moments de la figure de *jajiny*, car j'acquies une liberté dans mes déplacements et plus de légitimité à discuter d'un certain nombre de sujets. De plus, de façon paradoxale, le rattachement à l'institution me détache du rôle d'enquêtrice à laquelle j'ai été assimilée dans un premier temps, car l'Antenne Médico-Psychologique (AMP) bénéficie d'une perception relativement positive, et n'est pas directement reliée à l'aspect négatif de la prise en charge psychiatrique jusqu'ici mise en

¹⁸⁹ M. Nayral et H. Nicolas, « La Méthodologie de l'observation participante au regard du genre, de l'âge et de la "race". Ouvéa et Lifou, Nouvelle-Calédonie », art cit, p. 177.

¹⁹⁰ *Ibid.*, p. 170.

œuvre par l'institution. Enfin, l'AMP est située à Wé, dans le centre administratif de l'île qui est, comme le relève Hélène Nicolas, relativement émancipé des considérations claniques, espace de tous, y compris des *kamadra*, où circule plus librement la parole¹⁹¹. Mon quotidien est ainsi marqué par des moments et des rôles distincts, et c'est « en oscillant » entre ces différents statuts que je trouve une place¹⁹².

La stratégie de l'oscillation et de la circulation entre espaces et positions sociales, le dédoublement de l'attention entre dynamiques villageoise et institutionnelle est aussi une façon d'échapper aux enclivages de l'un ou l'autre espace, m'extrayant de l'un ou l'autre au besoin, trouvant enfin un repos dans la solitude une fois chez moi dans mes derniers terrains. C'est enfin l'AMP qui m'apporta l'espace de discussions avec la psychologue et le pédopsychiatre pour rendre compte des difficultés rencontrées dans certains entretiens avec des personnes en souffrance, et résoudre ainsi une partie de l'angoisse des transferts et contre-transferts qui s'opèrent dans ces échanges. Les différentes positions occupées sur les différents sites du terrain permirent ainsi aux transferts, contre-transferts, enclivages, angoisses, et déceptions de circuler et de se repositionner constamment, laissant le matériau ethnographique, et l'ethnographe, respirer.

L'attention aux positions minoritaires : du discours aux paroles

Assise sur la natte, j'écoute avec les autres femmes présentes le rendu des ateliers faits à l'occasion d'une conférence sur les femmes. C'est un rassemblement comme il y en a souvent à Lifou, cette fois sur les femmes, comme il peut y en avoir sur les suicides, sur la jeunesse ou sur un certain nombre de préoccupations sociales. J'y suis venue avec l'équipe de l'AMP, mais je me suis assise parmi l'assemblée de femmes, par terre sur les nattes disposées dans la grande salle commune. Dehors, dans les cuisines extérieures, les *jajiny* finissent de faire la vaisselle, certaines jouent au volley-ball. Le matin se sont tenus des ateliers sur des thèmes divers concernant les femmes de Lifou, et les rapporteuses restituent le rendu des ateliers sur un tableau aux feuilles volantes. Celles qui viennent prendre le micro occupent pour la plupart un emploi dans le secteur médico-social, un poste à la Province, ou dirigent une association. Debout, elles s'expriment clairement devant l'assemblée des femmes, surtout des « mamans », qui n'hésitent pas à intervenir et interpeller. Face à elles, aux côtés des

¹⁹¹ *Ibid.*, p. 14.

¹⁹² *Ibid.*, p. 13.

rapporteuses d'atelier, une longue table où sont assis les invités de marque, érudits ou représentants de la question. La table et le mur derrière eux sont couverts de longs tissus coutumiers. Des bouquets de fleurs, des paniers et des chapeaux qu'ont tressés les femmes de la tribu en ornent chaque recoin. A cette table faisant face à l'assemblée de femmes par terre, sont assis six hommes – des chercheurs en sciences sociales kanaks et européens¹⁹³ – et deux femmes – une psychologue kanake et une responsable d'association wallisienne. La question des femmes se déroule devant nous, placée sous l'autorité d'un dispositif d'érudition avant tout masculin¹⁹⁴, manifestant les règles et partages qui déterminent « l'ordre du discours » en Nouvelle-Calédonie¹⁹⁵.

Depuis cette position, le matériau ethnographique se produit et s'analyse différemment. Suivant la proposition de Nicolas et Nayral, inspirées de la *standpoint theory*¹⁹⁶, travailler à partir des catégories locales auxquelles on est associé permet d'éviter les points aveugles qui résulteraient de l'absence de questionnement sur l'accès aux données et sur leur analyse. Car « la connaissance produite se construit toujours à partir de la position dans laquelle on se trouve, en particulier au moment de l'enquête »¹⁹⁷.

En prêtant attention aux positions minoritaires et marginales, aux « silences et aux ombres », « aux marges et aux intersections »¹⁹⁸, on peut ressaisir les mécanismes sociaux de production du savoir. Mais là où Smith s'intéresse principalement à la façon dont l'Occident a produit et reproduit l'Autre, on peut nuancer son regard et voir l'intrication de « l'Occident » et de « l'Autre » dans les mécanismes de circulation du savoir et les enjeux de pouvoir qu'ils soutiennent. L'attention à la circulation et à la rétention des paroles donne par exemple à voir le croisement du patriarcat colonial et kanak que décrit Hélène Nicolas¹⁹⁹. Elle permet aussi d'être plus sensible à l'ensemble des mécanismes plus larges de mise au silence de la parole des femmes de Nouvelle-Calédonie.

¹⁹³ Parmi eux, le chercheur dont on me fait savoir ce jour-là que ses évitements signifiaient en fait un refus de me rencontrer.

¹⁹⁴ Si l'on doit se réjouir d'avoir en Nouvelle-Calédonie un certain nombre de chercheurs en sciences sociales kanaks, on peut déplorer la moindre visibilité donnée dans l'espace public aux femmes kanakes qui ont pourtant contribué de façon tout autant significative à la recherche calédonienne, comme Sonia Grochain ou Suzy Bearune.

¹⁹⁵ Je reprends ici l'analyse de Foucault, pour qui le « discours » possède une fonction normative, qui organise le réel en produisant des savoirs, des stratégies, des pratiques. M. Foucault, *L'Ordre du discours*, *op. cit.*

¹⁹⁶ D. Haraway, « Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of partial Perspective », art cit.

¹⁹⁷ M. Nayral et H. Nicolas, « La Méthodologie de l'observation participante au regard du genre, de l'âge et de la "race" ». Ouvéa et Lifou, Nouvelle-Calédonie », art cit, p. 177.

¹⁹⁸ L.T. Smith, *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*, *op. cit.*, p. 14.

¹⁹⁹ H. Nicolas, « Patriarcat kanak, patriarcat colonial », art cit.

Pour ne pas se contenter de cet ordre du discours qui émane d'une articulation particulière des savoirs/pouvoirs, il faut prêter attention aux *paroles* qui résistent à l'objectivation discursive, seule condition d'accès au savoir que détiennent les femmes et les autres positions minoritaires. Afin de rendre visible « l'activité de parole et de pensée » de ces femmes jusqu'ici occultées par l'anthropologie de la Nouvelle-Calédonie²⁰⁰, d'autres formes de présence et d'attention ethnographique sont donc à mobiliser. Dans ce premier terrain à Kalanëti, où j'eus le sentiment d'essayer des échecs, j'ai passé beaucoup de temps avec les filles de mon hôte et quelques autres jeunes hommes et jeunes femmes de la tribu avec qui j'ai noué des amitiés durables, amitiés qui marquent la transformation des rapports de domination de l'enquête en rapport de communication²⁰¹.

Et puisqu'il était difficile de discuter avec eux, du moins dans ce premier terrain, des problématiques sociopolitiques de la tribu, j'entrepris de travailler avec quelques-unes sur les vertus des plantes et sur les éléments de vocabulaire que j'avais préparés en métropole. La liste de mots imprimés et mon cahier ouvert sur le coin d'une table, sans enregistrer, je reprenais un à un les mots trouvés dans le dictionnaire de Lenormand et dans la thèse de Lepoutre, et je leur posais des questions sur les différents types de guérisseurs, sur les *drösinöe*, ou encore sur les expressions désignant les maladies ou le malheur, en leur demandant des exemples pour essayer de rendre avec elles ces mots vivants. Alors que dans cette première étape de l'enquête, les entretiens enregistrés avec elles n'aboutissaient pas à une « conversation », c'est autour de ce cahier d'écolière complété ensemble que s'établit avec certaines d'entre elles un « climat d'échange », pour reprendre l'expression de James Clifford au sujet de Maurice Leenhardt, permettant une « coproduction du savoir ethnographique »²⁰². Parce qu'elles sont valorisées par le dévoilement de l'étendue de leurs connaissances linguistiques et culturelles, sans pour autant être mises à la place d'érudition réservée aux hommes ou aux *qatr foe* [vieilles femmes], un échange basé sur l'amitié et le respect réciproque s'établit entre nous.

Cette position est aussi celle qui considère l'activité thérapeutique et de soin dans une perspective plus large que celle consistant à cartographier les maladies et les thérapeutiques qui leur sont appliquées. C'est en somme aller au-delà du recueil des discours d'érudition sur

²⁰⁰ C. Salomon, *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, op. cit., p. 11.

²⁰¹ M. Naepels, « Une étrange étrangeté : remarques sur la situation ethnographique », art cit, p. 189.

²⁰² C'est ainsi que James Clifford décrit la rencontre ethnographique qui naît entre Leenhardt et ses interlocuteurs kanaks : quand il travaille avec eux sur la traduction dans les différentes langues, il ne cherche pas à produire un savoir scientifique sur la structure de ces langues, mais plutôt à comprendre l'évolution des expressions et de la parole. J. Clifford, *Maurice Leenhardt, personne et mythe en Nouvelle Calédonie*, op. cit. Cité par M. Naepels et C. Salomon, *Terrains et destins de Maurice Leenhardt*, op. cit., p. 14.

les catégories de la maladie mentale : suivant la perspective éthique du *care*, j'essaie d'appréhender les soins comme une « réalité plurivoque », « une activité humaine, universelle, une pratique sociale bien concrète, une épistémologie et une posture éthique »²⁰³. La perspective féministe du *care* telle que l'énonce Paperman engage un autre rapport à la connaissance et à la pratique scientifique et permet notamment de rendre compte de « l'invisibilisation » voire de la délégitimation de ces pratiques dans les sciences sociales. Je tâche ainsi de revenir aux sujets porteurs ou bénéficiaires du soin et à leur expérience propre. En revanche, je n'en fais pas à ce stade une catégorie sociologique d'analyse des pratiques de soins, étant donné le flou que recouvre la notion de *care*²⁰⁴. En termes de réflexivité ethnographique, il s'agit surtout de s'inspirer d'une éthique complémentaire des questionnements sur les limites de l'écoute ethnographique. En termes d'analyse sociologique, il s'agit d'examiner les pratiques des guérisseuses et de celles et ceux qui prennent soin des autres en reprenant certaines des propositions faites par Christelle Avril pour rendre la perspective du *care* heuristique du point de vue sociologique, ce que je tâche de faire au chapitre 4²⁰⁵. C'est en prenant en compte la complexité des positions occupées par celles qui soignent que je présente les catégories de la maladie au chapitre 5, à partir de leur expérience morale et de leur connaissance du monde. Cette approche permet également de « faire surgir des points de vue qui ne sont pas envisagés comme producteurs de connaissance et, dans un même mouvement, de révéler la fausse neutralité des versions officielles de la réalité qui ignore leur partialité »²⁰⁶. Autrement dit, dans un contexte de décolonisation, les points de vue des sujets dispensateurs des soins contrebalancent les projets de santé construits dans le cadre de la construction des discours de l'autochtonie. L'attention aux aides informelles apportées par les proches aidants aux malades s'inscrit dans la même démarche. Avec l'une de ces *jajiny* qui était mon amie bien avant cette recherche ethnographique, cette discussion prit aussi la forme d'un accompagnement réciproque dans la recherche de soins, pour elle et pour moi. Souffrant toutes les deux de maux de ventre aux origines diverses – les miens étant très probablement liés à l'anxiété suscitée par ce premier terrain – nous sommes allées de guérisseuse en guérisseuse chercher des remèdes pour l'une et l'autre, je la conduisis régulièrement au dispensaire et la retrouvais même à Nouméa où elle était partie consulter des spécialistes. J'en appris alors plus sur sa vie en même temps que sur les itinéraires

²⁰³ Patricia Paperman, *Care et sentiments*, Paris, Presses Universitaires de France, 2013, 67 p.

²⁰⁴ Christelle Avril, « Sous le care, le travail des femmes de milieux populaires. Pour une critique empirique d'une notion à succès » dans Margaret Maruani (ed.), *Je travaille, donc je suis*, Paris, La Découverte, 2018, p. 205-216.

²⁰⁵ *Ibid.*

²⁰⁶ P. Paperman, *Care et sentiments*, *op. cit.*

thérapeutiques des femmes de Lifou. Cette attention pour les histoires de vie est aussi l'angle que je mobilisais à l'égard des infirmières et autres acteurs sociomédicaux, avec lesquels la plupart des entretiens porta cette fois non pas sur les vertus des plantes ou du guérissage, mais surtout sur leur parcours biographique et leur rôle au dispensaire, les valorisant ainsi à travers leur ascension sociale et leur importance dans le fonctionnement des structures, facilitant là encore l'émergence d'une « conversation quotidienne ». Cette attention se traduit aussi par une prédominance de la parole des femmes dans certains domaines, notamment dans le soin, et de celle des personnes qui soignent les malades. Enfin, le chapitre 6 est dédié aux paroles d'une personne souffrant de troubles psychotiques et à la description des voix qu'il entend. Cette attention aux paroles permet de rendre une place à des sujets d'énonciation qui ont été pendant trop longtemps invisibilisés par les travaux en sciences sociales en Nouvelle-Calédonie.

Dispositifs de l'érudition

Comme le relèvent Nicolas et Nayral, les femmes ne sont pas dépossédées des savoirs politiques, mais elles les verbalisent peu ou attendent d'y être autorisées. Une de mes interlocutrices me racontait comment sa mère aidait son père, chef de clan, à préparer les discours des cérémonies coutumières, en lui rappelant par exemple les liens des personnes en présence, dimension essentielle dans la circulation des gestes et des paroles. Puis elle le reprenait parfois quand il était de retour à la maison, en lui disant qu'il n'avait pas respecté tel ou tel lien et qu'il n'avait pas transmis le don à la bonne personne. Cette interlocutrice décrivait ainsi la parole des femmes comme une parole « invisible », portée par les hommes, mais constamment présente. C'est donc à d'autres espaces de paroles qu'il faut s'intéresser. Pour formuler une anthropologie politique dans ce contexte, on retiendra des méthodologies décoloniales et féministes surtout l'attention aux dispositifs de circulation et de validation des paroles et des savoirs, dont l'intérêt déborde la question du genre. Reconstituer les étapes de l'accès au savoir dans un trajet ethnographique donne à voir une partie de ces dispositifs.

Les vieilles femmes qui m'accueillirent étaient aussi dotées d'un savoir politique immense, notamment celles qui étaient *isola* [épouses de chef]. Elles étaient en mesure de décrire précisément les clans et les relations de parenté des uns et des autres, mais éludaient les dimensions conflictuelles, en mentionnant juste qu'un clan avait beaucoup de malades, qu'il n'y avait pas de successeur, ou en secouant tristement la tête, sans expliciter clairement

l'origine de ces problèmes. Leur silence sur ces questions ne révèle pas tant une illégitimité à prendre position du fait de leur genre, mais plutôt une prudence que tous adoptent vis-à-vis des histoires privées du clan : quand il existe des conflits entre les clans, ceux-ci sont tus, ils sont comme à Houaïlou « fermés dans la marmite » pour refonder le contrat social, et ne sont au contraire révélés que pour attiser le conflit²⁰⁷.

La rétention de certains savoirs sociopolitiques dépasse ainsi la question du genre et laisse voir les mécanismes qui contribuent à la paix sociale. C'est d'autant plus vrai à Lifou, où les histoires de clans révélées par Guiart dans *Structures de la chefferie en Mélanésie du Sud*, sans qu'aucun interlocuteur ne soit anonymisé, ont provoqué des conflits importants et continuent d'avoir des effets sur les revendications foncières de certains clans²⁰⁸. Inversement, j'ai rencontré de nombreux chefs de clan et pasteurs qui ont partagé avec moi un grand nombre d'histoires orales racontant les mythes fondateurs de Lifou, mais ces histoires constituent précisément la base consensuelle de ce qu'il est permis de dire en public ou à une étrangère, celles qui rassemblent les clans et les districts dans une perception partagée. Les problématiques plus conflictuelles portant sur des relations entre des clans ou à l'intérieur de ceux-ci émergent beaucoup plus tardivement, souvent hors des situations d'entretiens. Pour parvenir à retracer certaines des histoires de clans essentielles à la compréhension des problématiques sociomédicales qu'ils rencontraient, j'ai dû contourner certains dispositifs, ou m'y perdre pour mieux m'y retrouver. Ma circulation entre les tribus voire les districts m'a parfois permis de trouver la clé manquante d'une histoire, quand un membre de la parenté éloigné mentionnait l'histoire en question sans savoir que j'en connaissais déjà certains éléments, ou quand je laissais entendre que je connaissais déjà un contexte, qu'on m'en avait déjà parlé, et qu'il n'y avait plus rien alors à cacher. Certaines des études de cas mobilisées dans cette thèse sont comme des puzzles jamais totalement complets, recomposés en trouvant une pièce par hasard à un bout de l'île, une autre à Nouméa voire ailleurs sur la Grande Terre. Parfois, me plier à un dispositif de savoir d'abord inefficace m'a ensuite ouvert des portes insoupçonnées. En effet, le respect des positions et des hiérarchies apportent le *manathith* [bénédiction] des aînés, des ancêtres, et des forces surnaturelles mais montre aussi le respect envers la société kanake²⁰⁹. Ainsi, j'ai souvent été renvoyée vers tel ou tel chef de clan, parfois *qatr*, qui était d'après mes interlocuteurs seul à pouvoir délivrer les récits sociopolitiques sur la tribu. J'ai par exemple rencontré un jour un très vieil homme, membre

²⁰⁷ M. Naepels, *Conjurer la guerre, op. cit.*, p. 13.

²⁰⁸ J. Guiart, *Structure de la chefferie en Mélanésie du Sud, op. cit.*

²⁰⁹ H. Nicolas, *La fabrique des époux, op. cit.*, p. 169.

du conseil des anciens d'une tribu où je menais mes recherches, que tous m'avaient enjoint à rencontrer. L'homme était pourtant « bien malade », en fait grabataire, et son discours incohérent. Par respect pour le *qatr*, j'ai poursuivi l'entretien et suis restée avec lui près de deux heures. J'ai relancé de questions, écouté humblement, et pris des notes éparpillées d'un récit confus qui traduisait toutefois bien l'étendue de ce qu'avait été son savoir. Une fois l'entretien terminé, je me rendis vers un jeune homme qui m'avait envoyé vers le *qatr* car sa position de jeune ne lui permettait pas de me parler des histoires de la tribu. Quand je lui dis à quel point le *qatr* était trop fatigué pour me parler, il accepta alors de prendre cette parole et de me raconter les problèmes de succession dans la chefferie qui suscitaient tant de conflits dans la tribu. Comme si, d'avoir montré mon respect des hiérarchies et des anciens, d'autres portes situées plus bas dans le chemin coutumier s'ouvraient et me permettaient d'accéder au savoir. C'est suivant le même principe de respect et d'humilité, allié à une volonté de rendre les paroles égales aux discours, pour reprendre la distinction de Foucault, que j'ai choisi d'anonymiser l'ensemble de mes interlocutrices et interlocuteurs, quel que soit leur statut, mais aussi les relations familiales qui pouvaient les unir ou les noms de tribu. Ceci pour deux raisons principales. D'une part, afin de ne pas reproduire les autorités discursives en gardant publics les discours des érudits et privés les paroles minoritaires. D'autre part, pour ne pas violer « l'intime-sacré » de ces paroles et discours, qui se déploie dans les histoires individuelles autant que dans les histoires des clans. Puisque les récits des relations entre clans et de leurs généalogies ne peuvent être révélés sans risque, Hélène Nicolas a choisi de systématiquement anonymiser les récits de généalogies, mythes, histoires de clans, pour se démarquer notamment de la position de Guiart²¹⁰. J'élargis toutefois cette anonymisation à tous les interlocutrices et interlocuteurs rencontrés, car les récits sur la maladie sont une intrication de récits privés et publics qu'il n'est pas souhaitable de démêler, et que les soignants sont aussi inscrits dans des réseaux de relations politiques ou professionnelles dans lesquels ils occupent parfois des positions de vulnérabilité que leur prise de parole fragiliserait d'autant plus.

²¹⁰ *Ibid.*, p. 51.

Conclusion

Les deux trajectoires prises par l'enquête ethnographique – l'institution et le village – donnent à voir les dispositifs d'érudition distincts qui les habitent et les enjeux qu'y revêt l'accès aux connaissances sur le monde socioculturel kanak. L'attention aux positions variables, choisies ou subies, dans lesquelles se tient l'anthropologue, met en lumière une partie des mécanismes de transmission des savoirs et leur rôle dans les organisations sociales. On y perçoit déjà que les méthodologies de décolonisation de la recherche ne suffisent pas toujours à déconstruire les mécanismes du pouvoir, si elles se contentent d'opposer « l'Autre » à « l'Occident » sans percevoir leur entremêlement constant. On retiendra de ces méthodologies surtout l'exigence d'historicisation du regard ethnographique et des connaissances qu'il a produites sur les pratiques thérapeutiques kanakes, autrement dit la recomposition des « imaginaires historiques »²¹¹ qui informent autant qu'ils sont informés par l'ethnographie. D'autant plus que les mouvements de l'ethnologue, allant de tribu en tribu ou suivant une famille entre Nouméa et Lifou, s'inscrivent dans la continuité des circulations médicales et missionnaires mises en place à la fin du XIX^e siècle à Lifou, en particulier dans le cadre de l'épidémie de lèpre. Les positions occupées par l'ethnologue dans l'espace de la rencontre sont la continuité d'un rapport colonial plus large, inscrit dans une histoire. C'est cette histoire de l'expérience coloniale, en particulier dans le domaine de la santé, que j'examine au chapitre suivant, pour comprendre comment elle a pu influencer mon regard et celui de mes interlocuteurs et, ce faisant, comment elle a en partie conditionné la relation intersubjective qui s'est nouée soit dans des institutions médicales, soit à la tribu, ou encore au croisement des deux. Cette mise en perspective historique est centrale pour comprendre de quelle façon la place à laquelle est mise l'ethnologue enquêtant sur les pratiques de soins à Lifou croise les techniques de discipline du pouvoir (post)colonial.

²¹¹ J.L. Comaroff et J. Comaroff, *Ethnography and the Historical Imagination*, *op. cit.*



Chapitre 2 – Expériences coloniales, savoirs ethnologiques et pouvoirs coloniaux à Lifou au XIX^{ème} et XX^{ème} siècle

Au début de cette enquête, on m'a parfois suggéré dans les cercles institutionnels de Nouméa de m'intéresser plutôt aux problèmes de santé mentale des habitants de la Grande Terre, jugés plus sévères. Il m'est aussi arrivé de rencontrer des réactions surprises à l'idée qu'il puisse y avoir des troubles mentaux à Lifou. Pour la plupart des Calédoniens, Lifou aurait été moins touché par la colonisation et ses violences, et ses habitants, à la différence de ceux de la Grande Terre, mais aussi de Maré ou Ouvéa, sont décrits comme plus ouverts et plus accueillants. Loin de souscrire à cette représentation stéréotypée, il faut en établir la généalogie. De fait, chaque confrontation coloniale est singulière, résultat d'un ensemble d'expériences individuelles et collectives que traversent des liens ambivalents et complexes, rencontre entre deux sociétés mises en contact par la contrainte du rapport colonial²¹². Elle est un processus qui, pour reprendre les mots d'Isabelle Merle, « provoque la renégociation des connaissances, des logiques et des identités des groupes en jeu »²¹³.

Plutôt que de penser l'expérience coloniale en termes d'alternance entre domination et résistance, ce qui amènerait à minimiser la violence coloniale aux Îles Loyauté, il faut l'envisager sous l'angle d'une imbrication des jeux de pouvoirs. A Lifou comme dans d'autres colonies, c'est sous l'influence conjointe des missionnaires et de l'administration coloniale, mais aussi dans leurs relations aux pouvoirs autochtones, que s'est établie une gouvernentalité coloniale spécifique²¹⁴, avec ses institutions, ses dispositifs disciplinaires, ses lois, ses normes et ses savoirs.

²¹² Isabelle Merle, « Introduction », *Genèses*, 2001, Rencontre(s) coloniale(s), n° 43, p. 2.

²¹³ *Ibid.*, p. 4.

²¹⁴ La gouvernentalité telle que la définit Michel Foucault est la nouvelle matrice de rationalité qui est au principe de l'Etat après le Moyen-âge. Celui-ci n'est plus uniquement mu par les vertus morales, mais par la raison d'Etat, qui repose sur un ensemble d'institutions, de procédures, d'analyses, de calculs qui permettent d'exercer un contrôle sur la *population*, nouvel objet du pouvoir. Michel Foucault, *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France, 1977-1978*, Paris, Seuil, 2004, 435 p.

Pour comprendre l'originalité de cette gouvernamentalité, on peut s'inspirer de la démarche de Jean et John Comaroff, qui ont montré que l'entreprise missionnaire et le projet colonial impérial se rejoignent dans la mission de civilisation des indigènes. En Afrique australe chez les Tswana, comme à Lifou, la London Missionary Society fut un des agents les plus vigoureux de la colonisation. L'entreprise missionnaire a participé aux processus symboliques et matériels de la colonisation, en transformant la personne indigène, son contexte, ses habitudes²¹⁵. Si l'on suit l'analyse des Comaroff, deux niveaux de colonisation des consciences apparaissent : un premier, tangible, s'opère dans l'effort de conversion – au moyen d'arguments, d'images, de messages pour convaincre du contenu idéologique chrétien, à travers un récit persuasif de moralité biblique et de « vérité ». Un deuxième s'opère plus en profondeur, dans la réforme du monde païen, en y introduisant les formes hégémoniques, les pratiques et les signes de la culture colonisatrice, et dont l'hygiène est l'un des points les plus fondamentaux²¹⁶. S'intéresser aux continuités et discontinuités entre ces deux modalités de la colonisation des consciences permet de rompre avec une approche de la colonisation fondée sur l'alternance entre domination et résistance.

Plutôt que de retracer l'histoire de Lifou de façon linéaire et factuelle, j'examine les quatre grandes thématiques de ce qui constitue le régime épistémique propre à cette expérience coloniale. Autrement dit, je reconstruis les « imaginaires historiques » qui, pour reprendre les Comaroff, ont marqué autant les acteurs engagés dans l'histoire que ceux qui l'ont ensuite écrite²¹⁷.

Dans un premier temps sont présentées les premières confrontations coloniales à Lifou et le rôle qu'y jouèrent les missionnaires (I). Puis je décris les formes de la violence coloniale en examinant l'impact de la confrontation, les technologies disciplinaires qui se mirent en place, l'inscription spécifique des insulaires dans le régime de l'indigénat et les formes de travail forcé (II). Est ensuite examinée la littérature ethnologique produite par les missionnaires à Lifou et dans les îles voisines au tournant du XIX^{ème} et du XX^{ème} siècle, sous l'angle de ses conditions de production historique²¹⁸(III). Enfin, étant donnée la centralité des savoirs médicaux dans les techniques de pouvoir colonial²¹⁹, la représentation de ceux-ci est analysée

²¹⁵ John L. Comaroff et Jean Comaroff, *Ethnography and the Historical Imagination*, Boulder, Westview Press, 1992, p. 238.

²¹⁶ *Ibid.*, p. 259.

²¹⁷ J'emprunte l'expression aux Comaroff, pour qui une anthropologie historicisée s'appuie sur la reconstruction des imaginaires historiques de ceux qui ont fait l'histoire autant que de ceux qui l'ont écrite. *Ibid.*, p. xi.

²¹⁸ Je mobilise pour cela les principaux écrits des missionnaires ayant séjourné à Lifou, mais aussi un corpus de récits de voyages produits par d'autres missionnaires britanniques qui ont sillonné les îles du Pacifique.

²¹⁹ Linda Tuhiwai Smith, *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*, New York; London, Zed Books Ltd., 2013, p. 2.

dans une perspective généalogique : les mécanismes d'identification et de classification de ces pratiques thérapeutiques montrent comment l'objectivation des pratiques rituelles et thérapeutiques est mise au service d'une gouvernementalité de la santé propre à la situation coloniale calédonienne. Cette gouvernementalité se fonde d'abord sur la réforme de la personne indigène par le biais de l'hygiénisme, puis les procédures d'exclusion liées à l'épidémie de lèpre (IV).

I. Premières situations coloniales à Lifou

L'histoire coloniale des Îles Loyauté a rencontré tardivement celle de la Grande Terre. Tandis que l'administration française prit possession de la Grande Terre de Nouvelle-Calédonie en 1853, elle ne s'intéressa aux Loyauté qu'après avoir perçu la présence missionnaire britannique comme une menace à sa souveraineté. Les Loyauté, présentant peu d'intérêt pour l'entreprise coloniale française – les terres arables y sont rares – n'entrent dans le giron français qu'en 1864. Loin de la violence de la colonisation française sur la Grande Terre marquée par la spoliation foncière, les Îles Loyauté ne sont toutefois pas restées hors du contact avec les Européens et hors de la violence coloniale.

Santaliers et baleiniers

Alors que l'existence de la Grande Terre de Nouvelle-Calédonie avait révélée par James Cook en 1774, le premier contact avec les Loyauté fut enregistrée en 1793 par le navire marchand *Britannia*²²⁰ et le navigateur français Dumont d'Urville en dressa une première cartographie en 1827 – l'île est alors baptisée « île Chabrol », du nom du Ministre de la Marine. Avant que l'administration française et que les missionnaires ne s'intéressent aux Îles Loyauté, les premiers rapports avec le monde européen furent d'abord commerciaux. Santaliers, baleiniers, trafiquants de produits des îles destinés à l'exportation ou recruteurs de main d'œuvre (les

²²⁰ Kerry Ross Howe, *Les Iles Loyauté. Histoire des contacts culturels de 1840 à 1900*, traduit par Georges Pisier, Nouméa, Société d'études historiques de la Nouvelle-Calédonie, 1978, p. 29.

*blackbirders*²²¹), la plupart anglais, y accostèrent dès la fin du XVIII^{ème} siècle. La première moitié du XIX^{ème} siècle est marquée par l'intensification de ces circulations commerciales dans les îles du Pacifique avec l'expansion du commerce du santal : ce bois, que les britanniques utilisaient en Chine comme monnaie d'échange contre le thé, fut exploité au début des années 1810 à Fidji, aux Marquises et à Hawaï²²². Une fois ces sites épuisés à la fin des années 1820, les santaliers se tournèrent vers la partie sud de la Mélanésie. Dorothy Shineberg estime qu'une vingtaine de bateaux partaient chaque année de Sydney entre 1841 et 1865²²³ et qu'il y avait sept stations aux Loyauté en 1861²²⁴. En Nouvelle-Calédonie, le santal fut d'abord exploité à l'île des Pins en 1841, avant de s'étendre à Maré, Lifou et Ouvéa. Les santaliers furent probablement les premiers Européens à établir un contact avec les habitants de Lifou²²⁵, puis à y accoster de façon régulière et durable²²⁶. Avec l'intensification de l'exploitation du santal, une partie d'entre eux s'installa même à Lifou dans les années 1840 pour faciliter les échanges commerciaux²²⁷. A Mou, au Sud de l'île, le jeune marin Charles Bridget, surnommé « Cannibal Charley » déserta en 1842 sa goélette à la recherche de santal et fut accueilli en 1842 par le Grand Chef Boula, souverain d'une des trois grandes chefferies de l'île²²⁸. Comme l'avaient été les précédents étrangers polynésiens lors de la période précoloniale, il reçut le titre protecteur d'*enehmu* [ami, protégé, étranger]. Il put ainsi organiser la collecte de bois de santal et servir d'interprète entre les navires et la population²²⁹. Boula cherchait même à accueillir dans son district le plus de navires possibles, afin d'asseoir sa réputation d'hospitalité. Le capitaine Cheyne s'établit la même année à Xépénéhé de l'autre côté de l'île, après avoir essuyé un échec à Drueulu où son équipage fut

²²¹ Les Kanaks des Loyautés furent recrutés pour travailler dans les mines de nickel de la Grande Terre et dans le cadre du *blackbirding*, au cours duquel des habitants des îles du Pacifique furent quasiment enlevés par des *blackbirders* pour travailler dans des plantations de canne à sucre en Australie et à Fidji. Les contrats, quand ils existaient, ne garantissaient pas une forme de compréhension mutuelle des documents signés. Les rares informations disponibles estiment que près de 10% de la population de Lifou quittèrent alors l'île pour ne jamais y revenir. Paul Magulue Fizin, *Lifou 1793 – 1923 : histoire des contacts entre kanak et européens*, Université de Bordeaux, 2008, p. 63-69.

²²² *Ibid.*, p. 47.

²²³ Dorothy Shineberg, *They Came for Sandalwood: A Study of the Sandalwood Trade in the South-West Pacific 1830–1865*, Brisbane, University of Queensland Press, 2014, p. 129.

²²⁴ *Ibid.*, p. 252.

²²⁵ Ni Raven, ni Dumont d'Urville qui cartographia les Loyauté, n'établirent de contact avec leurs habitants. Seul un navire l'aurait fait au nord-ouest de Lifou au tournant du XIX^{ème} et du XX^{ème} siècle, sans être identifié *Ibid.*, p. 48.

²²⁶ Shineberg relève que la mauvaise réputation des îles de Mélanésie les avait jusqu'ici tenues éloignées des visées européennes, au profit des îles polynésiennes jugées plus accueillantes *Ibid.*, p. 12-13, 51.

²²⁷ P.M. Fizin, *Lifou 1793 – 1923 : histoire des contacts entre kanak et européens*, *op. cit.*, p. 47.

²²⁸ Andrew Cheyne, *A Description of Islands in the Western Pacific Ocean: North and South of the Equator, with Sailing Directions, Together with Their Productions, Manners and Customs of the Natives, and Vocabularies of Their Various Languages*, Londres, J.D. Potter, 1852, p. 135. Cité par D. Shineberg, *They Came for Sandalwood: A Study of the Sandalwood Trade in the South-West Pacific 1830–1865*, *op. cit.*, p. 52.

²²⁹ P.M. Fizin, *Lifou 1793 – 1923 : histoire des contacts entre kanak et européens*, *op. cit.*, p. 47.

attaque²³⁰. Dans les villages de la vaste Baie de santal aux fonds suffisamment profonds pour le mouillage des navires, s'organisa l'échange des marchandises.

La présence des baleiniers fut plus discrète, mais plus durable. Les chasseurs de baleine écumèrent le Sud de la Mélanésie de 1810 à 1860, date à laquelle le pétrole remplaça l'huile de baleine. Ils ne mobilisaient pas la main-d'œuvre et recherchaient la discrétion, pour garder secrète les zones qu'ils exploitaient²³¹. Ils établirent toutefois dans les îles des bases de ravitaillement – comme à Anatom, au Vanuatu – et une station pour extraire l'huile fut construite à Easo, non loin de Xépénéhé²³², qui devint un lieu d'échange habité par des marins américains, australiens et anglais. Ils y organisèrent le trafic de rhum et introduisirent les premières marchandises européennes – vaisselle, tabac, tissus, hameçons, haches, verroterie – qu'ils échangeaient contre des vivres²³³.

La moitié des Européens – missionnaires, santaliers, baleiniers ou trafiquants – qui s'installèrent à Lifou y épousèrent des filles de chefs, créant de nouveaux lignages aux patronymes anglophones encore présents aujourd'hui (Cheyne, Forrest, Reed, Wright), en particulier dans les sites centraux du protestantisme, à Mou et Xépénéhé.

Missionnaires catholiques et protestants constituèrent l'autre groupe à s'établir à Lifou à la même période. Les britanniques de la London Missionary Society (LMS), accompagnés ou devancés par les *teachers* [évangélistes] polynésiens qu'ils avaient formés, influencèrent durablement l'organisation sociale de Lifou.

L'arrivée de l'Évangile

Comme dans la plupart des îles du Pacifique, la concurrence entre missionnaires catholiques et protestants épousa les équilibres politiques existants. A Lifou, l'arrivée de l'Évangile se fit dans un contexte politique décrit comme relativement stable, contrairement à Maré. Cette stabilité reposait alors sur l'équilibre des pouvoirs entre les deux principales chefferies, le Wetr et le Lösssi²³⁴. L'organisation politique, plus proche des royautés polynésiennes que des chefferies de la Grande Terre, s'appuie à Lifou sur une hiérarchie qui confère des pouvoirs

²³⁰ *Ibid.* ; D. Shineberg, *They Came for Sandalwood: A Study of the Sandalwood Trade in the South-West Pacific 1830–1865*, *op. cit.*, p. 52-53.

²³¹ P.M. Fizin, *Lifou 1793 – 1923 : histoire des contacts entre kanak et européens*, *op. cit.*, p. 48.

²³² *Ibid.*, p. 49.

²³³ *Ibid.*

²³⁴ Gaïca, la troisième chefferie, a toujours disposé d'un moindre poids politique et est resté sous la dépendance relative du Lösssi.

importants aux grands chefs, les *angajoxue*²³⁵. Ce contrôle politique des chefferies permit une certaine autonomie vis-à-vis des navires marchands, avec lesquels ils gardaient la maîtrise des négociations²³⁶. Les missionnaires vinrent également s'inscrire dans ces jeux d'équilibre préexistants²³⁷.

Le premier missionnaire protestant à s'installer en 1842, le *teacher* polynésien Fao, obtint la protection du grand chef Boula à Mou, dans le Lösssi. Tandis que les Pères maristes qui arrivèrent en 1858 obtinrent la protection du grand chef Ukeinesso dans le Wetr, où ils fondèrent une station à Hnathalo, puis à Drueulu, dans le district du Gaïca. Dans le Wetr, toutefois, un nombre important de tribus se rallièrent au protestantisme, si bien que la présence catholique resta clairsemée sur l'île, une configuration encore perceptible aujourd'hui. Les conversions au protestantisme se firent avec une grande rapidité : près de dix ans après l'arrivée des premiers *teachers* polynésiens, le district du Lösssi était suffisamment christianisé pour accueillir la première mission anglicane menée par le Révérend MacFarlane²³⁸.

Organisation sociale et jeux de pouvoirs dans l'évangélisation de Lifou

Dans son récit sur la mission à Lifou, où il fut envoyé par la LMS de 1859 à 1871, MacFarlane insiste sur le despotisme de l'organisation politique de Lifou. Celle-ci serait selon lui concentrée autour de la figure des deux principaux grands chefs (Ukeinesso dans le Wetr et Boula dans le Lösssi), et qui favoriserait selon lui la stabilité dont a besoin l'introduction du christianisme : une fois le chef acquis à la cause chrétienne, non seulement la sécurité des missionnaires était assurée, mais il était également certain que les sujets du chef assisteraient à l'office²³⁹. La rencontre coloniale est ainsi caractérisée par une intrication entre les jeux de

²³⁵ Si l'idée d'un pouvoir illimité des chefs kanaks sur la Grande Terre est surtout le fruit d'un regard européen qui ne saisit pas le sens des hiérarchies kanakes (comme en témoignent les descriptions de Jules Garnier en 1871) et que confortent les réglementations élaborées autour de la tribu par le gouverneur Guillain, l'organisation sociopolitique aux Loyauté, fortement influencée par le système des royaumes polynésiens, comporte de fait une dimension plus pyramidale que sur la Grande Terre. Isabelle Merle, « De l'idée de cantonnement à la constitution de réserves. La définition de la propriété indigène » dans Alban Bensa et Isabelle Leblic (eds.), *En Pays kanak : Ethnologie, linguistique, archéologie, histoire de la Nouvelle-Calédonie*, Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 2000, vol.14, p. 217-234.

²³⁶ P.M. Fizin, *Lifou 1793 – 1923 : histoire des contacts entre kanak et européens*, op. cit., p. 21.

²³⁷ K.R. Howe, *Les Iles Loyauté. Histoire des contacts culturels de 1840 à 1900*, op. cit., p. 57.

²³⁸ Paul Magulue Fizin, « Les *teachers* du Pacifique au XIX^e siècle ou l'émergence d'une nouvelle élite océanienne entre tradition et modernité », *Histoire, monde et cultures religieuses*, 2011, vol. 20, n° 4, p. 143.

²³⁹ Samuel MacFarlane, *The Story of the Lifu Mission*, Londres, Ballantine and Company, 1873, p. 22.

pouvoirs de la religion et ceux des chefferies existantes, les uns et les autres s'instrumentalisant pour établir ou renforcer leur influence respective.

L'historien Paul Magulue Fizin donne une description détaillée de l'organisation sociale telle qu'elle s'est remodelée progressivement sous l'influence des missionnaires. Il montre notamment le rôle clé que Fao tint dans les jeux politiques entre chefferies²⁴⁰. Résidant dans l'enceinte des murs de la chefferie du Lösssi, sa proximité avec le chef Boula lui permit de suivre ses expéditions guerrières, et les victoires de Boula sur Ukeinesso furent donc attribuées au *haze* de Fao, c'est-à-dire son Dieu, son esprit²⁴¹. Fort de ce succès, Fao put procéder à des changements dans l'organisation interne de la chefferie : le cannibalisme qui succédait aux victoires guerrières fut interdit et les jours de la semaine renommés en fonction des nouvelles attributions religieuses qu'on leur donna²⁴². Les *teachers* constituèrent une nouvelle catégorie sociale et s'appuyèrent sur les réseaux d'alliance existants pour évangéliser le reste de l'île. En outre, cette évangélisation « par le haut », comme la décrit Fizin²⁴³, renforça les positions sociales existantes, puisqu'elle suivit les dynamiques hiérarchisées de Lifou en se transmettant d'abord aux couches supérieures de la société.

Ainsi, l'implantation de la religion croisa constamment les problématiques sociopolitiques existantes. Par exemple, bien que les raisons à l'origine de la guerre du Lösssi (1848-1849) ne soient pas clairement établies, l'histoire orale continue de les attribuer à Fao et aux évangélistes – jugés responsables d'une épidémie qui emporta plusieurs chefs – autant qu'à un conflit de succession²⁴⁴. Après un exil à Maré, le retour de Fao et Boula une fois la situation apaisée marqua une nouvelle étape dans le jeu qui conforta les pouvoirs de Boula en même temps que de la religion protestante.

Fizin voit dans la conjugaison des pouvoirs de Boula et de ceux de la religion protestante les conditions de l'émergence d'une théocratie qui continue de façonner l'organisation politique de Lifou : le pouvoir y est détenu par l'autorité traditionnelle, mais l'autorité spirituelle de la religion protestante la renforce²⁴⁵. La stabilisation de cette théocratie après la guerre du Lösssi se traduit, d'après Fizin, par trois bouleversements sociopolitiques : la centralisation

²⁴⁰ P.M. Fizin, *Lifou 1793 – 1923 : histoire des contacts entre kanak et européens*, op. cit., p. 42-45.

²⁴¹ *Ibid.*, p. 43.

²⁴² *Ibid.*, p. 44. : outre le dimanche réservé au culte, le mardi (*drai ange dic*) fut consacré à la formation des *teachers*, le mercredi (*drai menu*) à l'évangélisation des païens, le jeudi (*drai kaco*) à la formation spirituelle des enfants, le vendredi (*drai katru*) à celle des adultes.

²⁴³ *Ibid.*, p. 42.

²⁴⁴ *Ibid.*, p. 45.

²⁴⁵ *Ibid.*, p. 69.

démocratique, la création d'un appareil judiciaire, les réformes linguistiques²⁴⁶. La centralisation démocratique se fit par le biais de l'expansion religieuse à laquelle Fao procéda en parcourant les réseaux d'alliance de la chefferie de Lösssi²⁴⁷. La tradition orale mentionne le chemin de conversion, dans lequel Fao fit étape dans chaque *hunapo* [lieu abritant un clan] sous l'autorité de Boula, de Mou jusqu'à Wé²⁴⁸. Fao voulut précisément unifier ces *hunapo* éparpillés dans le district car leur dispersion, potentielle source d'instabilité politique, rendait aussi difficile la pratique du culte protestant. Il les rassembla autour des temples, constituant ainsi les *hunahmi* [paroisse, tribu, littéralement *hune hnë hmi*, c'est-à-dire lieu pour le culte] que sont aujourd'hui les tribus et dont la centralisation facilitait le contrôle par le grand chef Boula²⁴⁹. De nouvelles formes de sociabilité, associées aux valeurs chrétiennes d'amour et de partage, émergèrent dans les *hunahmi*, valeurs qui continuent de marquer les économies morales quotidiennes de Lifou. Certains noms d'*hunahmi* évoquent la religion protestante (Tingeting, le tintement de la cloche) et les « quartiers » qui y sont créés reprennent parfois le nom de villes occidentales (Ladran pour « London » à Kejeny, ou Igilan pour « England » à Xépénéhé)²⁵⁰. Cette description historique que Fizin propose essentiellement pour le district du Lösssi, gouverné par Boula, est aussi valable dans les deux autres districts.

L'importance de l'influence religieuse dans la colonisation à Lifou, son intrication aux dynamiques sociopolitiques locales, contribua donc à caractériser la configuration coloniale sous l'angle d'une négociation équilibrée des acteurs politiques et religieux.

II. Formes de la violence coloniale aux Îles Loyauté et à Lifou

L'importance de la religion dans la colonisation à Lifou, couplée au désintérêt de l'administration française, posa les bases d'une configuration coloniale distincte de celle observée sur la « Grande Terre » de Nouvelle-Calédonie. Cette configuration spécifique explique la tendance à minimiser la violence coloniale aux Loyauté. C'est l'intrication des logiques politiques des missions et des chefferies qui caractérisa d'abord les formes du

²⁴⁶ *Ibid.*, p. 72-80.

²⁴⁷ Du reste, la dénomination de la chefferie *baselaia*, traduit la vision politique qu'en avaient les missionnaires : la *baselaia* vient du grec *basileus*, qui désigne le roi, évoquant ainsi la vision autocratique du grand chef qui dirige la chefferie. *Ibid.*, p. 16.

²⁴⁸ *Ibid.*, p. 26.

²⁴⁹ *Ibid.*, p. 73.

²⁵⁰ *Ibid.*, p. 74.

pouvoir colonial, plus que l'administration des réserves sur le modèle mis en place sur la Grande Terre. L'administration coloniale française ne s'intéressa aux Loyauté que quand elle vit d'un mauvais œil l'influence qu'avaient les missions, et en particulier les missions protestantes britanniques. L'établissement de l'ordre colonial français à Lifou en 1864, plus de dix ans après la Grande Terre, marqué par la rivalité avec les protestants plus que la volonté d'acquérir des terres, fut l'occasion pour les historiens de discuter les formes distinctes de la violence coloniale aux Loyauté. Je résumé ici le contenu des débats historiographiques sur le « Fatal Impact »²⁵¹ à Lifou, avant d'examiner les formes qu'y prit la violence coloniale en la replaçant dans une perspective régionale et thématique plus large.

Une colonisation moins violente ? Le « *Fatal Impact* » en question

Un premier aspect sur lequel la colonisation de la Grande Terre fut plus violente que celle de Lifou concerne la propriété foncière. Sur la Grande Terre, la colonisation se traduisit par la mise en réserve des Kanaks et des spoliations foncières massives accompagnant le développement de la colonisation pénitentiaire et de peuplement²⁵². Les Kanaks ne disposèrent alors plus que de 8% de la superficie totale de la Grande Terre – un déséquilibre foncier qui n'évolua pas avant les années 1970²⁵³ – alors que les Îles Loyauté qui ne présentaient pas d'intérêt agricole, ne furent jamais concernées par la spoliation foncière. De plus, quand la France prit possession des Loyauté en 1864, l'accès au statut de réserve²⁵⁴, qui

²⁵¹ Alan Moorehead et Lucy Moorehead, *The Fatal Impact*, Londres, Hamilton, 1969.

²⁵² La politique de cantonnement et son rapport à la violence coloniale sur la Grande Terre de Nouvelle-Calédonie ont fait l'objet de nombreux travaux d'histoire ou d'anthropologie, dans lesquels les Loyauté n'apparaissent quasiment pas. Cf. Isabelle Merle, *Expériences coloniales : la Nouvelle-Calédonie, 1853-1920*, Paris, Belin, 1995, 479 p ; Michel Naepels, *Histoires de terres kanakes : conflits fonciers et rapports sociaux dans la région de Houailou (Nouvelle-Calédonie)*, Paris, Belin, 1998, 379 p ; Alban Bensa, « Terre kanak : Enjeu politique d'hier et d'aujourd'hui. Esquisse d'un modèle comparatif », *Études rurales*, 1992, n° 127-128, p. 107-131 ; Alain Saussol, *L'Héritage. Essai sur le problème foncier mélanésien en Nouvelle-Calédonie*, Paris, Publication de la Société des océanistes, 1979 ; Alain Saussol, « La Terre et la confrontation des hommes en Nouvelle-Calédonie », *Les Temps modernes*, 1985, vol. 464, p. 1612-1622 ; Joël Dauphiné, *Chronologie foncière et agricole de la Nouvelle-Calédonie, 1853-1903*, Paris, L'Harmattan, 1987, 159 p ; Joël Dauphiné, *Les Spoliations foncières en Nouvelle-Calédonie (1853-1913)*, Paris, L'Harmattan, 1989, 347 p ; Bronwen Douglas, *A History of Culture Contact in North-Eastern New Caledonia 1774-1870*, Australian National University, Canberra, 1972, 446 p.

²⁵³ Benoît Trépied, SOGIP, <http://www.sogip.ehess.fr/spip.php?rubrique48&lang=fr>

²⁵⁴ L'arrêté du 22 janvier 1868, conçu par le gouverneur Guillaïn, prévoyait d'attribuer à chaque « tribu » une partie de son ancien territoire, qui devint alors « incommutable et inaliénable ». La politique de cantonnement qui se mit en place permit alors de dégager de nouveaux terrains pour la colonisation en repoussant les Kanaks sur des zones que le pouvoir colonial pouvait décider de réduire. Les réserves délimitèrent ainsi le domaine de l'Etat tout en renforçant les pouvoirs de l'administration coloniale, qui devint un acteur central de la distribution des terres aux colons. I. Merle, « De l'idée de cantonnement à la constitution de réserves. La définition de la propriété indigène », art cit, p. 220.

s'était traduit par le renforcement de l'administration coloniale et la spoliation foncière au profit des colons sur la Grande Terre, eut aux Loyauté un effet paradoxal : en accédant au statut de « réserve intégrale », elles devinrent insaisissables et inaliénables, et l'administration française y interdit tout nouvel établissement, les écartant de ce fait du projet de colonisation de peuplement²⁵⁵. Si bien qu'en 1870, on ne dénombrait sur les trois îles que soixante-trois Européens, missionnaires inclus, et que la présence européenne y resta toujours relativement clairsemée et peu durable au cours du XX^e siècle.

Les historiens Kerry Howe et Paul Magulue Fizin nuancèrent donc la théorie du *Fatal Impact* énoncée par Alan et Lucy Moorehead²⁵⁶. Pour ceux-ci, le premier contact colonial est nécessairement un « moment fatidique où une capsule sociale est brisée et où des créatures primitives, bestiales autant qu'humaines, sont confrontées pour la première fois avec la civilisation »²⁵⁷. Contre cette idée réductrice dans laquelle les peuples colonisés sont décrits comme des primitifs sans civilisation et des victimes passives d'un contact colonial aboutissant à la dislocation sociale, Howe propose une analyse plus nuancée et qui redonne aux acteurs kanaks une part d'agentivité. Il relève la violence coloniale que représente l'introduction de l'alcool, de certaines maladies et des armes à feu, tout comme le *blackbirding*, mais il insiste sur la capacité des habitants des Loyauté à « absorber d'une manière constructive et créatrice l'innovation et le changement », si bien que l'acculturation observée ne se traduit selon lui pas par la « dislocation sociale » que recouvre l'idée de *Fatal Impact*. Pour Howe, les armes à feu ne changèrent pas les techniques de guerre et ne provoquèrent pas un surcroît de mortalité tandis que l'alcool et les maladies nouvelles n'eurent pas un impact majeur en termes de dépopulation²⁵⁸. Fizin, construit aussi son argumentation autour de la capacité d'absorption des apports européens par les insulaires et décrit les premiers contacts comme une « révolution matérielle, technique et sociétale »²⁵⁹. Il analyse par exemple comment l'introduction de nouvelles denrées modifie les habitudes alimentaires, surtout à partir du XX^e siècle, et comment l'apport d'objets occidentaux entraîne une chute des productions traditionnelles et un affaiblissement des échanges et des réseaux d'alliance insulaires.

C'est une telle approche qu'adopte Dorothy Shineberg, qui analyse dans le détail l'introduction des biens matériels et l'établissement des commerces entre navires marchands

²⁵⁵ K.R. Howe, *Les Iles Loyauté. Histoire des contacts culturels de 1840 à 1900*, op. cit., p. 33.

²⁵⁶ A. Moorehead et L. Moorehead, *The Fatal Impact*, op. cit.

²⁵⁷ *Ibid*, cité par K.R. Howe, *Les Iles Loyauté. Histoire des contacts culturels de 1840 à 1900*, op. cit., p. 6.

²⁵⁸ K.R. Howe, *Les Iles Loyauté. Histoire des contacts culturels de 1840 à 1900*, op. cit., p. 183-195, 197-215.

²⁵⁹ P.M. Fizin, *Lifou 1793 – 1923 : histoire des contacts entre kanak et européens*, op. cit., p. 49.

et populations des Loyauté et des îles de la Mélanésie. Cette historienne brosse un tableau nuancé des bouleversements sociaux apportés par les premiers contacts avec les santaliers en montrant aussi la part d'agentivité des mélanésiens²⁶⁰. L'introduction rapide du métal permis par ces échanges se traduit par une révolution technologique qui bouleversa l'organisation des activités traditionnelles en réduisant le temps consacré à la coupe de bois et à la construction des cases et pirogues. Shineberg relève aussi que ces changements profitèrent surtout aux activités des hommes, même si l'introduction de vêtements confectionnés bénéficia aux femmes²⁶¹. Les premiers contacts avec les Européens modifièrent donc la structure sociale de façon progressive, en laissant plus de temps pour les politiques locales, pour la guerre, mais aussi pour l'école missionnaire et le travail dans les autres îles avec le *blackbirding*. Les Mélanésiens tinrent un rôle actif dans ce bouleversement sociétal, en particulier dans la négociation commerciale : l'examen des biens échangés montre l'exigence accrue de ces derniers, que les santaliers ne surent plus satisfaire pour obtenir du bois²⁶². Si bien qu'à la fin de la période du commerce santalier, les Mélanésiens avaient réintroduit des biens traditionnels dans le commerce triangulaire des santaliers, les uns échangeant par exemple contre le santal des cochons, des dents de baleine ou des coquillages servant à la confection de monnaies, ensemble de biens que les santaliers collectaient dans d'autres îles. Ainsi, pour Shineberg, le changement vint aussi de l'intérieur de la société traditionnelle. Comme Howe, Shineberg estime par ailleurs que l'introduction des armes était limitée et ne fut pas une source importante de dépopulation, les haches prisées par les Mélanésiens servant surtout à la chasse. L'analyse des registres de biens échangés l'amène aussi à nuancer les discours coloniaux quant au goût des Mélanésiens pour l'alcool²⁶³. Les cargaisons importantes d'alcool emmenées sur les bateaux étaient en fait aussi destinées aux commerçants, grands consommateurs, qui le vendaient aux marins, puis aux soldats français à partir de 1853. En somme, l'introduction des biens matériels montra le pouvoir de négociation des Mélanésiens, qui exigeaient des biens correspondant avant tout aux besoins de leurs activités traditionnelles – chasse, pêche, construction, artisanat – qui ne furent pas modifiées en substance mais dont le temps fut réduit, laissant plus de place pour la participation aux guerres, aux politiques locales, et à la religion.

²⁶⁰ D. Shineberg, *They Came for Sandalwood: A Study of the Sandalwood Trade in the South-West Pacific 1830–1865*, *op. cit.* ; Dorothy Shineberg, « The Sandalwood Trade in Melanesian Economics, 1841–65 », *The Journal of Pacific History*, 1966, vol. 1, p. 129-146.

²⁶¹ D. Shineberg, « The Sandalwood Trade in Melanesian Economics, 1841–65 », *art cit.*, p. 142.

²⁶² *Ibid.*, p. 139.

²⁶³ Les registres mentionnent que l'alcool n'était pas un bien prisé des Mélanésiens et qu'il fallait trouver d'autres biens pour le commerce. Shineberg en déduit que le problème de l'alcool serait intervenu plus tardivement. *Ibid.*, p. 139-140.

En somme, pour ces auteurs, les changements sociétaux furent réels, mais le choc fut absorbé. Fizin va même jusqu'à décrire en des termes positifs l'introduction du travail sur les navires, qu'il qualifie d'« innovation sociétale », puisque ce qu'il considère comme une forme de salariat – le recrutement sur les navires ou pour l'abattage de santal – permet de nouvelles formes d'accès au prestige et à la richesse matérielle²⁶⁴. Mais c'est dans le domaine religieux que la « capacité d'absorption » des apports européens est selon Fizin la plus sensible, et c'est sans doute le seul domaine pour lequel on souscrira aux efforts minorant l'impact du premier contact aux Loyauté. On peut consentir ici, avec Fizin et Howe, à l'idée de « malentendu productif » tel que le conçoit Sahlins au sujet d'Hawaii et de la Nouvelle-Zélande et tel qu'il est repris par Baré et Zorn en Polynésie²⁶⁵, pour mieux comprendre l'intrication des logiques religieuses et politiques dans l'organisation sociale des Loyauté. Toutefois, un examen de ce que produit ce « malentendu » laisse aussi apparaître un renforcement des logiques autoritaires, dont il faut rendre compte.

La dépopulation en Océanie et à Lifou

Avant de décrire les formes de l'autorité coloniale à Lifou, il convient de mettre en perspective la question de la dépopulation, qu'Howe semble avoir écartée. Bien que les nuances faites par cet auteur et reprises par Fizin soient pertinentes, elles ne doivent pas minorer l'impact de la confrontation coloniale. On peut rendre aux peuples colonisés leur capacité d'action sans minorer la déstructuration profonde qui les affecta. Même s'il est difficile d'évaluer précisément la dépopulation aux Loyauté à la suite du contact colonial, on ne peut en sous-estimer l'importance. D'après Howe, il y avait environ 15 000 habitants aux Îles Loyauté au moment du premier contact. MacFarlane recense environ 7000 habitants dans les années 1860²⁶⁶, un chiffre que reprend Hadfield²⁶⁷. Toutes imprécises que soient ces données, elles indiquent une baisse considérable de la population. En outre, il est important de ne pas extraire les Loyauté du contexte régional plus large, pour lequel l'importance de la dépopulation est attestée. L'évaluation de ce phénomène a fait l'objet d'un ensemble de

²⁶⁴ P.M. Fizin, *Lifou 1793 – 1923 : histoire des contacts entre kanak et européens*, op. cit., p. 50.

²⁶⁵ Jean-François Baré, *Le Malentendu pacifique. Des premières rencontres entre Polynésiens et Anglais et de ce qui s'ensuivit avec les Français jusqu'à nos jours*, Paris, Hachette, 1985, 278 p ; Jean-François Zorn, « 4. La Mission protestante dans le Pacifique : perte et recomposition des identités sociopolitiques, culturelles et religieuses » dans *Missionnaires chrétiens*, Paris, Autrement, 2008, p. 65-86.

²⁶⁶ S. MacFarlane, *The Story of the Lifu Mission*, op. cit., p. 4.

²⁶⁷ Emma Hadfield, *Among the Natives of the Loyalty Group*, Londres, Macmillan and Co. Limited, 1920, p. 217.

discussions controversées en raison du manque de données précises²⁶⁸. Les hypothèses maximalistes de Christophe Sand font état d'une baisse de la population en Nouvelle-Calédonie de 90%²⁶⁹ et les hypothèses minimalistes de 40%²⁷⁰. Pour Sand, Bolé et Ouetcho, la société kanake a fait l'objet d'une transformation historique précoloniale importante, causée par l'introduction des maladies par les marins européens. Suivant leur hypothèse, ces épidémies auraient été la source du développement des guerres, des déplacements de groupes et de l'effondrement partiel des hiérarchies politiques, si bien que l'organisation sociale telle qu'on la connaît résulterait surtout de l'impact indirect des premiers contacts avec les Européens²⁷¹. Ainsi, quelles que soient les hypothèses suivies, la dépopulation, qui a sans doute affecté encore plus les femmes²⁷², a été suffisante pour provoquer d'importantes dislocations sociales, et renforcer par exemple la domination patriarcale. De tels travaux permettent de mieux comprendre l'effet destructeur des différentes formes de contact colonial, tout en permettant de voir que la société kanake qui s'est alors reconstituée était nécessairement très différente de celle qui précéda les premiers contacts, notamment si on considère l'hypothèse d'une dépopulation de 90%.

Pouvoir religieux et coutumier dans la disciplinarisation des corps : le code Boula

Pour contrer les influences néfastes de la civilisation occidentale, apportées par les baleiniers et santaliers, les missionnaires protestants mirent en place un code de lois, avec l'aide du chef Boula. Le « code Boula » représenta la conjonction la plus accomplie des pouvoirs religieux et politiques et renforça l'autorité des chefs coutumiers. Pour rétablir l'ordre troublé par la

²⁶⁸ William Halse Rivers (ed.), *Essays on the Depopulation of Melanesia*, Cambridge, Cambridge University Press, 1922 ; Christophe Sand, *Le Temps d'avant, la préhistoire de la Nouvelle-Calédonie. Contribution à l'étude des modalités d'adaptation et d'évolution des sociétés océaniques dans un archipel du Sud de la Mélanésie*, Paris, L'Harmattan, 1995, 365 p ; Christiane Kasarherou, *Contribution à l'étude de démographie historique de la Nouvelle-Calédonie, 1853-1920*, Nouméa, Centre territorial de recherche et de documentation pédagogiques, 1988 ; Dorothy Shineberg, « Un Nouveau regard sur la démographie historique de la Nouvelle-Calédonie. », *Journal de la Société des Océanistes*, 1983, vol. 39, n° 76, p. 33-43 ; Michel Naepels, *Conjurer la guerre : violence et pouvoir à Houïlou, Nouvelle-Calédonie*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2013, p. 51-52.

²⁶⁹ Christophe Sand, Jacques Bole et André Ouetcho, « Les Sociétés préeuropéennes de Nouvelle-Calédonie et leur transformation historique. L'apport de l'archéologie » dans Alban Bensa et Isabelle Leblic (eds.), *En Pays kanak*, Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 2000, p. 171-194.

²⁷⁰ Jean-Louis Rallu, *Les Populations océaniques aux XIXe et XXe siècles*, Paris, Ined, 1990, vol.128.

²⁷¹ C. Sand, J. Bole et A. Ouetcho, « Les Sociétés préeuropéennes de Nouvelle-Calédonie et leur transformation historique. L'apport de l'archéologie », art cit, p. 171.

²⁷² M. Naepels, *Conjurer la guerre, op. cit.*, p. 52.

guerre du Löss, Boula mit en place sur le conseil de MacFarlane un code inspiré du décalogue²⁷³. La description que fait MacFarlane de cet événement fondamental de l'histoire coloniale de Lifou témoigne de l'intrication des politiques religieuses et coutumières dans l'établissement des techniques de discipline propres aux Loyauté.

« Nous comprîmes (...) qu'une nécessité pesait sur nous d'intervenir dans ces affaires. Et bien que nous leur fîmes clairement comprendre que notre objectif revêtait un caractère purement spirituel, nous étions convaincus qu'en de pareilles circonstances, il était autant de notre devoir de les orienter dans l'élaboration d'un code de lois, que de les instruire dans les principes de la chrétienté elle-même : puisqu'en agissant ainsi, nous étions simplement en train de les conseiller d'appliquer ces principes dans la vie sociale, et de les substituer à la férocité et à l'esprit de vengeance qui les avaient précédemment influencés. »²⁷⁴

A en croire MacFarlane, il s'agit donc uniquement d'accompagner l'œuvre évangélique en la dotant des quelques garde-fous réglementaires qui permettront de maintenir sur la durée une présence chrétienne bien établie mais encore fragile. Il se garde de se présenter comme l'instigateur d'un code auquel s'opposa l'administration coloniale française mais aussi certains missionnaires. On voit donc ici avec clarté comment les intérêts des pouvoirs religieux et coutumiers se conjuguent pour poser les bases d'une technologie du pouvoir distincte de celle établie sur la Grande Terre.

Quelques « lois simples » furent rédigées et Boula les rendit publiques devant MacFarlane, la population et les chefs de clan qu'il avait faits rassembler²⁷⁵. Des officiers, les *polismen*, furent nommés dans les villages pour enquêter sur les « délits mineurs » et leur appliquer des « amendes adaptées ou une punition », et la « cour suprême » se tint à Mou, dans la résidence de Boula²⁷⁶.

Ce code de loi permit surtout d'asseoir l'autorité de la *baselaia* et de son chef. Les grands principes du décalogue y furent repris en cinq lois principales : le vol y fut puni, de même que le non-respect du dimanche, l'adultère, la polygamie et le culte des dieux traditionnels²⁷⁷. Il superposa à l'organisation traditionnelle une nouvelle structure hiérarchique chargée de mettre en application le code et au sommet de laquelle l'autorité de Boula à Mou s'ajouta à

²⁷³ Des codes similaires ont été établis en Polynésie dès 1819 (le code Pomaré) et à Maré. P.M. Fizin, *Lifou 1793 – 1923 : histoire des contacts entre kanak et européens*, op. cit., p. 76.

²⁷⁴ S. MacFarlane, *The Story of the Lifu Mission*, op. cit., p. 113-114.

²⁷⁵ *Ibid.*, p. 112.

²⁷⁶ *Ibid.*, p. 113.

²⁷⁷ P.M. Fizin, *Lifou 1793 – 1923 : histoire des contacts entre kanak et européens*, op. cit., p. 76.

celle de MacFarlane à Xépénéhé. L'application de ces règles était supervisée par 200 *polismen* – pour une population alors estimée à 7000 habitants par MacFarlane – nommés dans chaque village, jusque dans le district du Wetr, où quelques tribus comme celle de Xépénéhé avaient choisi de rejoindre le protestantisme pour se rapprocher de Boula et en guise de rébellion contre leur *angajoxue* Ukeinesso. Celui-ci, d'abord opposé au code Boula, finit donc par l'accepter. Les *polismen* appliquèrent le code Boula sur les adeptes de la foi catholique, qui furent parfois torturés et forcés de travailler pour les protestants²⁷⁸. Mettant leur excès de zèle sur le compte de la « nouveauté de l'administration » pour les habitants de Lifou, MacFarlane décrit des *polismen* « plus vigoureux que prévu », et plus enclins à faire appliquer « leurs propres idées » plutôt que les cinq lois²⁷⁹.

Ces pratiques épousèrent sans doute deux techniques de discipline existantes, l'exclusion avec la mise en exil et le marquage des corps avec les châtiments corporels. Les criminels étaient exilés sur des îlots au large de Lifou, une pratique que mes interlocuteurs évoquent pour m'expliquer comment étaient autrefois isolés les « fous dangereux » pour la communauté. Les châtiments corporels administrés collectivement, qui étaient sans doute déjà pratiqués dans la période précoloniale, furent formalisés et consacrés par l'autorité religieuse. Aujourd'hui appelé « astiquage », les punitions collectives visant l'ensemble d'une classe d'âge, sont encore la technique de pouvoir qui marque l'autorité à Lifou, comme je le décris au chapitre 8. Le « malentendu productif » semble donc avoir aussi renforcé la dimension répressive d'un pouvoir déjà fortement pyramidal, en le dotant de nouvelles techniques de punition.

Grâce à son association avec la London Missionary Society, Boula disposait en 1860 d'une suprématie sur l'ensemble de Lifou. Avec le code Boula, les chefs de Lifou furent dotés par le pouvoir religieux de pouvoirs que les chefs coutumiers de la Grande Terre n'acquirent que bien plus tard, en 1887, dans le cadre du régime de l'indigénat²⁸⁰.

Cette autorité fut d'autant plus légitimée qu'elle permit aux missionnaires britanniques de se distinguer de l'ordre colonial français, dont ils dénonçaient les excès. La consolidation de cet ordre politique se fit dans le même mouvement que la dénonciation de l'ordre colonial français et de ses violences sur la Grande Terre. En effet, la répercussion locale des clivages des empires français et britanniques fit des Français la figure négative contre laquelle s'insurgeait les missionnaires britanniques. Dans la colonie voisine des Nouvelles Hébrides, partagée entre les influences françaises et britanniques, les missionnaires britanniques

²⁷⁸ K.R. Howe, *Les Iles Loyauté. Histoire des contacts culturels de 1840 à 1900*, op. cit., p. 68.

²⁷⁹ S. MacFarlane, *The Story of the Lifu Mission*, op. cit., p. 114.

²⁸⁰ A. Saussol, *L'Héritage. Essai sur le problème foncier mélanésien en Nouvelle-Calédonie*, op. cit., p. 263-304.

s'inquiétèrent autant des Français que des *blackbirders*²⁸¹. A Lifou, MacFarlane dénonça aussi la violence des Français, en particulier quand ceux-ci mirent un terme au code Boula avant d'intégrer les Loyauté à la colonie française. Inquiet des violences infligées aux catholiques dans le cadre du code Boula et soucieux de contrecarrer la présence britannique, Charles Guillain, gouverneur de Nouvelle-Calédonie de 1862 à 1870, déclara les Îles Loyauté « circonscription militaire » en 1864, après une violente intervention militaire à Xépénéhé. L'application du code Boula mis en place par les protestants s'était traduit par des punitions corporelles violentes mises en œuvre contre les catholiques mais aussi contre des Européens²⁸². Le gouverneur Guillain décida donc de reprendre le contrôle des Loyauté par une expédition militaire à Lifou : après une opération militaire au cours de laquelle les habitations et le temple de Xépénéhé furent brûlés, des Kanaks et soldats tués, Guillain établit la loi martiale sur l'île et installa un poste militaire pour la faire respecter. MacFarlane décrit la violence des soldats à l'égard des habitants, mais aussi l'emprisonnement injuste des *teachers*, qui suscitérent selon lui une haine durable des habitants de Lifou à l'égard des français²⁸³. Le traitement fait au chef Boula par les Français fut ainsi, selon lui, exemplaire de leur iniquité : celui-ci fut constamment convoqué par le commandant, emprisonné plusieurs fois (à Lifou, à l'Île des Pins et à Nouméa), enfin poussé à embrasser la foi catholique pour faire cesser ces persécutions²⁸⁴. Les élites protestantes kanakes étant neutralisées, Guillain entendait établir un nouvel ordre politique. Placées sous l'autorité française, c'est une autre forme d'expérience coloniale que firent les habitants des Îles Loyauté, une expérience marquée par la soumission aux injonctions du régime de l'indigénat.

Le régime de l'indigénat aux Loyauté

Le régime de l'indigénat constitua, pour reprendre la définition d'Isabelle Merle, un « ensemble législatif et réglementaire répressif, élaboré dans les colonies françaises à l'encontre des seuls indigènes » et qui « incarne l'esprit et les pratiques d'une époque

²⁸¹ Les missions presbytériennes y dénoncent d'un même geste les *blackbirders* et la spoliation des terres par les français et la déportation de criminels dans les îles. « Dr. Paton's return to work », *Congregationalist and Christian World*, 29 juin 1901p. 1041.

²⁸² Fizin décrit comment « l'affaire Williamson », du nom d'un irlandais établi à Xépénéhé qui fut violemment puni pour son alcoolisation, alerta le gouverneur Guillain qui décida d'intervenir pour reprendre l'autorité sur l'île. P.M. Fizin, *Lifou 1793 – 1923 : histoire des contacts entre kanak et européens*, op. cit., p. 92-99.

²⁸³ S. MacFarlane, *The Story of the Lifu Mission*, op. cit., p. 220.

²⁸⁴ *Ibid.*, p. 225-228.

marquée par l'injustice, les violences, l'arbitraire »²⁸⁵. Appliqué en Nouvelle-Calédonie à partir de 1887²⁸⁶, il consacra un système visant la « normalisation, la ségrégation et l'assujettissement du monde kanak »²⁸⁷, sur la Grande Terre comme aux Loyauté. Ces mesures se traduisirent par le travail forcé, l'impôt de capitation, les interdictions de circuler, les condamnations abusives ainsi que des humiliations et des violences quotidiennes. Les moyens de contrôle furent renforcés et la liberté des déplacements limitée pour fixer les populations dans les réserves. Ces restrictions de liberté et ces violences ne sont pas décrites par Fizin et Howe. Pourtant, sous cet angle, les habitants des Loyauté n'échappèrent pas au contrôle et à la violence politique de l'Etat français. Comme l'a relevé Elsa Faugère, les habitants des Loyauté furent aussi privés des libertés de circulation, de travail et de résidence, jusqu'à l'abolition de ces lois en 1946²⁸⁸.

En premier lieu, les mesures prises visaient aussi à interdire un certain nombre de pratiques pour européeniser les populations. Par exemple, la liste des actes qualifiés d'infractions pour les indigènes²⁸⁹ reflète clairement les préoccupations locales : l'objectif est de normaliser, ou « européeniser » les comportements des individus, de multiplier les signes de soumission et de réduire la liberté de circulation²⁹⁰. Toute désobéissance aux ordres de l'autorité française, du gendarme ou du chef est sanctionnée. Les interdictions sont multiples. Il est interdit de « troubler l'ordre ou le travail dans les habitations, ateliers, chantiers, fabriques ou magasins ». Sont aussi interdits le port d'arme dans les localités européennes, la sorcellerie, les « pilous-pilous »²⁹¹ (« sauf autorisation spéciale »), la nudité sur les routes ou dans les villages blancs, le débroussaillage par le feu. Les circulations sont considérablement

²⁸⁵ Isabelle Merle, « Retour sur le régime de l'indigénat : Genèse et contradictions des principes répressifs dans l'empire français », *French Politics, Culture & Society*, 2002, vol. 20, n° 2, p. 77.

²⁸⁶ Progressivement élaboré en Algérie de 1840 à 1880, il y est consacré par la loi du 28 juin 1881, avant d'être élargi aux autres colonies en 1887. Plus qu'un véritable code, c'est un ensemble de mesures répressives diverses, prises en fonction du régime particulier de chaque colonie et qui, sous couvert d'étendre les droits de l'homme aux indigènes, renforce en fait les mesures d'exceptions des pouvoirs coloniaux. Les différentes facettes du régime évoluent en Nouvelle-Calédonie de façon progressive et seront fixées en 1900, avant d'être abolies après la seconde guerre mondiale. Isabelle Merle, « Le Régime de l'indigénat et l'impôt de capitation en Nouvelle-Calédonie. De la force et du droit. La genèse d'une législation d'exception ou les principes d'un ordre colonial » dans Alain Saussol et Joseph Zitomersky (eds.), *Colonies, Territoires, Sociétés. L'enjeu français*, Paris, L'Harmattan, 1996, p. 223-224.

²⁸⁷ *Ibid.*, p. 225.

²⁸⁸ Elsa Faugère, « La Fabrique identitaire dans les îles Loyauté. Comment peut-on être un colon-kanak ? », *Ethnologie française*, 2002, vol. 32, n° 4, p. 630.

²⁸⁹ La catégorie « indigènes » englobe alors les Kanaks mais aussi les « travailleurs importés » des autres colonies françaises (Indochine, Tonkin, Nouvelles-Hébrides).

²⁹⁰ Arrêté du 23 décembre 1887. Cité par I. Merle, « Le Régime de l'indigénat et l'impôt de capitation en Nouvelle-Calédonie. De la force et du droit. La genèse d'une législation d'exception ou les principes d'un ordre colonial », art cit.

²⁹¹ Appellation coloniale, les « pilous » désignent les danses cérémonielles kanakes, qui représentent selon Leenhardt « la cérémonie sociale de propitiation autour de laquelle gravite toute la vie indigène ». Maurice Leenhardt, *Notes d'ethnologie néo-calédonienne*, Paris, Institut d'ethnologie, Musée de l'Homme, 1980, p. 143.

restreintes, puisqu'il faut une autorisation pour sortir de son « arrondissement »²⁹², que les indigènes ne peuvent entrer chez les Européens à moins d'y être invités, enfin que l'accès aux cabarets et débits de boisson leur est interdit²⁹³.

Par ailleurs, les habitants des Loyauté furent aussi concernés par les internements politiques par lesquels les autorités coloniales réprimaient les actes de résistance et imposaient la discipline dans les réserves. Comme le relève Adrian Muckle, non seulement les loyaltiens firent l'objet d'internements mais leurs îles furent choisies comme espaces d'internements²⁹⁴.

Mais surtout, le régime de l'indigénat consacra la violence des formes d'exploitation par le travail.

Les formes de travail forcé, du *blackbirding* au régime de l'indigénat

Les technologies du pouvoir disciplinaire décrites plus haut, qui servent la normalisation des corps indigènes et renforcent les autorités kanakes et religieuses, s'intègrent aussi implicitement aux dispositifs du capitalisme et à ses nouveaux mécanismes de production. Retracer l'histoire des modes d'exploitation par le travail aux Loyauté à partir du *blackbirding* permet de mettre en lumière la précocité et la normalisation progressive des formes de travail forcé.

Fizin pointe la difficulté historiographique que pose le *blackbirding* qui, comme la question de la dépopulation du Pacifique, repose sur des sources limitées et dont on ajoutera qu'elle soulève aussi des questions de réappropriation politique²⁹⁵. Fizin le définit comme un « système économique marchand ou tributaire localisé dans le Pacifique, ayant pour objectif le recrutement d'une main-d'œuvre autochtone destinée à être utilisée dans les centres agricoles tenus par des Européens »²⁹⁶. Sans clairement trancher sur le caractère esclavagiste

²⁹² Isabelle Merle mentionne cinq arrondissements sur la Grande Terre. I. Merle, « Le Régime de l'indigénat et l'impôt de capitation en Nouvelle-Calédonie. De la force et du droit. La genèse d'une législation d'exception ou les principes d'un ordre colonial », art cit.

²⁹³ *Ibid.*, p. 230-231.

²⁹⁴ Muckle mentionne le cas d'un *nata* de Lifou, jugé « trop civilisé », qui fait l'objet d'un internement, ainsi que celui d'un *teacher* de Lifou qui avait été en Nouvelle Guinée interné pour avoir essayé de vendre des terres à un colon. Lifou est aussi cité comme lieu d'internement. Adrian Muckle, « Troublesome Chiefs and Disorderly Subjects: The Indigénat and the Internment of Kanak in New Caledonia (1887–1928) », *French Colonial History*, 2010, vol. 11, n° 1, p. 134, 143-144.

²⁹⁵ Le *blackbirding* a donné lieu à de vifs débats entre historiens en Australie, entre tenants d'une hypothèse haute du phénomène, dénonçant sa violence et les conditions esclavagistes, et tenants d'une hypothèse basse portée par des historiens proches du négationnisme qui réfutent également toute forme de violence coloniale en Australie.

²⁹⁶ P.M. Fizin, *Lifou 1793 – 1923 : histoire des contacts entre kanak et européens*, op. cit., p. 65.

de la pratique, il souligne qu'elle est plus ou moins légale et que des contrats existent, sans toutefois garantir une « mutuelle compréhension des documents signés »²⁹⁷. Afin de saisir le phénomène, Fizin le replace dans la perspective d'une histoire globalisée. D'une part, celle de la crise du coton causée par la guerre de sécession aux Etats-Unis et de son impact sur l'économie australienne. D'autre part, celle de la fin de l'esclavage en France qui suscita le recours à la main-d'œuvre du Pacifique à la Réunion²⁹⁸. Il montre ainsi que l'idée d'un *blackbirding* strictement borné sur une période (1865 – 1901) et une région – le Queensland – ne reflète pas la réalité des pratiques de recrutement forcé des travailleurs océaniens. Ces limites temporelles sont indicatives car les navires n'étaient pas tous contrôlés et que le trafic fut sans doute sous-estimé. Les 62 000 contrats répertoriés pour le travail dans les plantations de canne à sucre et de coton du Queensland donnent une indication de l'ampleur du phénomène et de son impact probable sur la dépopulation des îles du Pacifique²⁹⁹. De plus, le *blackbirding* ne se limita pas à l'Australie et à Fidji, puisqu'on trouve dans la littérature missionnaire des mentions éparses à des travailleurs kanaks de Lifou présents dans d'autres îles du Pacifique³⁰⁰. A Lifou, 10% de la population auraient été recrutés par les *blackbirders* et ne revinrent jamais pour la plupart³⁰¹. La mise en perspective géographique de Fizin permet de déplacer le débat sur la définition du *blackbirding* comme un esclavage ou une traite en montrant surtout l'ampleur du phénomène et son impact sur l'organisation sociale à Lifou. Mais si l'analyse que Fizin fait du *blackbirding* est intéressante et sort de son traitement jusqu'ici anecdotique par l'historiographie, du moins francophone, on regrette qu'il n'élargisse pas son étude encore un peu plus, en y incluant les autres formes de travail forcé. Fizin mentionne le travail sur les navires des santaliers et baleiniers comme une opportunité de « travail salarial » et une innovation sociétale permettant l'accès à « un certain prestige et une richesse matérielle »³⁰² dont on ne saisit toutefois pas les conditions exactes, puisqu'il mentionne aussi plus loin des conditions de travail « tyrannique »³⁰³.

²⁹⁷ *Ibid.*

²⁹⁸ Fizin mobilise ici les travaux de Ligeard, qui étend la question du *blackbirding* de façon transocéanique en mettant au jour le recours dans les plantations réunionnaises à la main d'œuvre d'Océanie, en plus de celle d'Inde et de Madagascar (un voyage dans le Pacifique est mentionné en 1857). Luc Legeard, « Kanak et Polynésien à la Réunion, un épisode méconnu de l'engagisme », *Annales d'histoire calédonienne*, 2008, vol. 2, p. 187-194. Cité par P.M. Fizin, *Lifou 1793 – 1923 : histoire des contacts entre kanak et européens*, op. cit., p. 65-67.

²⁹⁹ P.M. Fizin, *Lifou 1793 – 1923 : histoire des contacts entre kanak et européens*, op. cit., p. 69.

³⁰⁰ Des travailleurs kanaks de Lifou qui se seraient échappés d'un navire sont mentionnés à Wallis par des missionnaires catholiques et MacFarlane débarqua à Mou avec un Kanak de Lifou qu'il aurait recueilli à Hawai'i. *Ibid.*, p. 68.

³⁰¹ *Ibid.*, p. 67-68.

³⁰² *Ibid.*, p. 50.

³⁰³ *Ibid.*, p. 67.

Il est surprenant que les formes de travail forcé qui ont accompagné le régime de l'indigénat soient absentes des travaux de Fizin, et mentionnées par Howe sans référence au régime lui-même. Howe mentionne la « folie pour l'émigration » décrite par les missionnaires aux sujets des Loyaltiens, qui partent massivement travailler sur la Grande Terre, mais il ne décrit pas les conditions de recrutement ni les obligations et contraintes associées au régime de l'indigénat³⁰⁴. Un examen des emplois occupés donne à voir la mise au travail des différentes populations de la colonie, les stratifications entre les différentes catégories et la place que tinrent les Kanaks.

Puisque les Kanaks des Loyauté étaient aussi soumis au paiement de l'impôt de capitation, ils durent trouver des emplois salariés et entrèrent dès 1887 dans l'économie coloniale. Comme le souligne Isabelle Merle, la réserve était d'abord pensée comme un « espace placé hors des transactions monétaires, hors de l'économie coloniale », dans lequel les Kanaks vivaient « dans leurs coutumes traditionnelles sous l'emprise directe des seuls missionnaires »³⁰⁵. En ce sens, on pourrait souscrire à l'idée que la réserve a protégé les communautés kanakes de l'impact européen et les a tenues à l'écart de l'économie coloniale. Pour autant, ils y contribuèrent activement et furent à la fois cantonnés dans leurs réserves et exploités au profit des colons et de l'administration coloniale³⁰⁶. C'est même au nom de la mission civilisatrice de la France et de leur assimilation qu'ils furent soumis aux corvées de travail et à l'impôt de capitation³⁰⁷. Comme toutes les réserves de Nouvelle-Calédonie, les habitants des Loyauté n'échappèrent pas à cette règle. Avec l'augmentation du maillage administratif encadrant les indigènes à la fin du XIX^{ème} siècle, ceux-ci furent plus mobilisés pour la mise en valeur. Mais à la différence de la Grande Terre, ils n'avaient pas de mine ou d'exploitation agricole de colons à proximité de leurs réserves. Cette configuration particulière leur donna une place spécifique dans les formes de travail forcé associées au régime de l'indigénat, en les obligeant à chercher des emplois hors des îles.

³⁰⁴ K.R. Howe, *Les Iles Loyauté. Histoire des contacts culturels de 1840 à 1900*, op. cit., p. 138-139.

³⁰⁵ Puisqu'ils étaient considérés comme trop « primitifs » pour rejoindre la civilisation occidentale, ils étaient voués à être tenus à l'écart de celle-ci par le cantonnement dans les réserves. I. Merle, « De l'idée de cantonnement à la constitution de réserves. La définition de la propriété indigène », art cit, p. 221.

³⁰⁶ Merle rappelle ainsi l'approche du gouverneur Feillet, qui évite le débat entre exclusion et assimilation des indigènes, en le remplaçant par une autre logique de marginalisation/dépendance : « il s'agit à la fois d'enfermer les indigènes dans leurs réserves (en limitant les déplacements), de les cantonner sur les marges de la société coloniale, tout en créant les conditions de leur exploitation au profit des colons et de l'Administration (via l'impôt de capitation en particulier) ». I. Merle, « Le Régime de l'indigénat et l'impôt de capitation en Nouvelle-Calédonie. De la force et du droit. La genèse d'une législation d'exception ou les principes d'un ordre colonial », art cit, p. 228.

³⁰⁷ Pour une analyse détaillée de ce tour de force rhétorique de l'administration coloniale, qui considère que la mise au travail forcé contribue à la mission civilisatrice de la France, cf. I. Merle, « Le Régime de l'indigénat et l'impôt de capitation en Nouvelle-Calédonie. De la force et du droit. La genèse d'une législation d'exception ou les principes d'un ordre colonial », art cit.

Pour mesurer l'ampleur des bouleversements liés au travail, les recherches de Sonia Grochain sur le recours à la main d'œuvre kanake sur la Grande Terre dans le cadre de l'indigénat apportent une mise en perspective régionale utile. Cette perspective permet d'inscrire les formes de travail forcé aux Loyauté dans les politiques coloniales et de les mettre en rapport avec les autres groupes ethniques. Grochain examine la mise en place de l'impôt de capitation et des prestations obligatoires, et leur impact dans le secteur minier³⁰⁸. Elle distingue deux périodes : une période de spoliation foncière, puis une période d'acculturation par le travail à partir des années 1920 dans laquelle l'administration coloniale chercha à encourager la culture de rente à l'intérieure des réserves et considéra alors les Kanaks comme aptes à la mise en valeur agricole³⁰⁹.

Ce recours à la main-d'œuvre kanake débuta toutefois plus tôt. Le pouvoir colonial local négocia les directives décidées au niveau de la métropole, pour ne faire travailler gratuitement que les populations kanakes et faire sortir progressivement les citoyens européens des formes de travail forcé, en mobilisant l'idée d'une « dette coloniale » des Kanaks vis-à-vis de la colonie³¹⁰. La mise au travail forcé fut alors présentée comme un mode d'acculturation généreux³¹¹. Cette logique se déploie au fil du XXème siècle, le gouvernement local infléchissant sans cesse, en tous domaines, les mesures décidées en métropoles, sanctionnant progressivement plus lourdement les Kanaks et exemptant les colons. Les Kanaks furent réquisitionnés pour les services publics, la cueillette du café, l'élevage, l'armée³¹². Cette mise en place du travail forcé se fit conjointement avec l'autorité des chefs, qui touchaient une prime d'engagement³¹³. Le rapport au travail des Kanaks s'est donc progressivement constitué autour de l'idée de dette³¹⁴.

³⁰⁸ Le travail forcé fut le résultat de trois mesures principales : le paiement de l'impôt de capitation en argent, les prestations obligatoires (chaque homme devait fournir quinze jours de travail par an, pour faire l'entretien des routes ou des écoles, par exemple) et les réquisitions (pour travailler pour l'administration coloniale. L'impôt de capitation est mis en place en 1895 et concerne tous les habitants, avant d'être restreint aux Kanaks en 1898. Le but de cet impôt est d'inciter les Kanaks à travailler et de limiter leur mobilisation comme main d'œuvre gratuite par les missionnaires. Les prestations obligatoires sont mises en place par arrêté du 8 septembre 1893, et consistent à faire l'entretien des écoles, des routes et, aux Loyauté, des sentiers muletiers. Elles sont au départ rémunérées, avant que cette rémunération ne soit supprimée car il est estimé que la participation des indigènes à « l'œuvre » de la colonisation suffit à leur faire bénéficier de ses bienfaits. Les colons en sont progressivement exemptés. Sonia Grochain, *Les Kanak et le travail en Province Nord de la Nouvelle-Calédonie*, EHESS, Paris, 2007, p. 117-118.

³⁰⁹ *Ibid.*, p. 144-145.

³¹⁰ *Ibid.*, p. 118.

³¹¹ *Ibid.*, p. 120.

³¹² *Ibid.*, p. 121.

³¹³ En outre, s'ils refusaient les réquisitions, ils s'exposaient à des spoliations foncières supplémentaires. Le tribut de travail favorisa ainsi la dépossession foncière. *Ibid.*, p. 123-125.

³¹⁴ *Ibid.*, p. 122.

Si tous les indigènes étaient concernés par ces formes de travail forcés, Kanaks, Tonkinois, Indochinois, Salomonais et Néo-Hébridais étaient traités différemment, en fonction des représentations raciales que s'en faisait l'ordre colonial. On sait grâce à Dorothy Shineberg, qui analyse le recours à la main-d'œuvre océanienne en Nouvelle-Calédonie, que celui-ci fut le plus long (de 1865 aux années 1930) et le troisième plus important du Pacifique, comparé à celui mis en œuvre en Australie et à Fiji. Shineberg s'intéressant principalement aux Mélanésiens des Nouvelles-Hébrides, qui représentaient en Nouvelle-Calédonie 90% des 15 000 insulaires impliqués dans ce commerce, on en apprend peu sur les autres groupes ethniques, qui apparaissent en filigrane de cette recherche. On apprend néanmoins que les Loyaltiens ont surtout été recrutés comme main-d'œuvre sur les bateaux côtiers car ils étaient réputés pour leurs compétences en matière de navigation³¹⁵, et qu'ils évitaient quand ils le pouvaient les emplois de domestiques auprès des colons de la Grande Terre, où les conditions de vie étaient difficiles³¹⁶. Ils ont aussi constitué une part importante de la main d'œuvre recrutée par l'administration suite à l'arrivée massive de bagnards³¹⁷.

Sonia Grochain montre quant à elle que les contrats d'engagement établis à partir de 1882³¹⁸ étaient surtout destinés aux Kanaks des Loyauté, qui étaient placés au « dépôt » situé Baie de l'Orphelinat en attendant d'être recruté³¹⁹. Les Kanaks de la Grande Terre furent relativement mis à l'écart, disqualifiés et craints à cause de la révolte de 1878³²⁰. Grochain mentionne un document du Conseil privé de juillet 1882 sur l'engagement des indigènes, dans lequel le directeur de l'intérieur fait état d'une discussion positive avec les chefs des îles Loyauté,

³¹⁵ Dorothy Shineberg, *The People Trade: Pacific Island Laborers and New Caledonia, 1865-1930*, Honolulu, University of Hawaii Press, 1999, p. 141.

³¹⁶ Plutôt que de partir vers la Nouvelle-Calédonie, où les taux de mortalité étaient élevés et les conditions de travail difficiles et peu avantageuses, les travailleurs privilégiaient le Queensland ou Fidji. *Ibid.*, p. 32.

³¹⁷ Shineberg relève le caractère exceptionnel du recours par l'administration coloniale de Nouvelle-Calédonie aux travailleurs insulaires étrangers : l'afflux de bagnards, loin d'augmenter la main-d'œuvre a accru les besoins en main-d'œuvre comme garde-prisonniers sur l'île Nou, dans les ateliers et sur les navires du gouvernement. *Ibid.*, p. 131.

³¹⁸ S. Grochain, *Socio-anthropologie politique de l'emploi : les Kanak et le travail en Province Nord de la Nouvelle-Calédonie*, *op. cit.*, p. 128.

³¹⁹ Tant qu'ils n'avaient pas contracté d'engagement, ils pouvaient être employés par l'administration à des travaux publics sans solde. Une liste des indigènes libres était affichée au bureau de l'immigration pour les colons intéressés. Une fois engagés, ils étaient immatriculés sur un registre tenu au commissariat de l'immigration. S'ils n'étaient pas engagés après 3 mois, ils étaient renvoyés dans leurs tribus. La durée maximale des contrats était de 4 mois et ils étaient engagés entre 6 mois et 5 ans, à la cueillette de café et coton. Les hommes étaient payés 150 francs et les femmes 75 francs. Ils concernèrent selon l'historien Ismet Kurtovitch deux tiers de la population en âge de travailler. Ismet Kurtovitch, *La Vie politique en Nouvelle-Calédonie : 1940-1953*, Université de la Nouvelle-Calédonie, 1998, p. 53. Cité par S. Grochain, *Socio-anthropologie politique de l'emploi : les Kanak et le travail en Province Nord de la Nouvelle-Calédonie*, *op. cit.*, p. 129-131.

³²⁰ En 1899, sur les 3380 travailleurs engagés indigènes, on comptait moins de 300 engagés de la Grande Terre, alors qu'ils étaient près de 900 originaires des Loyauté. Les habitants des Loyaltiens étaient donc la deuxième catégorie de travailleurs après les Néo-Hébridais. Source statistique du service de l'immigration concernant les engagés indigènes, citée par S. Grochain, *Socio-anthropologie politique de l'emploi : les Kanak et le travail en Province Nord de la Nouvelle-Calédonie*, *op. cit.*, p. 133.

marquée par la confiance, et qui devait permettre selon lui l'établissement d'un « courant régulier d'immigration en Nouvelle-Calédonie »³²¹.

Au final, les habitants des Loyauté travaillèrent dans les mines, la navigation, la domesticité. Ils furent aussi employés comme plantons quand, après la révolte de 1917, et en particulier après 1926 il fallut remédier au manque de gendarmes³²².

Les Loyaltiens semblent avoir occupé une place intermédiaire entre les différentes catégories de travailleurs indigènes. Shineberg montre que les travailleurs migrants, déracinés, étaient plus facilement contrôlables que les Kanaks de la Grande Terre³²³. Les Néo-Hébridais recrutés comme ouvriers ou domestiques étaient réputés pour leur docilité et leur incapacité à se révolter collectivement. Ils étaient donc privilégiés par rapport aux travailleurs kanaks, javanais ou indochinois. A tel point qu'ils étaient perçus comme un groupe « tampon »³²⁴, voire une « gendarmerie naturelle »³²⁵. On en sait moins sur la place spécifique que pouvaient occuper les travailleurs originaires des Loyauté, qui devaient très probablement occuper un espace intermédiaire supplémentaire, entre les Mélanésiens des Nouvelles-Hébrides et ceux de la Grande Terre. Hors des rapports conflictuels liés à la spoliation des terres, mais sans être totalement étrangers à la Nouvelle-Calédonie, les Kanaks des Loyauté occupèrent un espace intermédiaire qui facilita leur accession à certains emplois au détriment des autres Mélanésiens. Ils furent par exemple plus nombreux à être recrutés dans les mines de Koné, dont la population fut plutôt employée dans les tribus ou sur les stations agricoles³²⁶. Leur présence dans une partie importante des emplois administratifs et de la santé en Nouvelle-Calédonie s'inscrit dans la continuité de ces représentations des différentes catégories de Mélanésiens.

Enfin, pour comprendre ces différences et la spécificité des formes de travail forcé en Nouvelle-Calédonie, il faut souligner comme le fait Benoît Trépied la place structurante du bagne dans la société calédonienne³²⁷. Les différentes catégories de la main d'œuvre coloniale, qui recoupaient les différences statutaires, définirent différentes conditions de

³²¹ Le directeur de l'intérieur rapporte avoir réuni les chefs des trois îles, à qui il dit : « je leur ai dit que les Loyalty qui jusqu'à ce jour n'avait été qu'une cause de dépenses et d'embarras pour la colonie pouvaient aujourd'hui, lui être d'une grande utilité en en retirant elles-mêmes de grands profits, c'est l'épargne des immigrants qui viendra améliorer le sort de ces populations ». Une allocation fut aussi attribuée aux chefs pour les inciter à mettre à disposition leurs sujets. ». *Ibid.*, p. 146-147.

³²² *Ibid.*, p. 134.

³²³ D. Shineberg, *The People Trade: Pacific Island Laborers and New Caledonia, 1865-1930*, *op. cit.*

³²⁴ *Ibid.*, p. 145.

³²⁵ *Ibid.*, p. 207.

³²⁶ S. Grochain, *Socio-anthropologie politique de l'emploi: les Kanak et le travail en Province Nord de la Nouvelle-Calédonie*, *op. cit.*, p. 166.

³²⁷ Benoît Trépied, *Une Mairie dans la France coloniale. Koné, Nouvelle-Calédonie*, Paris, Karthala, 2010, p. 209-210.

servitude, sur un modèle tiré de l'expérience fondatrice du bagne : c'est le bagne qui constitue selon lui la « matrice originelle pour la construction sociale de la catégorie "main-d'œuvre" en Nouvelle-Calédonie », avec pour corollaire l'idée d'une exploitation maximale d'ouvriers. Une fois le bagne fermé, les Kanaks occupèrent la place de cette main-d'œuvre corvéable à merci. Après n'avoir été sollicités qu'épisodiquement, ils s'insérèrent de façon durable dans le système productif. En outre, Trépiéd note aussi la mise en place d'une « police canaque » pour rattraper les bagnards, et donc le rôle qu'ils tiennent dans la surveillance et la répression, un rôle qui perdurera après la fin du bagne et qui témoigne de la violence des rapports coloniaux du travail³²⁸.

Cet examen plus approfondi des formes de l'expérience coloniale, et en particulier du travail forcé, élargit la perspective sur la place des Loyauté dans le projet colonial français. La place primordiale que tinrent les missionnaires protestants ne saurait occulter les violences coloniales qui existèrent aussi à Lifou. D'autant plus que les missionnaires, bien que critiquant les exactions des autorités françaises, accompagnèrent aussi le projet colonial. Dans la perspective plus vaste du projet de civilisation, évangélisation et colonisation se confondirent et s'appuyèrent. A Lifou, les valeurs et pratiques véhiculées par la présence missionnaire facilitèrent l'introduction de ces formes de travail forcé, en familiarisant les insulaires avec le travail³²⁹.

III. Savoirs ethnomédicaux à Lifou, des écrits missionnaires à Maurice Lenormand

Les processus coloniaux sont trop complexes pour être appréhendés uniquement sous l'angle d'une dialectique de la domination et de la résistance. Les violences et la coercition s'accompagnent d'une dimension symbolique de l'expansion coloniale qui les confortent et qui se lisent dans les « politiques de l'expérience », en chaque endroit du quotidien³³⁰. Dans cet effort de nuance, s'intéresser aux récits des missionnaires permet de voir, au-delà de leur dénonciation des violences coloniales, le croisement des moralités missionnaires et

³²⁸ *Ibid.*, p. 215.

³²⁹ P.M. Fizin, *Lifou 1793 – 1923 : histoire des contacts entre kanak et européens*, op. cit., p. 68.

³³⁰ J.L. Comaroff et J. Comaroff, *Ethnography and the Historical Imagination*, op. cit., p. 236.

coloniales³³¹. Car la mission joue un rôle parallèle à celui de la violence coloniale, en garantissant la paix à l'intérieur des réserves. On voit dans les représentations narratives qu'elle produit comment les différentes dimensions des projets colonial et missionnaire se croisent, en particulier dans le domaine médical.

Des missionnaires en quête de vérités : rétablir l'humanité dans les récits

La mise en récit de l'expérience missionnaire et de la rencontre avec les peuples insulaires fait partie intégrante du projet évangéliste. Les missionnaires ethnologues tiennent des journaux où sont consignés les us et coutumes des indigènes, au même titre que les objets qu'ils fabriquent, les plantes ou les coquillages collectés. Ces descriptions naturalistes sont constitutives de la mission évangéliste et plus largement, du projet colonial tel que le conçoivent les savants des métropoles, pour lesquels les découvertes ethnologiques et biologiques sont intégrées dans un même projet de connaissance. Ainsi, la Société des observateurs de l'Homme rassembla à partir de 1799 naturalistes, zoologues, minéralogues, autant que philosophes, médecins, explorateurs ou historiens, qui produisirent des textes marquant le passage de « l'humanisme des lumières au positivisme de l'objectivation – et de la colonisation »³³². Le projet positiviste se traduit par une accumulation de données et de classifications qui hiérarchisent les peuples entre eux³³³. Les récits des missionnaires mettent en œuvre la même attitude typologique que le projet évolutionniste. L'une des spécificités du discours missionnaire est sa prétention à rétablir la « vérité » sur les peuples colonisés d'Océanie : dans le projet évangélique, le récit descriptif vise à convaincre que les indigènes

³³¹ Je laisse de côté les récits des santaliers qui ne cultivaient pas le même goût pour les mémoires, et dont les rares écrits offrent moins de descriptions ethnologiques. Le santalier Cheyne, par exemple, dit peu de chose sur les îles Loyauté qu'il visite entre 1840 et 1844, hormis des observations stéréotypées sur les mœurs et des indications sur les vents, les courants ou les mouillages. Mais l'usage de ces récits ainsi que leurs correspondances est en revanche précieux pour comprendre les mécanismes commerciaux qui se mettent en place, comme l'a montré Shineberg. A. Cheyne, *A Description of Islands in the Western Pacific Ocean: North and South of the Equator, with Sailing Directions, Together with Their Productions, Manners and Customs of the Natives, and Vocabularies of Their Various Languages*, op. cit. ; Dorothy Shineberg, *The Trading Voyages of Andrew Cheyne, 1841-1844*, Canberra, Australian National University Press, 1971.

³³² Jean Copans et Jean Jamin, *Aux Origines de l'anthropologie française : Les mémoires de la Société des observateurs de l'homme en l'an VIII*, Paris, Sycomore, 1978, 230 p.

³³³ Broca mettait ainsi sur le même plan l'observation des hommes, des plantes et des insectes, même si pour cette anthropologie physique, l'observation des mœurs était secondaire : « l'homme, cependant, n'est pas plus difficile à observer qu'une plante ou un insecte ; tout médecin, tout naturaliste, tout voyageur attentif et persévérant peut le mesurer et le décrire méthodiquement ». Paul Broca, *Instructions générales pour les recherches anthropologiques à faire sur le vivant*, Paris, G. Masson, 1879, p. 2.

sont dignes d'être évangélisés, qu'ils doivent être protégés des vices de la civilisation, et qu'il faut donc donner aux missions plus de moyens.

Les travaux de Maurice Leenhardt présentés au chapitre 1 sont les plus emblématiques de ces écrits ethnologiques sur la Nouvelle-Calédonie. Le père Lambert, mariste à Belep et à l'Île des Pins, fut un autre représentant de cette ethnologie missionnaire. Il est décrit par Patrick O'Reilly, un autre ethnologue missionnaire, comme « un savant, initié à la conchyliologie par le père Montrouzier, (...) doué profondément du sens de l'observation de l'homme, (...) précurseur de l'ethnologie »³³⁴. On voit bien dans ses écrits qu'il s'agit moins de procéder à un recueil naturaliste visant la constitution d'une science, que de convaincre de l'humanité des indigènes et légitimer ainsi le projet d'évangélisation. Pour le père Lambert, « la science anthropologique (...), ne peut que servir la religion, en appuyant les vraies traditions ». La quête du « vrai » sert, comme chez Leenhardt, à déceler les traces d'humanité du Kanak, à lui « assigner une place d'origine »³³⁵ et à « affirmer que le Néo-Calédonien est un homme, qu'on le considère au point de vue physique ou au point de vue moral et intellectuel »³³⁶ afin de montrer qu'il peut accéder à l'Évangile. Les descriptions évolutionnistes qui comparent les Kanaks aux peuples de l'Antiquité ont pour but de convaincre les autorités religieuses et coloniales afin d'« obtenir les moyens de conserver les populations indigènes et d'améliorer leurs conditions morales et matérielles d'existence »³³⁷. On retrouve cet objectif narratif dans la plupart des récits missionnaires³³⁸.

Pour accomplir ce projet, le révérend MacFarlane, s'ingénie à trouver dans chaque récit mythique recueilli à Lifou un équivalent du récit biblique : ainsi de la légende du vieux Nol, qui ressemble selon lui à la légende de Noé, ou encore de la construction de tours de bois, qui lui évoque la tour de Babel, ou enfin du récit de l'offrande des ignames au chef dont les nombreuses morts qui l'accompagnent l'amènent à considérer ce récit comme un écho du péché originel et à conclure à une affinité singulière entre traditions de Lifou et chrétienté³³⁹.

³³⁴ Patrick O'Reilly, « Introduction » dans *Moeurs et Superstitions des Néo-calédoniens, Père Lambert*, Nouméa, Société d'études historiques de la Nouvelle-Calédonie, 1976, p.

³³⁵ Père Lambert, *Moeurs et Superstitions des Néo-calédoniens*, Nouméa, Société d'études historiques de la Nouvelle-Calédonie, 1976, p. I.

³³⁶ *Ibid.*, p. III.

³³⁷ *Ibid.*, p. V-VI.

³³⁸ On peut aussi mentionner l'ingénieur Frederick Alexander Campbell, fils de missionnaire, qui débute son récit de voyage en imposant un pacte de lecture similaire : il y a pour lui urgence à « dire le vrai » face aux accusations « d'indolence et d'inutilité » dont font l'objet les insulaires, et il se sent tenu de témoigner pour rétablir ce qu'il considère être la vérité au sujet des insulaires rencontrés aux Nouvelles Hébrides et aux Loyauté. F. A. Campbell, *A Year in the New Hebrides, Loyalty Islands, and New Caledonia*, Melbourne, George Robertson, 1873, p. 3.

³³⁹ S. MacFarlane, *The Story of the Lifu Mission*, *op. cit.*, p. 19-21.

Dans une toute autre approche, et à partir d'une observation plus rigoureuse, Emma Hadfield entend elle aussi donner à voir les qualités des habitants des Loyauté dans un ouvrage constituant le premier travail ethnologique sur Lifou, où elle séjourne avec son époux le révérend Hadfield de 1886 à 1920. Vingt ans avant Leenhardt, Emma Hadfield, s'appuyant sur les conseils du British Museum, ambitionne de comprendre le monde kanak par une observation assidue de ses pratiques. Elle apprend pour cela le *drehu* et recueille un ensemble considérable de coquillages et d'objets d'artisanat. Elle décrit aussi les rituels, les récits mythiques et fournit un ensemble d'observations sur l'habitat, les pratiques horticoles, alimentaires ou médicales. La valeur ethnographique de son travail, consigné dans *Among the Natives of the Loyalty Group*³⁴⁰ est considérable. La description des pratiques socioculturelles, aussi minutieuse que la collecte des objets, entend dépeindre les caractéristiques psychologiques et intellectuelles des habitants de Loyauté. Ainsi en va-t-il des récits sur les pratiques de navigation et de l'astronomie, dans laquelle se révèlent le talent et les aptitudes des habitants des Loyauté, contre tout préjugé³⁴¹, ce qui lui permet de participer du plaidoyer en faveur de l'évangélisation des Kanaks qu'elle décrit comme étant au moins si ce n'est plus intelligents que les Occidentaux³⁴². Enfin, le propos qui clôt ses descriptions est un appel à la compréhension et à la charité du lecteur, qui ne saurait dénier plus longtemps les qualités naturelles qu'elle décrit (l'abnégation, le sens de l'humour, la politesse, la gentillesse, l'honnêteté), des qualités qui, comme dans les écrits de Leenhardt, sont selon elle mises en péril par les vices de la civilisation³⁴³.

Ce que dessinent en filigrane ces récits, pris dans l'exigence de rétablir l'humanité des peuples à évangéliser, cherchant une vérité qui s'accorde à cet objectif, mais aussi cherchant une légitimité dans leur projet évangéliste, ce sont des lignes de partage entre deux civilisations. Ces lignes, qui reposent sur des conceptions de l'ordre et du désordre, vont marquer durablement la compréhension des pratiques socioculturelles et l'organisation sociopolitique à Lifou.

³⁴⁰ E. Hadfield, *Among the Natives of the Loyalty Group*, op. cit.

³⁴¹ *Ibid.*, p. 104-115.

³⁴² *Ibid.*, p. 28-29.

³⁴³ *Ibid.*, p. 221-222.

Mesures et partages missionnaires sur les Îles Loyauté

Plusieurs partages s'opèrent sous le regard missionnaire. Tout d'abord, bien que ces récits insistent sur l'humanité des indigènes des Loyauté, de la Grande Terre, des Nouvelles Hébrides ou encore de Polynésie, c'est une humanité entachée par les fléaux du paganisme, qui font l'objet de nombreuses descriptions visant principalement les pratiques rituelles. Pour MacFarlane, il faut délivrer les « païens » de « l'obscurité » que représentent les « horreurs du cannibalisme », « l'avalissante idolâtrie », les « atrocités d'un cruel despotisme »³⁴⁴ et qui se manifestent par ce que MacFarlane décrit comme de constantes guerres, fêtes, danses ainsi que par la polygamie³⁴⁵. En matière de pratiques thérapeutiques, cette entreprise de distinction prendra une tournure radicale qui est examinée en détail dans la section suivante. Le regard missionnaire s'essaie à des nuances, nuances toutefois fondées sur une hiérarchisation des peuples observés : ceux-ci sont classés, distingués, comparés, ces comparaisons hasardeuses ne se recoupant pas toujours. Campbell considère les habitants des Loyauté comme les « pires parmi les tribus païennes »³⁴⁶ – mais pour aussitôt affirmer qu'ils sont devenus les meilleurs chrétiens de ces tribus – tandis qu'Hadfield insiste sur leur gentillesse, leur bonté innée et leur sens moral³⁴⁷. Leurs connaissances techniques, leur paresse ou leur vigueur, leur apparence physique sont aussi soupesées et évaluées. Hadfield distingue les habitants des Loyauté de ceux de la Grande Terre de Nouvelle-Calédonie : elle loue chez les Loyaltiens le goût pour le rire, là où les Néo-Calédoniens sont décrits comme dotés d'un tempérament amer et maussade³⁴⁸. MacFarlane quant à lui procède à une comparaison systématique des savoirs des habitants des Loyauté avec ceux qu'il a observés aux Nouvelles Hébrides : les pirogues de Lifou sont « inférieures », leurs maisons sont en revanche « supérieures »³⁴⁹.

Outre ces distinctions naturalistes qui hiérarchisent les peuples indigènes sur le modèle du racisme scientifique colonial, le regard missionnaire s'attache aussi à distinguer les différents apports de la civilisation européenne, opérant d'autres partages dans lesquels l'influence néfaste de la civilisation est incarnée par le mercantilisme des navires commerçants et la violence de l'administration coloniale française. Pour sortir du paganisme et mettre en valeur l'humanité de ces hommes, encore faut-il les préserver de ces vices, qui apparaissent aux yeux

³⁴⁴ S. MacFarlane, *The Story of the Lifu Mission*, op. cit., p. 22-25.

³⁴⁵ *Ibid.*, p. 6.

³⁴⁶ F.A. Campbell, *A Year in the New Hebrides, Loyalty Islands, and New Caledonia*, op. cit., p. 134.

³⁴⁷ E. Hadfield, *Among the Natives of the Loyalty Group*, op. cit., p. 24.

³⁴⁸ *Ibid.*, p. 7.

³⁴⁹ S. MacFarlane, *The Story of the Lifu Mission*, op. cit., p. 16.

des missionnaires comme pires que le paganisme. Ces vices sont incarnés par des hommes que tout distingue de la mission, notamment les *beachcombers* [écumeurs des grèves]³⁵⁰ qui commencent à parcourir les îles du Pacifique à partir des années 1820, pour représenter une population d'environ 2000 personnes dans les années 1850³⁵¹. Un quart d'entre eux se seraient échappés des bagnes d'Australie et, avec les commerçants, ils représentent aux yeux des missionnaires une influence à combattre, en particulier pour l'alcool qu'ils amènent dans les îles. Le missionnaire américain Alexander consacre un chapitre entier d'*Islands of the Pacific* à ces influences qui « décivilisent »³⁵². Il ajoute que les vices du paganisme sont mêmes aggravés par ce qu'apportent de « nouveaux venus plongés dans toutes les formes de la débauche », qui appartiennent « aux pires classes des communautés civilisées »³⁵³. A Lifou, le marin déserteur « Cannibal Charley », protégé du grand chef Boula, est aussi décrit comme un « exemple consternant et humiliant de la dépravation la plus irresponsable »³⁵⁴. En certains endroits de l'archipel, les santaliens semblent avoir été les premiers adversaires des missionnaires et rendirent leur arrivée difficile, si bien que l'évangélisation ne put s'étendre qu'après leur départ³⁵⁵.

Quelques années plus tard, Hadfield décrit à Lifou une population qui a délaissé les cultes païens pour embrasser des vices bien pires comme l'alcool, « démon de l'homme blanc »³⁵⁶, que les insulaires consomment « jusqu'à l'intoxication »³⁵⁷. A ces problèmes s'ajoute l'introduction de pratiques européennes inadaptées : le port de vêtements européens ne s'accorde pas au climat et aggrave les épidémies, tandis que les produits alimentaires introduits affaiblissent la condition physique des insulaires³⁵⁸.

Enfin, le *Blackbirding* est dénoncé sans relâche par les missionnaires. Les habitants des Loyauté, comme ceux d'un certain nombre d'îles du Pacifique sont alors quasiment enlevés par les *blackbirders* pour travailler dans les plantations de canne à sucre du Queensland. La

³⁵⁰ Dans *A Voyage Around the World, From 1806 to 1812*, Archibald Campbell décrit ces flibustiers, qui ont été débarqués par les navires américains, ou qui se sont échappés des bagnes d'Australie, cherchant à faire fortune dans les îles des mers du sud. Ils sont sous sa plume « oisifs et dissolus, s'alcoolisant dès que l'occasion se présente » et constituent donc un fléau.

³⁵¹ Claire Laux, « Les Missionnaires et les autres : les acteurs de la première évangélisation de l'Océanie face aux autres Occidentaux », *Histoire et missions chrétiennes*, 2011, n° 4, p. 25.

³⁵² James M. Alexander, *The Islands of the Pacific: From the Old to the New: a Compendious Sketch of Missions in the Pacific*, New York, American Tract Society, 1895, p. 12-24.

³⁵³ *Ibid.*, p. 30.

³⁵⁴ Archibald W. Wright Murray, *Missions in Western Polynesia: Being Historical Sketches of these Missions, from their Commencement in 1839 to the Present Time*, Londres, John Snow, 1863, p. 28.

³⁵⁵ D. Shineberg, *They Came for Sandalwood: A Study of the Sandalwood Trade in the South-West Pacific 1830-1865*, *op. cit.*, p. 13.

³⁵⁶ E. Hadfield, *Among the Natives of the Loyalty Group*, *op. cit.*, p. 217.

³⁵⁷ *Ibid.*

³⁵⁸ *Ibid.*, p. 217-218.

plupart des témoignages missionnaires de l'époque dénoncent la violence du *blackbirding* et Campbell lui consacre un chapitre entier dans son livre³⁵⁹ pour réclamer sa suppression au lieu des tentatives de réglementation. Même s'il dénonce les conditions iniques de recrutement et les « effrayantes atrocités » dont font l'objet les insulaires, on notera que sa critique vise aussi à dénoncer les influences néfastes qu'ils rencontrent dans les plantations³⁶⁰. Ces récits déplorant l'influence de l'Occident dessinent deux phénomènes. D'une part, on y lit les motivations sous-jacentes de ces missionnaires ayant quitté l'Europe ou la Nouvelle Angleterre qui, inspirés du « second réveil chrétien » (1790-1840), cherchent un nouveau souffle face à l'affaiblissement de la vie spirituelle dans les milieux occidentaux qui se déchristianisent peu à peu³⁶¹. L'évangélisation hors des sociétés occidentales, parallèle à l'expansion de l'Empire britannique, est alors considérée comme partie intégrante du devoir chrétien : il faut faire œuvre de « bienveillance désintéressée et sauver par la conversion les païens des influences viles de l'Occident »³⁶². D'autre part, ces récits constituent les prémices rhétoriques de ce que sera l'historiographie du *Fatal Impact*.

Statut singulier de Lifou et de ses habitants

Des récits missionnaires se dégage un portrait des habitants de Lifou qui participe encore de la représentation qu'en ont tant les Kanaks que les Européens. Les Kanaks de Lifou sont représentés comme ayant été épargnés par les troubles coloniaux, rapidement évangélisés. Ils sont aussi décrits comme des recrues exemplaires de la mission et donc rapidement mobilisés pour étendre l'évangélisation. Cette représentation favorisa la place décrite plus haut dans les stratifications professionnelles, au détriment des Kanaks de la Grande Terre. Non concernés par les spoliations foncières et donc par les guerres coloniales, ils constituèrent une main d'œuvre appréciée par les colons et les entreprises minières sur la Grande Terre – ou, aujourd'hui, ils sont plus facilement recrutés à des postes stratégiques dans les administrations ou les entreprises.

Lifou fut choisi pour héberger la première école de formation pastorale, Béthanie, au lieu de Maré où il y avait trop de conflits. A partir de cet épice centre protestant, de la même façon que

³⁵⁹ F.A. Campbell, *A Year in the New Hebrides, Loyalty Islands, and New Caledonia*, op. cit., p. 204-213.

³⁶⁰ *Ibid.*, p. 211.

³⁶¹ P.M. Fizin, « Les *teachers* du Pacifique au XIX^e siècle ou l'émergence d'une nouvelle élite océanienne entre tradition et modernité », art cit, p. 140-141.

³⁶² *Ibid.*, p. 141.

les insulaires polynésiens furent utilisés stratégiquement pour l'évangélisation des autres îles du Pacifique³⁶³, les habitants des Loyauté furent les avant-gardes de l'évangélisation sur la Grande Terre. Ils tinrent donc un rôle stratégique, puisque les Britanniques ne pouvaient pas s'y rendre. Dans un premier temps, les *teachers* ou encore *natas*³⁶⁴ que MacFarlane forma furent mis à contribution pour faire appliquer le code Boula. Selon Leenhardt, ils firent preuve d'une grande déférence à l'égard des pasteurs³⁶⁵. Puis ils furent rapidement envoyés ailleurs dans le Pacifique et sur la Grande Terre : entre 1849 et 1858, quarante hommes de Lifou sont envoyés à Auckland et quatre à Rarotonga en 1859. En 1871, trente-et-un hommes furent envoyés avec leurs épouses en Nouvelle-Guinée – ils y restèrent ou revinrent pour devenir assistant pasteur dans leur île. La mobilité de ces catéchistes des Loyautés marque également une différence significative avec les Kanaks de la Grande Terre. Les *natas* et leurs épouses purent s'installer sur la Grande Terre à partir de 1899, malgré l'opposition de nombreux colons³⁶⁶. Ainsi, certaines catégories de Kanaks des Loyauté bénéficièrent d'une place singulière aux côtés des Kanaks de la Grande Terre, en jouissant d'une plus grande liberté de circulation.

A partir de 1902, les *natas* furent accueillis à Do Neva, la mission fondée par Leenhardt à Houaïlou, où ils restèrent majoritaires dans la composition de l'école pastorale. Dans *La Grande Terre*, Maurice Leenhardt mentionne à plusieurs reprises ces *natas*, dont les descriptions diffèrent de celles des Kanaks de la Grande Terre : pour Leenhardt, les Loyaltiens moins touchés par la colonisation seraient dotés d'un esprit neuf susceptible d'amener de l'espoir aux Kanaks de la Grande Terre. Ils auraient aussi une meilleure capacité à s'inscrire dans un pays, comme en atteste selon Leenhardt leur aptitude à nommer leur île, qui les distinguerait des autres Kanaks³⁶⁷. On retrouve ainsi dans les récits missionnaires comparant les différents insulaires rencontrés dans les voyages évangélistes l'idée d'un statut singulier des habitants des Loyauté, entre autre lié à leur rapport distant à la colonisation³⁶⁸. Le fait même que les observateurs européens les désignèrent sous

³⁶³ C'est l'idée du révérend John Williams depuis 1921, qui invoque des raisons logistiques, démographiques et géographiques. *Ibid.*, p. 145.

³⁶⁴ *Natas*, terme *nengone* (langue de Maré), est l'expression la plus retrouvée. Le terme *drehu hna acilèn* est moins usité. *Ibid.*, p. 139.

³⁶⁵ Maurice Leenhardt, *La Grande Terre*, Paris, Société des Missions Evangéliques, 1909, p. 86.

³⁶⁶ Sylvette Boubin-Boyer, « La Part des femmes dans l'évangélisation de la Mélanésie », *Histoire et missions chrétiennes*, 2011, n° 4, p. 80.

³⁶⁷ M. Leenhardt, *La Grande Terre*, *op. cit.*, p. 54-55, 72.

³⁶⁸ Ce statut singulier est relevé par exemple par J. MacMillan Brown dans *Aboriginal Decay in Pacific Ocean* : le déclin partout observé dans le Pacifique et notamment sur la Grande Terre n'est pas constaté dans les Loyauté. Le titre du paragraphe consacré aux Loyauté est même « Infusion of new culture not always source of decay ». J.

l'appellation commune de « Loyaltiens », « Canaques des îles Loyauté » ou « insulaires », témoigne selon Elsa Faugère du regard distinct qui était porté sur eux³⁶⁹. Cette singularité dans la représentation de Lifou et de ses habitants était telle que le gouverneur Feillet envisagea de faire des Îles Loyauté un modèle pour les tribus de la Grande-Terre, sans aller jusqu'à voir que cet « idéal » ne pouvait être transposable, puisque ces îles avaient échappé aux néfastes effets des spoliations foncières³⁷⁰.

Il faut toutefois relativiser la confiance accordée aux insulaires, qui est par exemple limitée par le paternalisme des missionnaires : comme avec les *teachers* polynésiens, on estime que leur travail doit être limité dans le temps et que, une fois le travail pionnier accompli, ce sont des missionnaires européens qui doivent diriger les institutions nouvellement fondées³⁷¹. Il n'y eut donc pas de véritable ordination d'un pasteur kanak avant 1877, ni de prêtre catholique kanak avant 1946³⁷².

Mises en ordre langagières des missionnaires

Pour saisir les politiques de l'expérience propres à l'expansion coloniale, il faut aussi observer les combats symboliques et pragmatiques qui viennent se disputer le « contrôle des consciences », pour reprendre la formule de Jean et John Comaroff³⁷³. Outre la disciplinarisation des corps avec le code Boula, les missionnaires procédèrent à des mises en ordre symboliques. L'ordonnement du monde kanak selon les moralités missionnaires se fit aussi par le biais linguistique. En effet, comme le relèvent Jean et John Comaroff, les mots constituent pour les missions protestantes le support de la conversion³⁷⁴. Leur force permet à la religion de s'introduire en profondeur dans les consciences dans le but d'y dissoudre le paganisme. Les Comaroff décrivent ainsi la centralité de la colonisation du langage dans la

MacMillan Brown, « Aboriginal Decay in the Pacific Ocean », *Journal of Race Development*, 1916, vol. 6, n° 3, p. 281.

³⁶⁹ E. Faugère, « La fabrique identitaire dans les îles Loyauté », art cit, p. 630.

³⁷⁰ A. Saussol, *L'Héritage. Essai sur le problème foncier mélanésien en Nouvelle-Calédonie*, op. cit., p. 304.

³⁷¹ Le Révérend Murray considère que la « sagesse pratique » indispensable à cette tâche est réservée aux Européens A.W.W. Murray, *Missions in Western Polynesia: Being Historical Sketches of these Missions, from their Commencement in 1839 to the Present Time*, op. cit., p. 312, 345. Cité par Raeburn Lange, *Indigenous Leadership in Nineteenth Century Pacific Islands Christianity*, Canberra, Macmillan Brown Centre for Pacific Studies, 2005, p. 235.

³⁷² R. Lange, *Indigenous Leadership in Nineteenth Century Pacific Islands Christianity*, op. cit., p. 238.

³⁷³ J.L. Comaroff et J. Comaroff, *Ethnography and the Historical Imagination*, op. cit.

³⁷⁴ *Ibid.*, p. 250.

domination symbolique des Tswana par les Britanniques³⁷⁵. Les protestants s'approprièrent les vocables indigènes pour les incorporer au projet évangélique³⁷⁶. Dans le contexte d'un ordre colonial néerlandais et britannique, le néerlandais s'imposa pour les termes liés aux expériences du travail et de la prison, associées aux relations avec les boers, et l'anglais s'imposa pour les termes liés à la mission.

A Lifou, des mots *drehu* furent aussi réappropriés dans le processus d'évangélisation, en même temps que des termes anglais entrèrent dans le vocabulaire courant. Fizin considère les réformes linguistiques comme le troisième pilier du système théocratique qui s'établit alors, puisqu'elles contribuèrent selon lui à refonder la cosmogonie³⁷⁷. Ainsi du terme *haze*, qui désigne au départ une pluralité de divinités, mais que reprend Fao pour traduire Dieu : *Ca Haze* [un Dieu], autrement dit le rassemblement de la puissance dans une entité dont les pouvoirs surpassent ceux des *haze*. Le *Ca Haze* revêt alors plusieurs des potentialités que permet l'idée de *haze* : d'une part, l'unique dieu vient rassembler la puissance de la pluralité des *haze* ; d'autre part, l'idée selon laquelle les *haze* sont l'émanation de la puissance [*men*], de leur détenteur ; enfin l'affiliation du *haze* aux *angajoxue*³⁷⁸. Fizin mentionne aussi le *hnengödrai*, qui désigne à la fois la résidence divine, le ciel, mais aussi l'espace résidentiel de Boula à Mou³⁷⁹.

Inversement, l'introduction de nombreux termes anglais dans le vocabulaire *drehu* traduit l'arrivée des matérialités et moralités de la mission³⁸⁰. En analysant l'inventaire des termes étrangers fait par Maurice Lenormand, on constate que, tandis que les emprunts à l'hébreu se limitèrent à la traduction des mots propres au récit biblique³⁸¹, l'anglais s'imposa pour toutes les matérialités introduites : animaux domestiques³⁸², denrées et objets introduits à l'intérieur

³⁷⁵ John L. Comaroff et Jean Comaroff, *Ethnography and the Historical Imagination*, Boulder, Westview Press, 1992, p. 251

³⁷⁶ Ils relèvent par exemple comment le mot *badino*, qui désigne en *tswana* les ancêtres, sert à traduire les démons bibliques. Selon eux, cet usage fait violence autant à l'usage biblique qu'à l'usage *tswana* et, en même temps que les *tswanas* apprirent la relativité de ce terme, de nouvelles significations vinrent le recouvrir en l'associant à l'église. J.L. Comaroff et J. Comaroff, *Ethnography and the Historical Imagination*, op. cit., p. 252.

³⁷⁷ P.M. Fizin, *Lifou 1793 – 1923 : histoire des contacts entre kanak et européens*, op. cit., p. 77.

³⁷⁸ Plus tard, le terme *Akotresi* sera utilisé plus fréquemment que celui de *Haze*.

³⁷⁹ P.M. Fizin, *Lifou 1793 – 1923 : histoire des contacts entre kanak et européens*, op. cit., p. 79.

³⁸⁰ Claire Moyse et Maurice Lenormand relèvent tous deux la facilité avec laquelle le *drehu*, langue agglutinante, s'approprie de nouveaux vocables issus des langues polynésiennes, puis anglaises, hébraïques, françaises. Je m'appuie pour le passage qui suit essentiellement sur le dictionnaire de Lenormand. Claire Moyse-Faurie, *Le Drehu : langue de Lifou (îles Loyauté). Phonologie, morphologie, syntaxe*, Paris, Société d'études linguistiques et anthropologiques de France, 1983, 212 p ; Maurice H. Lenormand, *Dictionnaire de la langue de Lifou. Le Qene Drehu*, Nouméa, Le Rocher à la voile, 1999, p. 63.

³⁸¹ Aigle, agneau, myrte, rat, cerf, renard, pharisien, sépulcre, enfer, jehova, épeautre, lépreux, rouet, ivraie, psaume, etc.

³⁸² Chat [*bus*, issu de *pussy*], chèvre [*gootr*, issu de *goat*], cheval [*hos*, issu de *horse*], vache [*kau*, issu de *cow*]

du foyer³⁸³. L'anglais vint aussi marquer les reconfigurations spatiales³⁸⁴ en désignant de nouveaux espaces, la création de fonctions sociopolitiques nouvelles³⁸⁵, l'introduction des pratiques hygiénistes³⁸⁶, ou encore les valeurs morales introduites et les formes de correction associées³⁸⁷.

Cet examen du vocabulaire, qui soit emprunte à l'anglais, soit au contraire se soumet aux impératifs évangéliques, montre comment dans les matérialités du quotidien s'inscrivent les valeurs morales qui accompagnent la domination symbolique de la religion et de la colonisation. Il témoigne en somme de « l'impérialisme idéologique bienveillant »³⁸⁸ propre à l'évangélisation. Dans le contexte de Lifou, on y perçoit aussi la conjonction des pouvoirs de la mission et de ceux de la chefferie pour réformer l'organisation sociale et se renforcer réciproquement.

Le partage des savoirs thérapeutiques, magiques et sorciers

Le regard porté par les missionnaires sur la santé et la médecine des peuples à évangéliser pose un autre grand partage sur les savoirs et pratiques de ceux-ci. Le besoin impérieux de « dire le vrai » s'accompagne de l'élimination de tout ce que les missionnaires considéraient comme relevant de la croyance païenne. Ils délimitèrent ainsi ce qui relevait de la superstition pour la soustraire à la rationalité qu'ils entendaient mettre en œuvre dans leur narration. Ce mouvement apparaît dans les choix d'écriture, par exemple dans le pacte narratif que propose MacFarlane :

« Après chaque sujet, je donnerai, s'il y a lieu, dans un chapitre à part, l'exposé des pratiques superstitieuses qui auraient pu entraver la marche naturelle du récit »³⁸⁹

³⁸³ Lit [*beedr*, issu de *bed*], beurre [*batra*, issu de *butter*], four [*beka*, issu de *baker*], balai [*burum*, issu de *broom*], cruche [*djööök*, issu de *jug*], plancher [*drik*, issu de *deck*], pain [*falawa*, issu de *flour*], fourchette [*fok*, issu de *fork*], verre [*galass*, issu de *glass*], café [*kofi*, issu de *coffee*], cuisine [*kecen*, issu de *kitchen*], vin [*waina*, issu de *wine*], crayon [*penisil*, issu de *pencil*]

³⁸⁴ L'emplacement du temple [*eika*, issu de *acre*], le jardin [*gadran*, issu de *garden*]

³⁸⁵ Médecin [*drokotre*], moniteur [*dic*], président [*ciama*], catéchumène [*junia*, issu de *junior*], membre d'une commission de l'église protestante [*kometi*, issu de *committee*], missionnaire [*misi*, *misinare*], moniteur [*monitra*], évêque [*pishop*, issu de *bishop*].

³⁸⁶ Laver [*was*, issu de *wash*], baignoire [*tup*, issu de *tub*]

³⁸⁷ L'épreuve [*itrupath*, issu de *true path*], fou [*karage*, issu de *cranky*], paresseux [*leize*, issu de *lazy*], rassembler [*mustere*, issu de *muster*], chants de tempéances [*tapara*], démon [*temoni*, issu de *demon*], la prison [*kalabus*, issu de *calaboose*].

³⁸⁸ J.L. Comaroff et J. Comaroff, *Ethnography and the Historical Imagination*, op. cit., p. 252.

³⁸⁹ S. MacFarlane, *The Story of the Lifu Mission*, op. cit., p. IV.

De son côté, Emma Hadfield insiste sur l'importance des « superstitions » et sur la mentalité « saturée d'une croyance ferme dans les agencements surnaturels »³⁹⁰. Elle en fait la motivation principale de l'honnêteté qu'elle observe chez les habitants de Lifou puisque ces croyances préviendraient des comportements répréhensibles en suscitant la crainte de représailles sous forme de sorts jetés ou d'accusations de sorcellerie³⁹¹. Hadfield en fait donc un rouage des enjeux de pouvoir et de la régulation de la conflictualité de la société qu'elle observe³⁹², même si son propos essentiellement descriptif reste marqué par l'interrogation³⁹³, et qu'elle considère ces « superstitions » comme résultant de la simplicité d'esprit des insulaires³⁹⁴ et comme vouées à disparaître face aux progrès de l'Évangile.

Les choix faits dans la composition du récit, qui distinguent les pratiques thérapeutiques des pratiques rituelles, sont indicatifs du grand partage qui s'opère sous le regard missionnaire. Chez Hadfield, un chapitre entier est ainsi consacré aux charmes, présages et totems : pierres de magie, fétiches, empoisonnements, pouvoirs des *trene haze* [détenteurs de *haze*, sorciers], accusations de sorcellerie³⁹⁵. Les autres pratiques thérapeutiques sont décrites dans un autre chapitre consacré aux pratiques de naissances, mariages et deuils. La précision des descriptions des naissances et des soins encadrant les nouveau-nés indiquent la proximité d'Emma Hadfield avec les femmes kanakes. En outre sa connaissance des maux et des plantes utilisées témoignent de son immersion dans la société kanake et, de façon plus générale, de la place prise par les missionnaires dans les soins de santé primaire, même si cette place reste encadrée par les valeurs morales de la posture évangélisatrice. Alors que MacFarlane se contente de constater l'importance de la purge, qu'il considère comme le point central de la thérapeutique kanake³⁹⁶, Hadfield montre la diffusion des savoirs sur les plantes dans l'ensemble de la société kanake³⁹⁷, mais elle décrit peu l'usage de ces plantes qui sont selon elle supplantées par les médicaments européens – sans qu'elle sache si elles auraient été

³⁹⁰ E. Hadfield, *Among the Natives of the Loyalty Group*, *op. cit.*, p. 143.

³⁹¹ *Ibid.*, p. 24.

³⁹² Elle mentionne deux exemples d'accusations de sorcellerie ayant conduit au suicide de l'accusé *Ibid.*, p. 145, 147.

³⁹³ Elle reconnaît ne pas comprendre la source des accusations.

³⁹⁴ E. Hadfield, *Among the Natives of the Loyalty Group*, *op. cit.*, p. 167.

³⁹⁵ *Ibid.*, chapitre 9, p. 143-169.

³⁹⁶ MacFarlane réduit la pharmacopée kanake à la pratique de la purge et ne décrit aucun autre médicament, qu'il considère comme extrêmement simple. Son regard qui passe à côté de la complexité des pharmacologies kanakes témoigne de l'extériorité du missionnaire, moins proche des insulaires que ne le sera Hadfield. S. MacFarlane, *The Story of the Lifu Mission*, *op. cit.*, p. 14.

³⁹⁷ E. Hadfield, *Among the Natives of the Loyalty Group*, *op. cit.*, p. 76.

oubliées peu à peu ou si elles auraient perdu de leur pouvoir³⁹⁸. La dextérité dans les pratiques chirurgicales comme les trépanations ou les amputations, est aussi décrite par Hadfield.

Ainsi, ce qui relève de la « superstition », des croyances, des charmes ou de la sorcellerie est renvoyé dans un chapitre séparé et est décrit en filigrane de l'implantation de la religion chrétienne qui doit les éradiquer³⁹⁹. Un partage similaire s'opère dans les compétences thérapeutiques. Hadfield indique que les *trene drösinöe* [guérisseurs, détenteurs de plantes] appartiennent à une « classe distincte » de celle des *trene haze* [sorciers, détenteurs de *haze*] qu'elle traduit par sorciers et qui manipulent les esprits et les démons⁴⁰⁰. Pourtant, les *trene haze*, sous la plume d'Hadfield, travaillent également à partir de « médicaments » [*medicines*]⁴⁰¹ et elle note même le croisement des thérapeutiques des *trene haze* et des *trene drösinöe* : « parfois les deux arts semblaient se rejoindre, et l'élément magique était introduit dans la pratique ordinaire de la médecine »⁴⁰². Comme l'a relevé Marie Lepoutre, il existe une relation dynamique entre les savoirs thérapeutiques apparentés au mal et ceux apparentés au bien⁴⁰³. Les missionnaires et la colonisation ont donné aux manipulateurs de plantes qui se distinguaient des *trene haze* un caractère positif et légitime et introduit une opposition entre bien et mal qui ne recouvre pas la pluralité des pratiques thérapeutiques. Ce partage se retrouve de façon contemporaine dans la représentation de soi faite par les guérisseurs et dans les dynamiques de patrimonialisation des savoirs ethnomédicaux (cf. chapitre 4).

Cette séparation des savoirs thérapeutiques et rituels est indicative du grand partage dans lequel s'inscrivent ces missionnaires, qui rejoint celui duquel procèdent les travaux fondateurs de l'anthropologie médicale. Les premiers anthropologues ayant observé des faits magiques ont opposé le rationalisme scientifique des sociétés occidentales aux pratiques occultes et magiques des sociétés primitives qu'ils observaient, la magie reposant selon eux sur des idées inexactes de la causalité⁴⁰⁴. Le domaine de la maladie se prête tout particulièrement à ce type de réduction. Ainsi, la description de la dimension religieuse et magique de la maladie dans les travaux de Rivers et Ackerknecht aboutit aussi à des systèmes relativement fermés et

³⁹⁸ *Ibid.*, p. 205.

³⁹⁹ Hadfield décrit par exemple le pouvoir des *pao* [colliers de coquillages] possédés par certains, mais qu'elle a pourtant pu acquérir à moindre coût car ceux-ci auraient perdu leur pouvoir depuis l'arrivée de l'évangile. *Ibid.*, p. 150.

⁴⁰⁰ *Ibid.*, p. 198.

⁴⁰¹ *Ibid.*, p. 149.

⁴⁰² *Ibid.*, p. 198.

⁴⁰³ Marie Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfentement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, EHESS, Marseille, 1997, p. 237.

⁴⁰⁴ Lucien Lévy-Bruhl, *La Mentalité primitive*, Paris, Librairie Félix Alcan, 1922, 537 p ; Edward Burnett Tylor, *Primitive Culture: Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Art, and Custom*, Londres, J. Murray, 1871, vol.2.

dualistes de classification des étiologies de la maladie, qui se contentent de distinguer maladies naturelles et surnaturelles⁴⁰⁵. Turner participe également de cette forme de partage quand il distingue au sein des rituels de guérison entre empirique et magique⁴⁰⁶.

Or, comme le relève Marc Augé ce type de grand partage relève d'une « conception dualiste ethnocentrée » qui opposerait dans les systèmes de classifications indigènes un domaine relevant du magico-religieux et un domaine relevant de l'empirico-rationnel⁴⁰⁷. Ce regard qui cisèle le réel ne permet pas de saisir les classifications locales puisque par exemple, comme Hadfield en a eu l'intuition, l'efficacité des plantes n'est jamais détachée d'un contexte. En outre, un tel partage postule d'emblée l'inaptitude des indigènes à comprendre le principe de causalité. Il apparaît de façon caricaturale dans l'analyse faite par les premiers anthropologues de l'incompréhension du rôle fécondant du sperme⁴⁰⁸. Leenhardt pense ainsi que les Kanaks n'ont pas saisi la relation de causalité entre l'acte sexuel et la grossesse, théorie dite « du père roborateur » que déconstruira plus tard Christine Salomon⁴⁰⁹.

Salomon a aussi relevé un certain nombre de biais du même ordre dans les *Notes d'ethnologie* dans lesquelles Leenhardt propose une ébauche pertinente des représentations étiologiques, mais qui sépare pratiques religieuses magiques et pratiques thérapeutiques⁴¹⁰. Pour tous ces missionnaires, il s'agit sans cesse de combattre les premières : désignées comme des superstitions, souvent mal comprises et décrites de façon incomplète, elles doivent être remplacées par la religion chrétienne, qui accompagne la démarche positiviste médicale. Quant aux pratiques de soins, au mieux sont-elles décrites et évaluées au prisme de leur efficacité par Hadfield, mais elles sont la plupart du temps ignorées, comme c'est le cas chez Leenhardt et MacFarlane.

Au final, ces ethnologies missionnaires établirent les limites des savoirs et pratiques légitimes en même temps qu'elles ouvrirent l'espace dans lequel la médecine missionnaire put se

⁴⁰⁵ William Halse Rivers, *Medicine, Magic, and Religion: the Fitzpatrick Lectures delivered before the Royal College of Physicians of London in 1915 and 1916*, Londres, New York, Harcourt, Brace & Company, 1924 ; Erwin H. Ackerknecht, « Natural Diseases and rational Treatment in primitive Medicine », *Bulletin of the History of Medicine*, 1946, vol. 19, n° 5, p. 467-497.

⁴⁰⁶ Victor Turner, *Les Tambours d'affliction*, Paris, Gallimard, 1972.

⁴⁰⁷ Marc Augé, « L'Anthropologie de la maladie », *L'Homme*, 1986, n° 97-98, p. 83.

⁴⁰⁸ Jeanne Favret-Saada a montré l'importance de ces préjugés non seulement chez les folkloristes qui se sont intéressés à la sorcellerie comme Van Gennep, mais aussi dans des travaux tardifs de l'anthropologie sociale. Il faut attendre 1966 pour qu'Edmund Leach ne remette en question l'idée selon laquelle certains peuples méconnaîtraient la relation de causalité entre copulation et parturition. Jeanne Favret-Saada, *Les Mots, la mort, les sorts*, Paris, Gallimard, 1985, p. 19.

⁴⁰⁹ Christine Salomon, *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, Paris, Presses Universitaires de France, 2000, p. 39-43.

⁴¹⁰ L'analyse de Salomon porte sur les chapitres « Totems », « Dieux », « Magie » des *Notes d'ethnologie* de Leenhardt (1932). *Ibid.*, p. 13-14.

positionner. Elles consolidèrent aussi en partie le pouvoir religieux, en s'appropriant progressivement le monopole du savoir symbolique⁴¹¹ : après avoir dénigré les pratiques rituelles et les croyances qui leurs sont attachées, les missionnaires pouvaient poser les bases de la normalisation des pratiques médicales.

Avant d'aller plus loin dans l'examen des formes de la violence coloniale à Lifou, puis des pratiques médicales qui s'établirent en parallèle, j'examine désormais la postérité de ce régime discursif dans les travaux de Maurice Lenormand qui, disciple de Leenhardt, est à l'origine d'un important travail ethnologique dans lequel s'entrevoient les ambivalences des ethnologies missionnaires et leur rapport au colonial.

Maurice Lenormand, héritier à Lifou de l'ethnologie missionnaire de Leenhardt

Une place particulière doit être faite aux travaux de Maurice Lenormand étant donné le rôle qu'il joua dans la mise en valeur des savoirs ethnomédicaux de Lifou et dans la politique calédonienne. Disciple de Leenhardt, époux d'une femme originaire de Lifou⁴¹², homme politique engagé aux côtés des Kanaks, ses travaux proposent, avec ceux d'Emma Hadfield et de Jean Guiart, les observations ethnologiques les plus détaillées sur Lifou⁴¹³. Pharmacien et linguiste, c'est dans le domaine des savoirs ethnomédicaux que ses écrits sont les plus intéressants pour notre objet de recherche. C'est en les croisant avec son rôle politique que l'on comprend le mieux la particularité du régime épistémique dans lequel s'inscrivent les premiers travaux d'ethnologie néo-calédonienne. En effet, Maurice Lenormand fut l'un des fondateurs de l'Union Calédonienne (UC) en 1953, parti qui prônait l'entente entre Kanaks et Européens⁴¹⁴. Surnommé le « député des Canaques »⁴¹⁵, décrit par les autres Européens comme « encanaqué », il fut député de 1951 à 1964 et fit partie de ceux qui, dans l'UC,

⁴¹¹ Didier Fassin, *Pouvoir et maladie en Afrique : anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992.

⁴¹² Il épousa Simone Wapatra, fille adoptive de Jules Calimbre, originaire de Lifou. B. Trépied, *Une Mairie dans la France coloniale. Koné, Nouvelle-Calédonie, op. cit.*, p. 336.

⁴¹³ On aurait aussi pu passer au crible les travaux de Jean Guiart, mais ceux-ci n'abordent pas les savoirs médicaux et ont par ailleurs fait l'objet de critiques substantielles, par exemple dans l'article d'Alban Bensa et Eric Wittersheim, puis celui de Benoît Trépied et Eric Wittersheim. Alban Bensa et Eric Wittersheim, « Jean Guiart and New Caledonia: A Drama of Misrepresentation », *The Journal of Pacific History*, 1998, vol. 33, n° 2, p. 221-224 ; Benoît Trépied et Eric Wittersheim, « Une anthropologie au service de la réforme coloniale. Jean Guiart et l'Union française dans le Pacifique (1947-1957) », *Carnet de Bérose*, 2019, n° 11, p. 259-289.

⁴¹⁴ Le parti devint en 1977 un des principaux partis indépendantistes de Nouvelle-Calédonie.

⁴¹⁵ B. Trépied, *Une Mairie dans la France coloniale. Koné, Nouvelle-Calédonie, op. cit.*, p. 336.

pouvait incarner le slogan multiracial du parti⁴¹⁶. Fruit d'une quarantaine d'années passées à recueillir minutieusement des éléments de vocabulaire auprès de son épouse et d'autres informateurs de la tribu de celle-ci, son dictionnaire *drehu*-français de plus de 13 000 mots, extrêmement détaillé et assorti d'une présentation morpho-syntaxique, constitue un apport majeur pour les sciences sociales portant sur Lifou⁴¹⁷. Mais bien avant ce dictionnaire, Lenormand publia en 1950 un article sur la « connaissance du corps » des Kanaks à Lifou⁴¹⁸. Dans cet article, il reprend trait pour trait les considérations de Leenhardt et ses stéréotypes sur le monde kanak. Lenormand avait fait ses études de pharmacie et d'anthropologie linguistique océanienne à Paris sous la direction de Maurice Leenhardt en 1938, et il reprend explicitement dans cet article l'idée d'une absence d'individuation du corps et d'une émergence tardive de la notion de personne à Lifou. Par exemple, lorsqu'il y détaille avec précision le vocabulaire du corps en langue *drehu*, son insistance sur les formes sémantiques désignant les différentes formes d'enveloppe corporelle (du corps ou de certains organes) sert un propos tourné essentiellement vers l'idée d'une absence de conscience du corps. Comme chez Leenhardt, le vocable désignant le corps marque selon Lenormand avant tout sa fonction de support physique, le *ngönetrei* désignant la « forme », le « contour spatial du corps physique », son « armature fondamentale »⁴¹⁹. À l'intérieur du corps, la dimension de contenant est aussi mise en avant à travers les termes désignant la forme ou l'enveloppe : *itrei* (gaine, enveloppe, base, maintien), *itra* (ce qui enveloppe, enserme), ou encore *trenge* (corbeille, panier) dont est issu le terme *trengene* qui désigne les « contenants fibreux » tels que l'estomac, la vessie, le cœur ou l'utérus⁴²⁰. La précision des connaissances anatomiques des Kanaks de Lifou est bien relevée par Lenormand – qui ne l'explique toutefois que par les pratiques anthropophagiques – mais elle se limite aux enveloppes et à leur assemblage. L'ethnologue considère que les Kanaks ne sont pas à même d'avoir une connaissance fonctionnelle des différents éléments qui composent leur corps, puisqu'il leur dénie lui aussi l'aptitude au raisonnement causal.

« Le Lifou a une idée des fonctions physiologiques essentielles et il a des vocables pour désigner les actes qui les accompagnent, mais il se borne à des simples constats, car une

⁴¹⁶ *Ibid.*, p. 358.

⁴¹⁷ M.H. Lenormand, *Dictionnaire de la langue de Lifou. Le Gene Drehu*, op. cit.

⁴¹⁸ Maurice H. Lenormand, « Connaissance du corps et prise en compte de la personne chez le mélanésien de Lifou (îles Loyalty) », *Journal de la Société des Océanistes*, 1950, tome 6, p. 33-65.

⁴¹⁹ *Ibid.*, p. 35-36.

⁴²⁰ *Ibid.*, p. 36.

connaissance réelle des fonctions organiques nécessite un raisonnement de cause à effet dont le processus échappe à la pensée mélanésienne. »⁴²¹

Lenormand considère par ailleurs que les Kanaks n'auraient aucun intérêt pour le fonctionnement viscéral, étant donné que le ventre serait pour eux uniquement le siège des émotions :

« En fait, ce qui se passe au-dessous du niveau de l'estomac n'intéresse pas le Lifou, car il ne peut guère se rendre compte de cette chimie interne, le ventre *hni* l'intéresse surtout pour ce qu'il ressent sur le plan émotif, car il en a fait le réceptacle de ses émotions et le siège de sa pensée affective. »⁴²²

La conclusion qu'il tire ici est surprenante si l'on considère par ailleurs la précision et l'abondance du vocabulaire désignant les différents viscères, mais aussi au regard de la diversité des remèdes utilisés dans la médecine traditionnelle pour soigner les maux de ventre, qui indiquent une connaissance précise des fonctions et organes digestifs⁴²³.

Lenormand suit enfin la même logique quand il reprend sans distance l'idée du père roborateur formulée par Leenhardt selon laquelle « le Lifou [ignorerait] le rôle du sperme comme facteur de transmission de la vie et sa vertu fécondante »⁴²⁴. C'est donc comme étant dotés d'un corps dont ils n'ont pas vraiment conscience que sont dépeints les Kanaks de Lifou, un corps inscrit dans le monde qui l'entoure, participant entièrement à celui-ci – idée au cœur de *Do Kamo*. Lenormand reprend mot pour mot les passages de *Do Kamo* assimilant homme et arbre pour construire un long développement insistant sur la participation au monde végétal, minéral, mythique et social.

« Bien qu'il ait une bonne connaissance physique des parties du corps, ainsi qu'une vision esthétique des plans et des volumes dessinés, le Lifou, comme les autres mélanésiens, parvient mal à dégager la représentation de son propre corps du reste du monde végétal et minéral auquel il s'identifie parce qu'il y adhère et y participe. »⁴²⁵

Ou plus loin :

⁴²¹ *Ibid.*, p. 53.

⁴²² *Ibid.*, p. 54.

⁴²³ Ce dont attestent les travaux de Christine Salomon et de Marie Lepoutre, et mes interlocuteurs contemporains (chapitre 4).

⁴²⁴ M.H. Lenormand, « Connaissance du corps et prise en compte de la personne chez le mélanésien de Lifou (îles Loyalty) », art cit, p. 54.

⁴²⁵ *Ibid.*, p. 34.

« Physiquement, il ne se différencie pas du monde végétal et minéral auquel il participe et même s'identifie comme partie intégrale d'une même unité mythique du monde. »⁴²⁶

Dans ce développement, la dimension psychique et affective est entièrement corrélée à l'environnement, et l'individualité est considérée comme une seconde étape du développement de la personne et plus généralement de la société kanake, idée que l'on retrouvera plus loin dans les considérations ethnologiques sur la maladie mentale (cf. chapitre suivant). C'est ce que l'on comprend d'un examen plus détaillé de son propos :

« Sa vie affective n'est qu'une forme de son existence sociale (...), il se sent là encore participant toujours aux autres et (...) s'identifie à sa communauté humaine comme il s'identifie au monde végétal et minéral ; il ne parvient pas à dégager la notion de sa propre personne en se pensant comme unité isolable et isolée et même comme fraction d'un ensemble, car il ne peut se concevoir lui-même, sur le plan psychique, que par rapport au monde mythique où il vit et à la société dans laquelle il agit. (...) Il ne se connaît plus et ne peut plus se définir psychologiquement. »⁴²⁷

Puis Lenormand inscrit les Kanaks dans la même perspective évolutionniste que celle de Leenhardt, perspective que l'on relève à travers un abondant champ lexical du progrès, du développement, de la réalisation et de l'individuation. Cet idéal de réalisation de la personne et de la communauté s'inscrit aussi dans un positionnement politique spécifique :

« Le Lifou ne réalise donc pas son individualité psychologique, mais il parvient à dégager l'essence volontaire de l'esprit qui anime son corps physique. Il parvient à le séparer du domaine affectif intriqué dans la pensée mythique du groupe social et il constate ainsi qu'il a prise sur ses impulsions et que sa pensée, pour une part, est douée d'une autonomie qu'il ne doit qu'à l'activité de son esprit. Il connaît également le mécanisme de son fonctionnement et sa nature, car il a su le distinguer du corps et l'identifier. »⁴²⁸

La temporalité de l'énonciation indique une dynamique du changement indissociable du projet politique de Lenormand. De la même façon que les potentialités de changement mises en avant par Leenhardt devaient permettre une reconfiguration de l'entreprise coloniale. La lecture de Lenormand est marquée par son projet politique sous-jacent, tournée vers l'objectif de persuasion de la possibilité d'une autonomie de la société kanake.

⁴²⁶ *Ibid.*, p. 64.

⁴²⁷ *Ibid.*

⁴²⁸ *Ibid.*

« Le Lifou semble donc sur le chemin de la prise de conscience du moi. Au fur et à mesure que la cohésion sociale de l'antique communauté tribale s'effrite et s'amenuise, sa personne affective se circonscrit dans l'espace vital, sa mentalité mythique cède devant l'effort intellectuel et son être social diffus se polarise sur un nouvel axe : le corps, le cœur et l'esprit se rejoignant dans l'unité du moi. Alors la notion de sa propre personne se révèle à lui car il réalise progressivement qu'il peut penser ce qu'il veut qu'il fasse. »⁴²⁹

On notera que ce progrès de l'individu est le corollaire d'une évolution de la société, de l'effritement de « l'antique communauté tribale », une imagerie qui rapproche une fois de plus le propos de Lenormand de celui de Leenhardt, pour qui le mouvement d'individuation est un mouvement positif de réalisation de la personne. Il s'agit alors de trouver dans la personnalité kanake une prise conceptuelle pour élaborer un projet de société viable pour des communautés kanakes déjà bouleversées par la colonisation. Pour cela, il faut aussi s'appuyer sur l'affectif, « saisir un autre aspect du développement psychologique du Lifou et (...) constater, d'une façon plus ou moins analytique, dans quelle direction sa sensibilité sensorielle s'est étendue et dans quels domaines elle n'a pu s'affiner »⁴³⁰.

Mais là où Leenhardt trouve remède à cette difficulté dans l'Évangile, c'est dans le progrès laïc de la raison que Lenormand pose le salut de la personne kanake – la conscience de soi est permise par la pensée, l'esprit, sans qu'aucune mention ne soit faite de la religion – et dans l'insertion de la personne et de la communauté kanake dans les formes politiques contemporaines. Cette direction reflète son positionnement dans l'espace politique calédonien et probablement également un positionnement religieux : l'idée de l'appropriation subjective et individuelle du message chrétien relève de l'approche protestante plus que du catholicisme dans lequel s'inscrit Lenormand. C'est au prisme du projet politique porté par l'Union Calédonienne qu'on comprendra mieux les positions tenues. En témoigne par exemple le chapitre intitulé « L'Union vers l'unité » de son article sur « l'évolution politique des autochtones en Nouvelle-Calédonie » :

« La chefferie restera le grand lien affectif et social entre tous les membres de la tribu et ses fonctions d'ordre administratif moderne suivront l'évolution de la collectivité autochtone en tant qu'entité communale. »⁴³¹

⁴²⁹ *Ibid.*

⁴³⁰ *Ibid.*, p. 55.

⁴³¹ Maurice H. Lenormand, « L'Évolution politique des autochtones de la Nouvelle-Calédonie », *Journal de la Société des océanistes*, 1953, tome 9, p. 293.

On notera aussi l'incessant recours à l'idée de « coutume ancienne », de l'autrefois, le naguère, par opposition au délitement contemporain, quand il décrit l'institution du mariage à Lifou et les risques de désintégration sociale que posent sa possible disparition⁴³².

En somme, la figure de Lenormand témoigne des ambivalences du monde colonial de Nouvelle-Calédonie qui, même quand il épouse la cause kanake, part d'une position essentialiste. C'est une position constamment retrouvée dans le discours des Européens concernant les Kanaks, qu'ils semblent ne jamais entendre et sur lesquels sont constamment projetés leurs propres anxiétés. Lenormand, comme Leenhardt, produit ainsi un savoir sous-tendu par des préoccupations politiques qui font écho à un régime discursif spécifique : la dynamique missionnaire du changement rejoint la dynamique politique du changement chez Lenormand, qui rencontrera par la suite le discours développementiste propre à la période qui succède aux Accords de Matignon. C'est aussi ce régime discursif que l'on retrouve dans les écrits d'ethnopsychiatrie qui émergent en Nouvelle-Calédonie dans la seconde moitié du XX^e siècle (cf. chapitre 3).

En somme, le régime discursif retrouvé dans les écrits des missionnaires puis des autres ethnologues ne cesse de rejouer les mêmes tensions : celles d'un humanisme qui veut réhabiliter les Kanaks et les protéger de la violence coloniale, tout en découplant le réel dans une posture évolutionniste et paternaliste. Cette ambivalence, reflet de celle du monde colonial de Nouvelle-Calédonie, se retrouve à chaque étape de l'implantation médicale à Lifou.

IV. Médecines missionnaire, coloniale, territoriale

L'introduction des pratiques et savoirs médicaux est un des angles les plus pertinents pour observer le processus par lequel s'introduisent les politiques de l'expérience coloniale et se constitue une gouvernamentalité coloniale propre. Comme le relève Linda T. Smith, la production de savoirs médicaux sur le corps indigène a légitimé les politiques publiques de santé qui s'introduisaient dans chaque recoin de son intimité⁴³³. Le rôle des missions a été central dans cette co-construction des savoirs et des pouvoirs. Aux dispositifs disciplinaires du

⁴³² Maurice H. Lenormand, « Le Mariage à Lifou, coutumes et acculturation », *Journal de la Société des Océanistes*, 1970, tome 26, numéro 26, p. 39-54.

⁴³³ L.T. Smith, *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*, op. cit., p. 3.

code Boula s'ajoutèrent les politiques narratives de la mission et le corps des Kanaks fut investi comme espace de déploiement de la culture colonisatrice. C'est dans l'intervention médicale que se laissent voir le plus clairement les différents niveaux de la colonisation des consciences, pour reprendre la formule des Comaroff⁴³⁴. A Lifou, les continuités et discontinuités s'observent aussi dans les formes de collaboration entre les différents pouvoirs, comme le montre l'implantation progressive de la médecine du dispensaire. D'abord missionnaire et rudimentaire, axée sur les pratiques d'hygiène, la médecine croise ensuite les politiques de confinement du pouvoir colonial avec l'épidémie de lèpre, qui marque durablement la gouvernementalité de la santé calédonienne. J'examine cette histoire en partant des récits des missionnaires pour décrire l'implantation médicale, puis je les complète pour la période ultérieure par les travaux de Marie Lepoutre.

Hygiénisme et moralisme de la médecine missionnaire

L'hygiène est l'un des points fondamentaux de l'entreprise missionnaire⁴³⁵. Bien que distincte et critique du projet colonial, cette entreprise le rejoint notamment dans la façon de s'emparer du corps indigène, le souci hygiéniste pouvant autant l'assimiler que le tenir à distance. Dans les débats qui traversent le projet colonial, où les administrateurs hésitent à penser les Kanaks comme pouvant être assimilés à la colonie, l'hygiène permet de limiter la menace que représentent les indigènes. Pour ceux comme les missionnaires qui les pensent au contraire assimilables, l'hygiène est la première étape pour les intégrer au projet civilisateur. Après avoir réécrit la « vérité » sur l'indigène, il faut reformuler celui-ci dans son corps, et ses habitudes sont à reconstruire⁴³⁶.

Etant donné le désintérêt de l'administration coloniale pour les Loyautés au XIX^{ème} siècle, les missionnaires de la LMS sont les premiers à apporter des soins médicaux aux habitants de ces îles. Le rôle des médecins de la marine française qui passèrent par les Loyautés à la même période fut limité à l'élaboration d'une géographie médicale. Ils se contentèrent d'enquêter sur la santé des insulaires, sans dispenser de soins⁴³⁷ et, faute d'équipement et de

⁴³⁴ J.L. Comaroff et J. Comaroff, *Ethnography and the Historical Imagination*, op. cit., p. 259.

⁴³⁵ *Ibid.*

⁴³⁶ *Ibid.*, p. 238.

⁴³⁷ Tels les médecins Noc et Mialaret dont les travaux de recensement s'inscrivent dans le projet colonial de dresser une géographie médicale K.R. Howe, *Les Iles Loyauté. Histoire des contacts culturels de 1840 à 1900*, op. cit., p. 200.

connaissance sur les maladies en vigueur, leur action sanitaire se limita à quelques vaccinations, procédé qu'ils enseignèrent aux missionnaires⁴³⁸. Contrairement à ces derniers, ils ne cherchèrent pas non plus à modifier les conditions de vie et d'hygiène des Loyaltiens. Quant aux catholiques, ils ne disposaient pas de médicaments, cherchèrent l'assistance des protestants, et leur effort médical se limita à baptiser les moribonds en période d'épidémie.

L'implantation des missionnaires aux Loyauté facilita celle de la médecine et façonna ses moralités. Les premiers missionnaires protestants ne disposaient pas de grandes connaissances médicales, ni de médicaments, et ils ne surent pas traiter les épidémies de grippe, de fièvre scarlatine et de dysenterie qui sévirent entre 1840 et 1860⁴³⁹. Ils ne trouvèrent pas non plus de remèdes aux maladies pré-européennes qui avaient augmenté avec la présence européenne, tels que le pian, la tuberculose et la filariose. Les soins étaient donc limités : huile d'olive et « cérat de Turner » pour les maux d'estomac, poudre de calamine et soufre pour les plaies, utilisation de la teinture d'Arnica, de l'oxyde de zinc et de l'iodure de potassium⁴⁴⁰. Les missionnaires se concentrèrent alors sur la transformation des pratiques d'hygiène. Les descriptions des soins et de l'hygiène des habitants de Lifou par Hadfield dessinent en filigrane les objectifs de l'intervention sanitaire missionnaire. Suivant une politique narrative qui distingue le bon du mauvais et le sain du malsain, Hadfield décrit des problèmes d'hygiène et de vices imputés soit aux pratiques païennes – cannibalisme, polygamie, guerres tribales, habitat insalubre – soit à la civilisation occidentale – alcool, vêtements sources d'une mauvaise hygiène et de la transmission des maladies. Puis elle dresse l'inventaire des changements positifs observés dans l'habitat, l'hygiène (grâce au savon) et l'éducation des enfants⁴⁴¹. La première leçon d'hygiène inculquée fut de ne pas « [sortir] pendant le culte pour chercher et manger [ses] puces »⁴⁴². Elle décrit aussi l'insalubrité des *hmelöm* [case commune de la chefferie où se rassemblent les hommes] où dorment, parlent et mangent les gens, « dans l'ignorance joyeuse des enseignements d'hygiène » et met l'insalubrité sur le

⁴³⁸ *Ibid.*, p. 206.

⁴³⁹ Les premiers médecins qui exercèrent en Nouvelle-Calédonie décrivirent les pathologies suivantes : impétigos, herpès, eczémas, éléphantiasis, scrofule, conjonctivites, blépharites. Louis Arréghini et Philippe Waniez, *La Nouvelle-Calédonie au tournant des années 1990 : un état des lieux*, Montpellier ; Paris, RECLUS ; La Documentation française, 1993, planche 47. Il faut y ajouter les nouvelles « maladies des bateaux » (*itre meci ne hune hë*), épidémies pour lesquelles les Kanaks durent innover. Marie Lepoutre, « Le Pluralisme médical à Lifou » dans Alban Bensa et Isabelle Leblic (eds.), *En Pays kanak*, Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 2000, p. 50.

⁴⁴⁰ K.R. Howe, *Les Iles Loyauté. Histoire des contacts culturels de 1840 à 1900*, op. cit., p. 205.

⁴⁴¹ E. Hadfield, *Among the Natives of the Loyalty Group*, op. cit., p. 218.

⁴⁴² Sidney H. Ray, « The People and Language of Lifu, Loyalty Islands », *The Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland*, 1917, vol. 47, p. 239-322. Cité par K.R. Howe, *Les Iles Loyauté. Histoire des contacts culturels de 1840 à 1900*, op. cit., p. 199.

compte de la paresse des insulaires⁴⁴³. Les changements entrepris sont évalués, comme pour mieux mesurer les apports de la mission et le travail restant à faire pour améliorer l'habitat⁴⁴⁴. Le même regard évaluateur est posé sur les soins des nouveau-nés : ils sont à présent lavés, mais dans une eau qu'elle juge trop froide⁴⁴⁵ et par des *nurses* trop sales.

Le modèle explicatif mobilisé par Hadfield pour rendre compte des maladies introduites par les occidentaux est intéressant à plusieurs égards. Selon elle, la dysenterie, la rougeole, la tuberculose, la grippe et la lèpre résulteraient bien du contact avec les étrangers, mais leur progression serait surtout attribuable au manque d'hygiène conjugué aux pratiques superstitieuses des Kanaks. Ignorance et superstition favoriseraient les contagions et seraient donc à combattre. Les formes du soutien communautaire seraient aussi problématiques, car elles rendraient difficile le confinement des lépreux : à l'église, les lépreux assis séparément sont rejoints par des femmes qui ne veulent pas les laisser seuls ; et ils quittent la léproserie pour rejoindre leurs proches, sans attendre un accord officiel⁴⁴⁶. L'intervention médicale se fonde sur la diffusion de l'hygiénisme, une approche qui facilitera la dimension préventive prise dans les programmes sanitaires ultérieurs. La perspective adoptée est celle d'une réforme de l'ensemble des pratiques indigènes, constamment suspectées d'ignorance ou de superstition⁴⁴⁷.

Outre la lutte contre l'ignorance et la superstition, les soins des missionnaires visent à supplanter la « rudesse » des soins kanaks. Par exemple, le pian traditionnellement soigné en grattant la blessure pour faire sortir le mauvais sang est soigné par les missionnaires au moyen d'un baume fait de graisse, de borax, de sulfate et de cuivre, médicament présenté comme plus efficace car plus doux⁴⁴⁸. Les pratiques thérapeutiques introduites par les missionnaires s'inscrivent dans l'entreprise plus générale de normalisation et d'adoucissement des pratiques qui accompagnent le travail évangélique.

Le passage à la thérapeutique missionnaire marque un changement dans les valeurs attachées au soin : d'une thérapeutique kanake marquée, sous le regard missionnaire du moins, par la

⁴⁴³ E. Hadfield, *Among the Natives of the Loyalty Group*, op. cit., p. 43-44.

⁴⁴⁴ *Ibid.*, p. 218.

⁴⁴⁵ *Ibid.*, p. 177.

⁴⁴⁶ *Ibid.*, p. 210-211.

⁴⁴⁷ On retrouve ici les prémices des formes contemporaines de la prévention qui tendent à perpétuer la stigmatisation des pratiques culturelles des populations sans réflexivité sur les pratiques médicales elles-mêmes. On pourra par exemple lire les analyses qui montrent la rationalité des parcours thérapeutiques des patients atteints d'Ebola en Afrique de l'Ouest, patients souvent suspectés de conduite irrationnelle alors même que c'est le système de prise en charge qui est irrationnel. Eugene T. Richardson et al., « The Ebola Suspect's Dilemma », *The Lancet. Global Health*, 2017, vol. 5, n° 3, p. 254-256.

⁴⁴⁸ E. Hadfield, *Among the Natives of the Loyalty Group*, op. cit., p. 204.

sorcellerie, la rudesse, la contagion communautaire, la saleté, la dextérité chirurgicale, les plantes, à une médecine missionnaire de l'hygiène, de la séparation, de la connaissance et de la raison⁴⁴⁹. Ainsi voit-on se dessiner une discipline des corps et des thérapeutiques ou encore, pour reprendre les Comaroff, une régulation de l'indiscipliné par le civil⁴⁵⁰.

La médecine missionnaire entend ainsi supplanter les superstitions qu'elle combat. L'introduction des économies morales de la thérapeutique missionnaire constitue une première transition dans les régimes de soins à Lifou, première étape d'une gouvernementalité marquée par une gestion du corps collectif comme composé de corps à discipliner et séparer. L'arrivée de la médecine coloniale française sous le coup de la nouvelle politique d'assistance aux indigènes, mais remodelée dans le contexte calédonien par l'épidémie de lèpre, constitue une deuxième transition.

Principes de l'assistance médicale aux indigènes, de Paris à Lifou

Pour Marie Lepoutre, l'édiction en 1898 des mesures d'isolement des lépreux par le Service des Affaires Indigènes signe l'entrée dans une deuxième phase de l'implantation médicale à Lifou⁴⁵¹. Celle-ci est aussi indissociable des réflexions qui voient le jour en métropole sur l'assistance sanitaire aux indigènes. Pour l'Etat colonial, la santé des peuples colonisés est longtemps restée secondaire, si bien que les chirurgiens de marine qui s'établirent en Nouvelle-Calédonie à partir de 1856 se contentèrent de soigner les soldats dans les postes de brousse⁴⁵². Pour y remédier fut créé en 1890 un corps d'officiers de santé des colonies⁴⁵³ destiné à porter assistance aux « populations locales », autrement dit les premiers médecins à prendre en charge l'action sanitaire civile ce qui, en Nouvelle-Calédonie, concernait notamment la population hors de Nouméa sans toutefois mentionner clairement la population

⁴⁴⁹ Pour les missionnaires en Afrique, le corps noir y personnifiait la souffrance, le désordre la saleté et le déclin que la chaleur et l'environnement accentuait, et contre lesquels se heurtait « l'impérialisme humain » des missionnaires. J.L. Comaroff et J. Comaroff, *Ethnography and the Historical Imagination*, *op. cit.*, p. 215.

⁴⁵⁰ *Ibid.*

⁴⁵¹ M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfentement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, *op. cit.*, p. 137.

⁴⁵² Dans un contexte encore marqué par la conquête coloniale, les soins aux indigènes étaient hors de propos. Guy Agniel, Antoine Leca et Gérard Orfila, *Le Droit médical en Nouvelle-Calédonie*, Nouméa, SCEREN-CDP Nouvelle-Calédonie, 2005, p. 101.

⁴⁵³ Les médecins du « Corps des officiers de santé des colonies et pays du protectorat » étaient formés aux maladies tropicales à l'école du Pharo à Marseille. Ces « médecins de brousse » qui intervinrent dans les colonies furent en 1968, après les décolonisations, intégrées au corps de santé des armées. *Ibid.*, p. 102.

indigène⁴⁵⁴. De plus, ces médecins ne souhaitaient pas s'installer en brousse, où les conditions de vie étaient marquées par l'insalubrité, l'isolement, l'éloignement et l'insécurité⁴⁵⁵.

Au début du XX^{ème} siècle, la stabilisation de l'empire colonial français permit une reformulation de la doctrine coloniale : d'une politique de conquête, l'empire put passer à une politique pragmatique d'expansion à l'intérieur des colonies. L'émergence d'une « politique indigène », inspirée des modèles britanniques et néerlandais, fut l'un des aspects de cette évolution, qui apparaît plus clairement au Congrès colonial de 1905. Le projet de l'assistance sanitaire aux indigènes vit alors le jour, en parallèle des réflexions sur la « politique de bonté et d'association » que pourrait être cette nouvelle politique indigène⁴⁵⁶. A la même période, la médecine coloniale se consolida comme discipline dotée d'institutions formant à la pratique d'une médecine spécifique aux maladies et au climat tropicaux, avec pour spécialité centrale la parasitologie, qui s'organisa formellement dans les laboratoires dans les colonies⁴⁵⁷.

Pour la population indigène, la médecine coloniale comme la médecine missionnaire avait pour objectif principal d'inculquer les principes d'hygiène, dans une perspective prophylactique : les guerres coloniales étant considérées comme terminées, les corps des sujets coloniaux restaient à discipliner, pour asseoir la stabilité intérieure de l'empire. Dans son compte-rendu au Congrès de 1905, le Docteur Blanchard, fondateur de l'Institut de médecine coloniale de Marseille, fit un plaidoyer en faveur de l'importance de soigner toutes les races, tout en continuant toutefois de se focaliser sur les Européens et les risques que présentaient pour eux les maladies parasitaires. Le ton était donné : l'assistance sanitaire aux indigènes était une mesure prophylactique à la contagion des corps blancs. Il s'agissait aussi de protéger la force de travail, souvent insuffisantes dans les colonies.

L'assistance aux indigènes tint aussi une fonction politique auprès de ceux-ci : le médecin était un « agent colonial de civilisation »⁴⁵⁸ et possédait des fonctions administratives centrales pour l'expansion de la colonie dans les régions isolées. En plus de protéger les populations européennes, le médecin-résident en brousse était pensé comme un avant-poste de l'administration coloniale qui devait « réconcilier » les indigènes avec le projet colonial :

« Ainsi que l'ont bien compris de géniaux colonisateurs, tels que le général Lyautey, après le soldat qui fait les plaies le tour est au médecin qui les panse et en les pansant

⁴⁵⁴ *Ibid.*

⁴⁵⁵ De fait, les taux de mortalité dans le corps de santé étaient élevés. *Ibid.*

⁴⁵⁶ Pour reprendre la formule du député de la Guadeloupe Gerville-Réache. René Worms et al., *Congrès colonial français de 1905 : séance d'ouverture, compte rendu des conférences et des séances de section, analyse des travaux, rapport général*, Paris, Secrétariat général des Congrès coloniaux français, 1905, p. 87.

⁴⁵⁷ Je reviens au chapitre 2 sur la place que tient l'aliénisme dans ce contexte.

⁴⁵⁸ M. Lepoutre, « Le Pluralisme médical à Lifou », art cit, p. 61.

réconcilie l'indigène avec la civilisation dont il n'a éprouvé jusqu'alors que des désagréments. Dans une assistance médicale bien comprise, le médecin est l'auxiliaire le plus précieux de l'administrateur, quand par mesure d'économie, il ne se confond pas avec ce dernier. »⁴⁵⁹

Toutefois, la mise en œuvre de l'assistance indigène tarda à se mettre en place, et varia en fonction du contexte propre à chaque colonie. En Nouvelle-Calédonie, l'implantation médicale hors de Nouméa fut, au tournant du XIX^{ème} et du XX^{ème} siècle, limitée et peu efficace. A cette période, la colonie faisait face à une pénurie de main d'œuvre, que l'épidémie de lèpre menaçait d'autant plus. Le gouverneur édicta alors un décret destiné d'abord à isoler les lépreux (1893). C'est à la lumière du régime de l'indigénat qu'il faut lire la forme que prit l'assistance aux populations indigènes. Le service médical de colonisation y fut organisé en 1905 avant d'être étendu aux indigènes en 1907. Pour pallier les insuffisances du corps des officiers de santé des colonies, un « Service médical de colonisation et d'assistance indigène » fut créé en 1911, qui proposait aux médecins un statut plus attractif mais aussi plus contraignant puisqu'il supposait un engagement de cinq ans. Un médecin était alors affecté dans chacune des onze circonscriptions créées sur l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie⁴⁶⁰. On ne parlait plus de « populations locales », mais de « populations indigènes », ce qui clarifia les objectifs de l'assistance sanitaire. L'arrêté imposa aussi les visites trimestrielles aux tribus, des soins gratuits, et une liste d'actes variés allant de la chirurgie aux accouchements et à la prévention – vaccinations et visites des écoles⁴⁶¹.

Mais ce « service médical de colonisation et d'assistance indigène » était en fait peu efficace et il fallut attendre 1927 pour que soit réorganisée le système sanitaire en Nouvelle-Calédonie⁴⁶². La catégorie des « médecins mobiles » fut créée afin de soulager l'activité des médecins de circonscription et l'arrêté 777 vint mettre en œuvre ce service de soins aux autochtones : il prévoyait que les soins prodigués aux indigènes soient gratuits et que soient surveillées leur hygiène et la démographie.

Malgré cette réorganisation, la mise en œuvre de l'assistance sanitaire resta difficile : en plus de l'importance des problèmes sanitaires et de l'ampleur des zones géographiques qu'ils devaient couvrir, les médecins étaient également chargés de régler des problèmes juridiques et

⁴⁵⁹ Rapport de l'inspecteur des colonies Pegourier, 1919, cité par M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfantement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 80.

⁴⁶⁰ Leur nombre varie au cours du siècle entre 11 et 25 au fil du siècle. G. Agniel, A. Leca et G. Orfila, *Le Droit médical en Nouvelle-Calédonie*, op. cit., p. 104-105.

⁴⁶¹ *Ibid.*, p. 103.

⁴⁶² M. Lepoutre, *D'une médecine à l'autre. Grossesse et Enfantement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 48 ; G. Agniel, A. Leca et G. Orfila, *Le droit médical en Nouvelle-Calédonie*, op. cit., p. 104.

administratifs difficilement conciliables avec l'assistance médicale. D'autant plus que l'arrivée massive de la main-d'œuvre immigrée qui nécessitait une attention médicale, ajoutée au manque de motivation des médecins, rendirent le projet difficile, et ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale que se mit en place une véritable assistance sanitaire pour les populations kanakes hors de Nouméa.

Alors que les soins délivrés par les « médecins-résidents » de Nouvelle-Calédonie restèrent limités jusque dans les années 1930, le docteur Nicolas qui séjourna 18 mois à Lifou de 1907 à 1909 est un exemple original de ce que put être cette première forme d'assistance sanitaire aux indigènes. Bien que ne disposant pas de moyens, Nicolas installa la première infirmerie dans le nord de l'île, dans l'ancienne prison de Xépénéhé. Il y réalisa des consultations et des opérations chirurgicales grâce à une petite pharmacie et la trousse de chirurgie donnée par le gouverneur – seule aide matérielle qu'il reçut de l'administration coloniale, le reste étant financé par le docteur lui-même⁴⁶³. Puis, aidé des autorités coutumières, il fit construire une grande case de trois pièces en 1909. Il se fit aussi assister d'un moniteur kanak de l'école, qu'il rémunéra pour traduire les consultations et pour faire office d'infirmier. Pour le docteur Nicolas, cette infirmerie construite à peu de frais fut un signal positif à l'égard des Kanaks qui modifia leur rapport à la médecine occidentale. Selon les témoignages que recueillit Lepoutre, la médecine occidentale, sous son aspect curatif, aurait alors été bien acceptée par les habitants de Lifou qui réclamèrent même un médecin⁴⁶⁴. Lepoutre considère cette réussite comme exemplaire si l'on prend en compte la difficulté d'accès aux tribus de Lifou : il fallait que le médecin parcoure de longs chemins à cheval pour pouvoir se rendre dans les tribus éloignées et dispersées sur un territoire vaste. Le recours à un intermédiaire, les ajustements de l'infrastructure et l'établissement d'une pratique routinière rythmée par les visites permirent l'acceptation du dispositif.

Enfin, l'assistance médicale du docteur Nicolas fut d'autant plus originale dans le contexte de l'épidémie de lèpre qu'il fut le premier médecin-résident à prodiguer des soins ne se limitant pas au dépistage des lépreux. Après la suppression de son poste en 1909, et jusqu'en 1925, les

⁴⁶³ Nicolas, « Comment on peut installer à peu de frais une infirmerie indigène », *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 1909, vol. 3, p. 157-160. Cité par M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 83-84.

⁴⁶⁴ *Rapport de l'inspecteur des Colonies Pegourier*, ATN 97W, carton numéro 11, 1919, p. 80. Cité par M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 85-86.

médecins ne vinrent à Lifou que pour quelques semaines ou quelques mois, et limitèrent leur action au dépistage⁴⁶⁵.

C'est en effet la place que vint occuper la médecine coloniale : bien que les arrêtés prévoyaient que soient assurés des soins dans les endroits reculés, dans les faits, les interventions des médecins furent plutôt destinées à prévenir et arrêter les épidémies, et donc à surveiller l'état sanitaire de la population indigène et immigrée⁴⁶⁶. La menace de la lèpre vint alors durablement structurer la gouvernementalité de la santé en Nouvelle-Calédonie, confirmant les procédures d'exclusion d'un monde colonial déjà fondé sur l'envoi au bagne.

La lèpre et la naissance de la gouvernementalité de la santé calédonienne

L'épidémie de lèpre qui débuta dans les années 1870 en Nouvelle-Calédonie infléchit la mise en place de l'assistance sanitaire aux indigènes décidée à Paris en orientant ses priorités et posa les fondations du maillage sanitaire propre à la gouvernementalité de la santé en Nouvelle-Calédonie. L'autorité coloniale commença à s'en soucier à partir des années 1890, quand la lèpre devint une menace pour la population européenne : le premier cas décelé dans la population européenne en 1888 amène le gouverneur à créer des centres d'isolement⁴⁶⁷. L'attention à l'épidémie de lèpre dans la population indigène sert essentiellement à protéger la population européenne et les dispositions, plus coercitives que curatives, furent prises « non pas pour sauvegarder la race indigène, mais bien la race blanche »⁴⁶⁸. Le dépistage et l'internement des lépreux fut organisé jusqu'en 1913 sur l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie et des Îles Loyautés.

Comme dans la plupart des pays touchés par l'épidémie de lèpre, celle-ci servit d'expérimentation au maillage sanitaire colonial. En Nouvelle-Calédonie, il s'organisa autour d'un dispositif associant le Service des affaires indigènes, l'administration de Nouvelle-Calédonie et ses représentants constitués des syndics, mais aussi les grands chefs et petits

⁴⁶⁵ M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 85.

⁴⁶⁶ *Ibid.*, p. 49.

⁴⁶⁷ Le premier cas dans la population indigène est détecté en 1872 dans une tribu proche de Nouméa. Louis Arréghini et Philippe Waniez, *La Nouvelle-Calédonie au tournant des années 1990 : un état des lieux*, Montpellier ; Paris, RECLUS ; La Documentation française, 1993, planche 47.

⁴⁶⁸ Séance du 8 novembre 1906 du Conseil supérieur de santé des colonies. Cité par M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 51.

chefs administratifs, enfin les missionnaires qui étaient les principaux acteurs à prodiguer des soins.

Les léproseries au cœur de ce dispositif constituèrent de « véritables expériences d'ingénierie sociale », pour reprendre la formule de Guillaume Lachenal, puisque l'isolement des lépreux donna l'occasion aux médecins coloniaux et aux missionnaires de tenter une « transformation morale, hygiénique et citoyenne des indigènes »⁴⁶⁹.

A Lifou, la tournure que prit cette expérience tient à l'importance de la présence religieuse et à son rôle central dans la délivrance des soins. Le premier cas de lèpre fut décelé sur l'île en 1880, puis trois foyers furent isolés en 1899 par le Docteur Hébrard (Wiwatul, Inagoj, Kumo), ce qui enclencha sur l'île les premières mesures sanitaires d'isolement et d'exil⁴⁷⁰. Dans un premier temps, trois léproseries partielles furent créées dans chacun des trois districts de Lifou – Cila dans le Wetr, Pounou ou Hnawetr dans le Lösssi et Trép dans le Gaïcha – avant d'être rassemblées à la demande des missionnaires protestants en 1925 à Cila, qui devint l'emblème de la formation de l'assistance sanitaire sur l'île.

Etant donné le rôle limité du médecin de l'administration coloniale – hormis pendant les 18 mois de présence du Docteur Nicolas – les missionnaires protestants tinrent un rôle central dans la gestion de l'épidémie de lèpre, rôle qui ne cessa de croître, en particulier à l'arrivée des missionnaires français. Au départ des Hadfield en 1918, la mission fut transférée de la LMS à la Société des Missions de Paris. Le pasteur Bergeret arriva alors à Lifou accompagné d'une infirmière, Marie-Louise Bernard, qu'il avait sollicitée pour accomplir l'œuvre sanitaire de la mission. Depuis le petit centre de formation pastorale de Béthanie, ils purent prodiguer plus de soins en y créant avec les étudiants le dispensaire de Moria, financé par des mécènes français et les dons des fidèles, et ils mirent en place des tournées dans les tribus.

D'un côté, Béthanie devint peu à peu le centre du maillage sanitaire de Lifou en se dotant du dispensaire de Moria : composé d'une petite pharmacie et d'un microscope, des soins – piqûres, accouchements, soins aux lépreux – furent prodigués aux malades de l'école et des villages voisins⁴⁷¹. Les pasteurs et diacres formés à Béthanie y reçurent ainsi une formation médicale sommaire et devinrent les relais locaux de nouveaux principes sanitaires formulés par les missionnaires et médecins⁴⁷².

⁴⁶⁹ Guillaume Lachenal, « Le médecin qui voulut être roi : Médecine coloniale et utopie au Cameroun », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2009, vol. 65, n° 1, p. 128.

⁴⁷⁰ M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfance : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 77.

⁴⁷¹ *Ibid.*, p. 87.

⁴⁷² *Ibid.*, p. 99.

De l'autre, sous l'impulsion des missionnaires, Cila devint une léproserie exemplaire. Les infirmières suisses Eugénie Peter et Marguerite Anker qui prirent la suite de Marie-Louise Bernard donnèrent plus d'ampleur à l'œuvre sanitaire de la mission en s'efforçant de prodiguer des soins aux lépreux de Cila. Face aux conditions de vie déplorables dans lesquels se trouvaient les lépreux, Anker intervint auprès des autorités coloniales pour réorganiser la léproserie. Elle fut soutenue par le docteur Tivollier, médecin-résident à Lifou à partir de 1925 qui souhaitait aussi améliorer les conditions de vie des lépreux. Eugénie Peter décrit comment, en trois mois, la léproserie de Cila devint un véritable village d'une centaine de cases que construisirent les habitants. Cila avait son propre dispensaire, une citerne, un lavoir, un four, un magasin, un temple et une église. L'approvisionnement matériel, alimentaire et médical se fit d'abord sans l'aide du gouvernement colonial. Les habitants apportaient l'aide matérielle et alimentaire nécessaire, le docteur Tivollier fournit maïs et riz, et la mission participa en vendant à prix coûtant du riz, des médicaments et du savon. Puis le gouvernement, favorable à l'initiative, fournit les biens matériels et les médicaments nécessaires⁴⁷³. Marguerite Anker décrit ainsi la place prise par l'assistance médicale des missionnaires :

« Notre œuvre médicale répond à un besoin que l'administration comprend enfin. Les soins aux lépreux ne sont d'ailleurs qu'un côté seulement de l'œuvre médicale à faire en Calédonie et aux Loyalty. Pour sauver la race canaque, il y a d'autres maladies à combattre plus répandues et plus terribles que la lèpre et qu'on ne dise pas qu'il y a des médecins de colonisation car ils n'ont pour ainsi dire jamais rien fait pour améliorer la situation sanitaire des tribus indigènes et la plupart d'entre eux viennent de refuser formellement de s'occuper de l'assistance médicale indigène. Enfin l'œuvre religieuse a sa part dans l'œuvre médicale indigène car une foule de gens sont attirés à la mission, apprenant à la considérer comme quelque chose d'utile. »⁴⁷⁴

Les léproseries tenues par les missionnaires étaient souvent vantées dans leurs écrits⁴⁷⁵. Cila devint aussi un modèle de gestion de la lèpre en raison des soins qui y étaient prodigués, de

⁴⁷³ Eugénie Peter, *La Lutte contre la lèpre aux antipodes*, s.l., Société des Missions Evangéliques, 1938. Cité par M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 91.

⁴⁷⁴ Lettre de 1929 au directeur de la Société des Missions Evangéliques. Cité par M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 92.

⁴⁷⁵ Les tableaux idéalisés de léproseries tenues par les missionnaires sont choses communes dans la littérature missionnaire de la période. Dans *Ocean and Isle*, le missionnaire William Edgar Geil décrit une léproserie à Hawaii en insistant sur la joie des lépreux, occupés à jouer de la musique ou à des jeux, ayant une chapelle à disposition, des bibles et des livres d'hymnes. William Edgar Geil, *Ocean and isle*, Melbourne, WT Pater, 1902, p. 13.

l'organisation sociale proche du mode de vie kanak et de la proximité des malades avec les tribus d'origine⁴⁷⁶. Un pasteur ainsi qu'un instituteur y étaient nommés, et un infirmier kanak et sa femme, tous deux bénévoles, y travaillèrent pendant plusieurs années. Cila accueillit les lépreux des trois îles Loyauté jusqu'en 1958, date à laquelle les 150 lépreux restant furent envoyés au sanatorium de Ducos, à Nouméa. Cité comme modèle réussi de rassemblement et d'isolement relatif, Cila fut pris comme exemple témoignant de l'importance de l'assistance médicale pour accroître l'efficacité des mesures sanitaires du gouvernement. Pourtant, les conditions de vie y furent difficiles : les malades étaient gardés par deux gardiens, les consignes d'isolement étaient strictes et rencontrèrent la résistance de la population, pour qui la présence familiale était indispensable à la guérison⁴⁷⁷. En outre, les médicaments étaient peu efficaces⁴⁷⁸. Si bien que les malades se révoltèrent en 1932. Quand l'année suivante un cyclone détruisit les cases et cultures de Cila, ils furent livrés à eux-mêmes pendant plusieurs mois⁴⁷⁹. Les chants retrouvés par Lepoutre traduisent le désespoir des lépreux :

« Au bon cœur celui qui pénètre les murs de Cila pour visiter les malades ! oh combien j'aimerais être à ta place, sortir de ces murs, être comme toi là-bas, être dans la peau d'un autre, échapper à l'interdit qui me touche. Ne m'abandonnez pas chrétiens de Lifou, priez pour moi, reviens vite m'entourer à Cila pour qu'il y ait de la joie autour de moi. Cila, au milieu du pays de Lifou, Cila patrie du vrai Lifou, là règnent les pleurs et la souffrance. »

Or, comme ailleurs en Nouvelle-Calédonie, le dispositif de gestion de l'épidémie de lèpre oscilla entre contrainte et soin, et le processus d'internement suscita toutes sortes d'abus, un grand nombre de non lépreux étant envoyés dans les lazarets non pour des motifs sanitaires mais plutôt pour des raisons politiques, sociales, voire personnelles⁴⁸⁰. C'est ainsi que le Médecin Capitaine Tisseuil note que

« les malades ne sont isolés dans les 38 léproseries partielles de la Nouvelle-Calédonie et Dépendances que par les gendarmes, sur les déclarations des grands chefs, et cela, tout à fait théoriquement. (...) L'autorité des chefs, par elle-même, n'est le plus souvent suffisante pour obtenir l'isolement d'un malade avéré, que dans des conditions bien difficiles à définir : vengeance, jalousie de famille à famille, punition ou désignation

⁴⁷⁶ M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfance : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 55, 77.

⁴⁷⁷ *Ibid.*, p. 78.

⁴⁷⁸ L'huile de chaulmogra qui était absorbée ou injectée ne soulageait les lésions que pour une brève durée.

⁴⁷⁹ M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfance : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 94-95.

⁴⁸⁰ *Ibid.*, p. 51, 53 ; A. Muckle, « Troublesome Chiefs and Disorderly Subjects: The Indigénat and the Internment of Kanak in New Caledonia (1887–1928) », art cit ; M. Naepels, *Conjurer la guerre*, op. cit.

d'un certain nombre de malades pour satisfaire en partie l'exigence administrative ou médicale. »⁴⁸¹

Adrian Muckle relève la nature politique des décisions d'internement, qui témoigne du contrôle de l'administration des affaires indigènes sur les Kanaks, mais aussi l'agentivité de ces derniers, qui se sont servis des mécanismes d'accusations et de contre-accusations pour faire jouer les rivalités entre chefs⁴⁸².

Le gouvernement des corps kanaks s'établit sur un réseau associant gendarmes, plantons, petits chefs, infirmiers locaux ou missionnaires. Même si ces mesures furent peu rigoureuses, elles contribuèrent à l'image d'une médecine sanction. La peur associée à celle-ci incita les Kanaks à ne pas garder les malades à la maison et à ne pas pratiquer la médecine kanake sous peine d'être accusés de sorcellerie. Lepoutre cite ainsi deux témoignages qui insistent sur l'atmosphère de terreur qu'incarnait la médecine occidentale au début du XX^e siècle à Lifou⁴⁸³. L'un de ces témoignages mentionne comme source de cette peur la collusion de trois pouvoirs : ceux de la coutume (la chefferie), ceux de la religion, et ceux de la colonie (administration, syndicats). Le maillage qui s'établit autour de la gestion de la lèpre laissa une trace durable, chacun de ces trois pouvoirs y apportant une contribution, chacun y trouvant l'occasion de se renforcer. Ainsi du gouvernement, qui intervint progressivement, secondé par les autorités coutumières qui devaient présenter lors des visites médicales tous les indigènes de leur district, et veiller à l'isolement effectif des lépreux⁴⁸⁴. Quant aux missionnaires, ils furent un pivot de ce maillage jusqu'à ce que la santé soit entièrement transférée à l'administration coloniale. Le centre de formation pastorale de Béthanie affirma alors son rôle central dans la formation religieuse, artisanale, agricole, mais aussi médicale. Si bien que, aux yeux des habitants de Lifou, le travail des grands chefs, petits chefs, pasteurs, prêtres, gendarmes et médecins se confondit avec la sanction⁴⁸⁵.

On ne saurait donc opposer médecine missionnaire et médecine coloniale, ou voir une simple évolution historique faisant passer de l'une, axée sur le soin et l'assistance, à l'autre, plus répressive. La mission accompagna l'œuvre coercitive du médecin administrateur de la

⁴⁸¹ Tisseuil, « Les Léproseries partielles en Nouvelle-Calédonie », *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 1929, p. 95-114. Cité par M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfance : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 54.

⁴⁸² Il souligne ainsi que les décisions d'internement montrent comment les Kanaks ont dessiné les frontières des espaces politiques et sociaux permis par l'administration française. A. Muckle, « Troublesome Chiefs and Disorderly Subjects: The Indigénat and the Internment of Kanak in New Caledonia (1887-1928) », art cit, p. 141-142.

⁴⁸³ M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfance : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 82-83.

⁴⁸⁴ *Ibid.*, p. 95.

⁴⁸⁵ *Ibid.*, p. 82.

colonie et amène avec elle la discipline des corps propre à la morale chrétienne. La médecine coloniale encadra institutionnellement l'assistance et vient la supplanter progressivement. Quant à la société kanake, elle s'intégra dans ce maillage par le jeu politique des autorités coutumières, mais aussi par la place qu'y occupèrent les auxiliaires de santé kanaks.

Le rôle des auxiliaires Kanaks dans la diffusion des règles d'hygiène

Les auxiliaires kanaks jouèrent un rôle central dans le maillage sanitaire se constituant autour de l'épidémie de lèpre, indispensables pour traduire et diffuser les principes d'hygiène ou les interdictions. Leur formation commença en 1925, quand l'assistance médicale prit de l'ampleur autour de la léproserie de Cila. Ils furent sollicités pour assister les infirmières de la mission, à la léproserie ou dans les tournées dans les tribus, apprirent à faire des pansements, des prélèvements et des piqûres, si bien qu'ils furent amenés à remplacer infirmières et médecins. Anker les choisit parmi les écoliers de la mission, parfois très jeunes. Lepoutre mentionne une jeune femme âgée de quinze ans, qui partit « pour [sa] mère et par amour pour les malades » être formée par Anker, avant de travailler à Cila une fois par semaine⁴⁸⁶. A partir de 1940, la formation des auxiliaires s'améliora encore à la demande des médecins, grâce à des stages de quelques mois à Nouméa, puis ils furent rémunérés. Non seulement ils apportèrent une assistance médicale indispensable, mais ils jouèrent un rôle clé dans la diffusion de la biomédecine et l'éradication des pratiques médicales kanakes :

« Les soins assidus et éclairés que donneraient ces infirmiers et infirmières dans les tribus porteraient le coup de grâce au charlatanisme des sorciers et matrones auxquels ont recours les indigènes trop souvent encore. Ces sorciers jouissent encore d'un grand prestige. Les actes de sorcellerie par lesquels ils subjuguent leurs trop crédules croyants, les produits nocifs qu'ils leur vendent à haut prix (on peut ici mentionner les remèdes abortifs ou qui rendent stérile, lesquels ôtent chaque année des centaines et peut-être des milliers de jeunes vies à la Colonie) tout cela devrait avoir disparu après cent ans de colonisation. La France se doit de poursuivre cette œuvre d'humanité et de propagande de son prestige ».⁴⁸⁷

Leur recrutement, après 1947, s'élargit hors de la mission : tout indigène sachant lire et écrire était susceptible d'être envoyé pour un stage d'un mois à l'hôpital de Nouméa, avant

⁴⁸⁶ *Ibid.*, p. 98.

⁴⁸⁷ *Rapport annuel de la situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie*, s.l., 1947. Cité par M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfentement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, *op. cit.*, p. 98.

d'intégrer l'école d'infirmiers⁴⁸⁸. Leur rôle se définit et s'élargit : en plus de l'aide apportée aux médecins qu'ils suivaient dans les tournées, ils assurèrent eux-mêmes les tournées dix jours par mois et reçurent pour cela une bicyclette ou une mobylette, voire un logement.

L'instruction qu'ils reçurent et les informations qu'ils diffusèrent étaient au croisement de l'instruction médicale et religieuse. A Moria, les infirmiers reçurent le même traitement et furent soumis aux mêmes règles de discipline que les élèves pasteurs de Béthanie⁴⁸⁹. Ils jouèrent un rôle central dans la diffusion de règles d'hygiène qui croisaient constamment les principes moraux de la mission.

Du reste, la diffusion de ces règles s'appuya aussi bien sur ces infirmiers que sur les pasteurs et diacres des tribus, qui transmettaient l'évangile autant que les principes d'éducation sanitaires⁴⁹⁰, ainsi que les chefs coutumiers ou administratifs.

« Je recommande aux grands chefs que dès qu'ils connaissent un enfant ou une grande personne malade dans le district, de les inviter à aller se faire soigner ou s'ils sont indisponibles, d'avertir une sœur qui viendra les soigner. Je demande aux grands chefs de veiller à ce que tous les enfants en âge de scolarisation aillent régulièrement à l'école. Dès qu'un malade ne peut se déplacer, il faut prévenir l'infirmière pour qu'elle puisse aller le voir »⁴⁹¹

Une fonction éducative fut attribuée aux petits chefs, pasteurs, diacres et auxiliaires de santé kanaks. On attendait d'eux qu'ils « [éclairent] la population, (...) [réveillent] ceux qui dormaient dans leur ignorance et dans leur malpropreté »⁴⁹² : inculquer l'usage du savon au lieu de celui du sable, du citron et des cendres, car « l'ignorance, les maladies maintenaient jusqu'alors les individus dans un état voisin de l'abêtissement et les empêchaient de concevoir les notions de leur véritable intérêt »⁴⁹³.

⁴⁸⁸ M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 99.

⁴⁸⁹ *Règlement concernant les infirmiers du dispensaire de Moria*, s.l. Cité par Lepoutre. M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 99.

⁴⁹⁰ M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 101.

⁴⁹¹ *Rapport du Maréchal des logis chef Verniolle, Résident de Maré*, ATN 97W, carton n°4, 1936. Cité par M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 103.

⁴⁹² E. Peter, *La Lutte contre la lèpre aux antipodes*, op. cit. Cité par M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 194.

⁴⁹³ *Documentation relative à la protection des indigènes en Nouvelle-Calédonie pendant l'année 1934-1935*, s.l., p. 1934-1935. Cité par M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 103.

Une brochure fut réalisée par le docteur Tivollier et traduite dans plusieurs langues, présentant les conseils et règles d'hygiène. Elle fut distribuée aux pasteurs et aux chefs coutumiers qui les lurent dans les tribus.

« On choisit même quelques hnamiat [pasteurs] parmi les plus influents et les plus éclairés pour aller de village en village porter et expliquer ces préceptes. On prêcha le savon, comme on prêche l'Évangile, et, pour faciliter l'achat de cette précieuse denrée, hors de prix, dans les magasins de l'île, la Mission obtint le droit d'en faire venir en quantités pour le céder à prix coûtant. Les pasteurs indigènes ajoutèrent à leurs fonctions celle de "marchand de savon" ». ⁴⁹⁴

En 1930, Anker rétablit les *Sanitary*, comités de salubrité publique qu'avaient mis en place les Britanniques et qui persistent à travers les « visites de la tribu » décrites au précédent chapitre. Elle rédigea une liste de dix-huit comportements sanitaires, hygiéniques et sociaux à contrôler lors des visites faites par le comité dans les tribus qui abordaient trois dimensions de la vie sociale. D'une part, les principes d'hygiène à l'intérieur et autour des cases (avoir des nattes différentes pour dormir et pour s'asseoir, les sortir une fois par semaine, ne pas cracher dessus mais dans l'âtre, avoir des taies d'oreillers, avoir deux portes aux cases ⁴⁹⁵, « il faut nettoyer les alentours de la maison », avoir de l'eau et du savon pour se laver les mains et le linge, etc.). D'autre part, les précautions contre la contagion à respecter vis-à-vis des lépreux étaient énumérées : « il est normal qu'un « conseiller sanitaire » impose, demande à un suspect d'aller voir le docteur », « ceux qui ont des snacks doivent faire attention aux bols qui ont servi aux lépreux ou suspects », « l'équipe sanitaire est là pour rappeler aux lépreux et aux suspects qu'ils doivent s'éloigner de leur famille, s'isoler ». Elle précisa aussi le rôle de l'équipe sanitaire, qui « passe en visite chez les gens toutes les fins de mois et tous les trois mois (...) avec l'assistance du « hnamiatr » [pasteur] dans les maisons » et qui doit « [montrer] l'exemple ». Enfin, certaines des règles d'hygiène promulguées touchaient aux habitudes de vie communautaire (« les petits enfants ne doivent pas dormir dans les maisons qui ne sont pas les leurs », « il est conseillé à tout le monde d'avoir une maison », « il ne faut pas porter les vêtements d'un autre et s'échanger les vêtements. On ne porte un vêtement qu'après l'avoir lavé » ⁴⁹⁶). Ainsi, le règlement s'inscrit dans la continuité des remarques d'Hadfield concernant le mode de vie communautaire. Il s'agissait de réformer voire d'éradiquer certaines caractéristiques de la vie commune pour les remplacer par des modes de

⁴⁹⁴ E. Peter, *La Lutte contre la lèpre aux antipodes*, op. cit. Cité par M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfentement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 194.

⁴⁹⁵ Ce qui donne une indication de l'origine de l'architecture actuelle des cases, dont les deux ouvertures permettent effectivement la circulation de l'air.

⁴⁹⁶ M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfentement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 105.

vie fondés sur l'hygiène. Lepoutre décrit la « grande visite de propreté » organisée chaque année par le comité de salubrité qui mobilisait les familles longtemps à l'avance – cases et jardins nettoyés, pelouse débroussaillées, cuisines extérieures réparées.

Se mit donc en place, autour de la diffusion des règles d'hygiène et de la prévention de la lèpre, un maillage sanitaire imprégné des valeurs religieuses et associant les différents acteurs des pouvoirs politiques et religieux, assistés des auxiliaires nouvellement formés aux savoirs de la religion et de la médecine⁴⁹⁷.

Naissance de la médecine territoriale

A partir des années 1950, les changements institutionnels et l'évolution socioéconomique profita au développement de l'infrastructure médicale et de l'état de santé des populations.

La fin du régime de l'indigénat et la politique de l'Union française en 1946 eurent une influence positive sur l'assistance médicale en Nouvelle-Calédonie. D'une part, l'accès à la citoyenneté des Kanaks s'accompagna de nouveaux droits en termes de santé, de travail et de mobilité. D'autre part, la Direction Territoriale des Affaires Sanitaires et Sociales (DTASS) créée en 1954 pour remplacer le Service de santé des armées commença à mettre en œuvre de véritables politiques sanitaires pensées à l'échelle du territoire et la couverture sanitaire s'améliora considérablement avec l'augmentation du nombre de circonscriptions médicales⁴⁹⁸.

Ces évolutions politiques et institutionnelles s'accompagnèrent d'importants développements économiques et techniques. L'armée américaine basée en Nouvelle-Calédonie pendant la Seconde Guerre Mondiale laissa un grand nombre d'infrastructures notamment médicales, comme la Clinique de l'Anse Vata. L'infrastructure médicale calédonienne connut une forte expansion après la guerre, parallèle à l'entrée du monde médical dans l'ère de la « big

⁴⁹⁷ Lepoutre examine plus en détails comment la prise en charge de la maternité fut l'une des dimensions les plus encadrées par cette conjonction de moralités religieuses et médicales. *Ibid.*, p. 106-110.

⁴⁹⁸ G. Agniel, A. Leca et G. Orfila, *Le Droit médical en Nouvelle-Calédonie, op. cit.*, p. 104-105.

science »⁴⁹⁹. Par ailleurs, les effectifs de médecins exerçant en Nouvelle-Calédonie augmentèrent considérablement dans les années 1970⁵⁰⁰.

A Lifou, la dispersion géographique fut de moins en moins problématique grâce à l'amélioration des routes et à l'arrivée des premières mobylettes, bus et voitures. Des centres de soins furent créés dans les tribus éloignées des deux dispensaires principaux, établissant la carte durable des infrastructures de santé à Lifou, reposant sur deux dispensaires principaux et plusieurs centres de soins répartis sur toute l'île⁵⁰¹, auxquels furent affectés des infirmiers kanaks. A côté du dispensaire de Wé construit en 1960, une vingtaine de cases de passage furent construites par la population pour accueillir les familles des malades. Ainsi, cet espace devint un véritable lieu de sociabilité⁵⁰² où les familles pouvaient préparer les repas de malades⁵⁰³. L'adduction en eau et l'installation de l'électricité facilita l'activité de soins de ce dispensaire, même si l'approvisionnement en eau resta un problème récurrent jusqu'au début des années 2000. Le dispensaire de Wé, devint le centre médical principal à partir de 1965, où vint exercer le principal médecin, le médecin-militaire de Xépénéhé, à partir de 1963, avant qu'un second médecin ne le remplace à Xépénéhé en 1966. A partir de cette période, les deux médecins militaires nommés pour trois ans dans chacun des deux dispensaires permirent une continuité de la présence médicale à Lifou.

A ces changements structurels s'ajoutèrent des changements institutionnels. A partir de 1948, un administrateur fut envoyé à Lifou pour gérer les trois îles Loyauté, ce qui libéra le médecin-résident des tâches administratives. Puis le transfert des activités médicales de la mission à l'administration coloniale en 1956⁵⁰⁴ donna plus de prestige au médecin. La

⁴⁹⁹ Pendant la deuxième guerre mondiale, le terrain tropical a joué un rôle crucial dans les bouleversements techniques, logistiques et institutionnels que connaît la médecine, faisant entrer le monde médical dans l'ère de la « *big science* ». La guerre a ainsi relancé les ambitions de la santé publique coloniale en favorisant un contexte qui inspira aux médecins des expériences coloniales. Jean-Paul Gaudillière, *Inventer la biomédecine : la France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, Paris, La Découverte, 2002, 391 p ; G. Lachenal, « Le médecin qui voulut être roi : Médecine coloniale et utopie au Cameroun », art cit, p. 131-133.

⁵⁰⁰ Les effectifs ont augmenté de 60% entre 1960 et 1970 avant d'atteindre un total de 152 en 1979. L. Arréghini et P. Waniez, *La Nouvelle-Calédonie au tournant des années 1990*, op. cit., p. planche 47.

⁵⁰¹ Il faut noter à cet égard la variabilité des centres de soins alors créés : comme le relèvent Agniel et Leca, la désignation « dispensaire » ne recouvre pas une définition uniforme, et a pu s'appliquer aux centres de santé des missionnaires comme à ceux de la colonie, aux dispensaires spécialisés situés à Nouméa, se redoublent ou non de centres médicaux ou d'infirmierie. Cette incertitude sur le vocabulaire traduit le flou réglementaire, encore aujourd'hui, de ces structures. Ils proposent comme définition unifiée l'idée de « centre de santé polyvalents de service public non hospitalier ». G. Agniel, A. Leca et G. Orfila, *Le Droit médical en Nouvelle-Calédonie*, op. cit., p. 106-111. A Lifou, les habitants continuent d'appeler « dispensaire » ce que les soignants et administratifs désignent par Circonscription médicale ou « CM ».

⁵⁰² Les familles étaient réparties en fonction de leur tribu d'origine : les familles de Luengöni au Nord, celles de Mou au Sud, celles de Hmelek au centre. M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfentement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 119.

⁵⁰³ Les repas furent assurés par un système d'intendance familiale jusqu'en 1990 *Ibid.*, p. 117.

⁵⁰⁴ Le dispensaire de Moria fusionna avec Xépénéhé en 1956 et la léproserie de Cila ferma en 1958. *Ibid.*, p. 116.

convention de fusion des dispensaires de Moria et de Xépénéhé prévoyait que l'ensemble de l'activité médicale passe alors sous l'autorité du médecin-chef, et que les infirmières et la sage-femme formée par la mission se mettent à sa disposition. Ainsi, en reprenant l'œuvre médicale des missionnaires, la médecine du dispensaire s'appropriera son capital non seulement matériel mais aussi symbolique⁵⁰⁵. Les dispensaires et la biomédecine bénéficièrent de ces apports, et la fréquentation des dispensaires s'accrut, bien avant la provincialisation⁵⁰⁶.

Ainsi, l'état de santé de la population de Lifou connut dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle d'importants progrès. La mortalité baissa et l'espérance de vie s'améliora, si bien que la population augmenta pour la première fois depuis le début de la période coloniale. Auparavant, la population de Lifou avait stagné à cause des maladies, d'un taux de mortalité infantile élevé (près de 50% dans les années 1930)⁵⁰⁷ mais aussi à cause de l'importance de la mobilité des hommes de Lifou vers la Grande Terre ou les Nouvelles Hébrides⁵⁰⁸. La fin du régime de l'indigénat, puis le boom du nickel en 1970 intensifia ces mobilités, mais les hommes purent cette fois être accompagnés de leurs épouses, si bien que les taux de natalité ne furent pas affectés. Ce phénomène ajouté aux progrès de la protection materno-infantile favorisa l'accroissement de la population⁵⁰⁹.

Les activités de soins se diversifièrent, et la médecine préventive apparut, continuité de l'hygiénisme missionnaire. Le médecin soignait au dispensaire différentes pathologies, et il menait en parallèle dans les tribus des campagnes de prévention portant sur la vaccination des enfants ou l'éducation sanitaire, en s'appuyant sur les instituteurs, les petits chefs et les pasteurs. En 1978, un rapport d'activité du Docteur Lederle insiste sur l'importance à donner à la prévention :

« Sur le plan curatif, nous en sommes arrivés pratiquement à une médecine de style métropolitain ; nous en sommes encore très loin en ce qui concerne l'hygiène et la prévention. Le médecin doit donc favoriser l'éducation »⁵¹⁰.

⁵⁰⁵ *Ibid.*, p. 118.

⁵⁰⁶ *Ibid.*, p. 134.

⁵⁰⁷ *Ibid.*, p. 113.

⁵⁰⁸ Dans un rapport de 1929, le Docteur Tivollier montre que 27% de la population masculine valide en âge de procréer résidait hors de Lifou en 1920. Service des Affaires Indigènes, question de la main-d'œuvre à Lifou. Rapport établi par M. Gayet, inspecteur de 2^{ème} classe et Tivollier, médecin de colonisation, 1929. Cité par Lepoutre *Ibid.*, p. 113-114.

⁵⁰⁹ En 1991, les îles Loyauté avaient les taux de nuptialité, de natalité et d'accroissement naturel les plus élevés du territoire. *Ibid.*, p. 114.

⁵¹⁰ *Rapport d'activité du Docteur Lederle*, s.l., 1978. Cité par Lepoutre. M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfance : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 122.

L'atlas de l'ORSTOM en 1981, faisant le bilan de l'activité de santé, insiste également sur l'importance de la dimension préventive dans les centres médicaux hors de Nouméa :

« Les circonscriptions médicales assurent diagnostics et traitements courants, dépistage, prophylaxie et hygiène, avec un grand souci d'éducation sanitaire progressivement étendue aux vigiles de santé inspirés des travailleurs sanitaires bénévoles de l'OMS »⁵¹¹

Dans la continuité des moralités missionnaires, ces préceptes d'hygiène furent assortis d'une dimension morale, notamment dans le domaine de la protection materno-infantile. Lepoutre décrit comment les familles, incitées à privilégier l'accouchement au dispensaire, étaient culpabilisées par le médecin quand mourait un nourrisson né à la maison, voire menacées d'être dénoncées aux gendarmes⁵¹².

Conclusion

Comme dans le reste de la Nouvelle-Calédonie, la situation coloniale qui caractérise l'histoire de Lifou a produit un ensemble de savoirs ethnologiques au croisement des pouvoirs de la mission, de la colonisation et du christianisme océanien⁵¹³. Alors que sur la Grande Terre, les guerres coloniales menées avec ou contre les Kanaks ont progressivement construit le contrôle politique des Français⁵¹⁴, aux Loyauté, la reformulation des corps, avec l'aide des élites Kanaks, a posé les bases de l'autorité coloniale. Les savoirs qui composent aujourd'hui le champ des pouvoirs politiques et médicaux continuent d'être marqués par les partages qui se sont alors opérés d'abord sous le regard missionnaire, puis dans la gouvernamentalité de la santé. Les récits ethnologiques ont alors produit un ensemble d'énoncés appartenant à des champs distincts mais possédant les mêmes règles de fonctionnement, règles qui reproduisent

⁵¹¹ L. Arréghini et P. Waniez, *La Nouvelle-Calédonie au tournant des années 1990*, op. cit., planche 47.

⁵¹² Dans les années 1960, les deux tiers des femmes accouchaient au dispensaire, et presque plus aucune ne le faisaient dans les années 1980. M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 123-124.

⁵¹³ Michel Naepels et Christine Salomon, *Terrains et destins de Maurice Leenhardt*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2007, p. 11.

⁵¹⁴ M. Naepels, *Conjurer la guerre*, op. cit., p. 54.

des partages historiquement déterminés⁵¹⁵ : le partage entre la Grande Terre et Lifou, entre thérapeutique légitime et rituels sorciers, entre soin de la communauté et séparation de la biomédecine.

Les récits des missionnaires, puis des anthropologues, se sont inscrits dans ce régime discursif. Dans la mission de civilisation, les Mélanésiens de Lifou ont été mesurés, comparés, leurs pratiques passées au scalpel, pour convaincre de leur potentiel d'intégration au projet colonial. En parallèle, la discipline des corps reposait sur une conjugaison des pouvoirs religieux et coutumiers. Loin d'être exempts de la violence coloniale, c'est une violence à distance qui se mit en place, dans les mobilités de travail vers la Grande Terre de Nouvelle-Calédonie, où ils occupèrent une place intermédiaire entre les autres catégories de population indigène. Sur une matrice composée de l'expérience du bagne et de celle de la lèpre, le maillage sanitaire qui se mit en place à Lifou se définit par la continuité des dispositifs coercitifs et curatifs : les régimes de soins entremêlèrent les pouvoirs disciplinaires – confinement des lépreux – et biopolitiques – primauté donnée à l'hygiénisme puis à la médecine préventive.

Cette double logique continue d'orienter les choix pris par les politiques de santé mentale contemporaines décrites dans la dernière partie de cette thèse. Mais auparavant, une histoire de la psychiatrie calédonienne est retracée, histoire qui rencontre plus tardivement celle de l'assistance sanitaire aux indigènes, et qui s'élabore d'abord à Nouméa, dans le contexte de la colonisation pénale.

⁵¹⁵ Michel Foucault, *L'Ordre du discours*, Paris, Gallimard, 1971, 88 p.



Source : Franz Schrader et Louis Gallouédec, *Géographie élémentaire de la France et de ses colonies rédigée conformément aux programmes des classes de 5e classique et 6e moderne*, Paris, Hachette, 1894

Chapitre 3 – Naissance d’une psychiatrie coloniale calédonienne

Le projet colonial en Nouvelle-Calédonie et ses reformulations ont modelé une institution et des pratiques psychiatriques propres à ce pays. La psychiatrie qui s’y est établie est un écho lointain des projets d’aliénisme pensés en métropole et qui donnèrent lieu à des variations propres aux différents territoires de l’empire. Trois paramètres sont à examiner pour saisir les variations locales de la psychiatrie coloniale : la vision du projet politique auquel est destiné l’espace conquis (une vision qui diffère entre Paris et les administrateurs locaux de la colonie) ; les idées raciales qui encadrent la perception des sujets colonisés (leur possibilité d’intégration au projet colonial) ; la personnalité de quelques médecins psychiatres influents et les modalités de mobilisation de leur pouvoir thérapeutique et des savoirs coloniaux. Je montre dans ce chapitre comment, dans un projet de colonisation pensé autour de l’institution pénitentiaire et du peuplement libre¹, les populations indigènes sont venues occuper la place physique et symbolique de la marge dans la constitution d’une société calédonienne. Le traitement de l’aliénation reflète l’originalité du projet de peuplement pensé pour la Nouvelle-Calédonie, dans lequel fut expérimentée une colonisation de peuplement issu du monde libre mais aussi pénal.

Il faut pour cela partir de l’espace pénal de l’île Nou, devenue Nouville, où est née la psychiatrie calédonienne à la fin du XIX^e siècle. De la même façon que Fann, à Dakar, tient une place centrale dans l’imaginaire social et historique des Dakarois aujourd’hui², Nouville évoque un passé colonial qui continue d’imprégner les représentations de la folie et de son traitement, et dont il convient de rendre compte pour comprendre les réformes contemporaines de la santé mentale.

¹ Isabelle Merle, « La Nouvelle-Calédonie, terre d’expériences coloniales », *Hermès, La Revue*, 2013, n° 1, p. 50-51.

² Katie Kilroy-Marac, *An Impossible Inheritance. Postcolonial Psychiatry and the Work of Memory in a West African Clinic*, Berkeley, University of California Press, 2019, 288 p.

Situé un peu plus loin que les bâtiments de la pénitencière sur l'île Nou, l'Hôpital du Marais devait soigner toutes les maladies des transportés, pathologies mentales incluses. A la fermeture du bagne, l'hôpital conserva sa dimension asilaire et évolua progressivement pour devenir en 1978 le Centre Hospitalier de Soins Albert Bousquet, qui héberge aujourd'hui les services de psychiatrie et de gériatrie de Nouvelle-Calédonie. Ce chapitre examine les variations de ce projet entre les propositions métropolitaines et leur application locale, puis leur évolution au gré des changements du projet colonial et de la société calédonienne.

D'une part, il s'agit d'exposer les spécificités d'un dispositif disciplinaire fondé sur les pratiques punitives pénales et renforcé par le régime d'exception que permet d'abord le statut pénal, puis le statut d'indigène. Dans le projet de société calédonienne, la psychiatrie est à considérer comme l'une des techniques de discipline des corps des sujets coloniaux – d'abord ceux des bagnards, puis ceux des indigènes à la suite de la réorientation politique vers la colonisation de peuplement, qui modifia les critères de la déviance à normaliser. Avec l'émergence d'une société calédonienne qui privilégia l'effacement de son passé pénal, de nouvelles marges se dessinèrent. La fin du régime de l'indigénat et l'expansion de l'économie minière se traduisirent ensuite par l'afflux des populations mélanésiennes vers Nouméa et l'émergence progressive des revendications indépendantistes.

D'autre part, on montrera comment cette disciplinarisation du monde calédonien passe par la production de savoirs locaux qui récupèrent une partie des savoirs de l'ethnologie missionnaire, notamment de Leenhardt. En effet, l'altérité joue un rôle central dans la constitution du savoir psychiatrique, qui est donc indissociable d'une réflexion sur les catégories socioethniques. Les colonies de peuplement ont été particulièrement enclines à établir un ensemble de discours psychopathologiques autour de la culture, qui n'était souvent qu'une variante du discours sur la race³. Ce chapitre poursuit donc la réflexion sur la gouvernementalité, en examinant la place qu'ont tenu les Kanaks comme « population » à administrer en fonction du projet politique, social, et économique de Nouvelle-Calédonie, et comme objet d'un discours de savoir par le pouvoir disciplinaire⁴. Après avoir présenté l'aliénisme tel qu'il était pensé pour les colonies et en Nouvelle-Calédonie (I), je décris l'architecture du premier asile d'aliénés, les conditions d'internement et les pathologies qui y furent observées (II). Puis j'expose les conditions de la fermeture du bagne et son impact sur

³ Sloan Mahone et Megan Vaughan, *Psychiatry and Empire*, New York, Palgrave Macmillan, 2007, p. 3.

⁴ Michel Foucault, « *Il faut défendre la société* ». *Cours au Collège de France (1975-1976)*, Paris, Seuil, 1997, 283 p.

la reconfiguration de l'asile (III), avant de présenter les premiers écrits d'ethnopsychiatrie rédigés dans le contexte de sa rénovation à partir des années 1960 (IV).

I. L'aliénisme dans les colonies et à « la Nouvelle »

C'est en France, au croisement de l'ethnologie, de l'aliénisme et de la politique coloniale, qu'il nous faut débiter cette histoire de la psychiatrie calédonienne. Comme bon nombre de politiques de l'empire, celle qui vise à traiter l'aliénation chez les peuples des colonies se décide d'abord dans l'administration et la médecine coloniale, avant de se décliner avec des variations considérables dans chaque territoire conquis. Au tout début du XX^{ème} siècle, la consolidation de l'aliénisme et de l'ethnologie comme disciplines, en parallèle de la stabilisation de l'empire colonial et du changement de sa politique indigène, explique l'intérêt naissant pour la prise en charge de la folie chez tous les peuples de la colonie, et en particulier au sein des populations indigènes.

Aliénisme, ethnologie et colonisation

La question de l'altérité est au cœur de l'aliénisme autant que de l'ethnologie qui se constituent comme disciplines au XIX^{ème} siècle, au point de croiser parfois leurs travaux⁵. Pinel participe par exemple à la Société des Observateurs de l'Homme⁶ et l'intérêt pour l'altérité en général se tourne progressivement vers la question de l'aliénation indigène : les aliénistes cherchent dans l'altérité la compréhension de la normalité, et s'interrogent sur l'existence ou non d'aliénés dans les sociétés extra-européennes⁷. Cette interrogation rejoint l'ethnologie missionnaire décrite au chapitre précédent, pour qui la civilisation occidentale

⁵ René Collignon, « La Psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal : esquisse d'une historisation comparative », *Revue Tiers Monde*, 2006, n° 3, p. 528 ; Richard Rechtman, « La Psychiatrie à l'épreuve de l'altérité. Perspectives historiques et enjeux actuels » dans Didier Fassin (ed.), *Les Nouvelles frontières de la société française*, Paris, La Découverte, 2010, p. 101-128.

⁶ R. Collignon, « La Psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal : esquisse d'une historisation comparative », art cit, p. 528.

⁷ R. Rechtman, « La Psychiatrie à l'épreuve de l'altérité. Perspectives historiques et enjeux actuels », art cit.

menace de dissolution les individualités et les communautés mélanésiennes. Aliénistes et psychiatres des colonies partagent cet intérêt pour l'ethnologie comme étude des mentalités qui n'auraient pas été touchées par la civilisation. Plus exactement, les aliénistes puis les psychiatres ont constamment cherché à comprendre l'impact de la civilisation occidentale et du colonialisme sur les peuples colonisés. Cela se traduira plus tard chez Fanon par une critique de l'expérience coloniale, qui selon lui aboutirait à la dépersonnalisation des sujets colonisés, puis à la folie⁸. Mais la démarche de Fanon, qui introduit une perspective historique et s'inscrit dans les mouvements de décolonisation, est radicalement différente de celle de la plupart des aliénistes qui intervinrent dans les colonies. Ceux-ci se situaient du côté de l'ordre colonial, qui considérait les sujets colonisés comme souffrant d'une inadaptation fondamentale à la modernité et à la civilisation occidentale. Ils cherchaient donc à distinguer chez les indigènes les pathologies de ce qu'ils considéraient comme la mentalité « normale », pour prouver l'universalité de la folie ou au contraire la contredire. Pour penser les troubles psychiatriques des indigènes, il fallait donc établir ce qu'était la « normalité » de leur mentalité⁹.

Chez les aliénistes français, on trouve trace de ces interrogations dans des articles publiés dans des journaux comme les *Annales Médico-Psychologiques*. Le psychiatre Jacques-Joseph Moreau de Tours y publie par exemple en 1843 des « Recherches sur les aliénés en Orient »¹⁰, texte qui fonde, selon René Collignon, la réflexion sur le lien entre aliénation et civilisation. L'hypothèse à laquelle tentent de répondre ces travaux est celle d'une absence de folie dans les sociétés non touchées par la civilisation urbaine. Il s'agit d'un questionnement récurrent de l'aliénisme naissant, pas seulement auprès des peuples indigènes : la ville et ses vices sont décrits comme la source première des maladies mentales, et les recherches auprès des peuples indigènes visent à le prouver en montrant l'absence de maladies mentales dans ces populations non touchées par la civilisation occidentale. Cette hypothèse de la « déculturation pathogène » sera largement reprise et reformulée ultérieurement autant par les psychiatres que par les administrateurs coloniaux¹¹. C'est ce paradigme épistémique qui sous-tend les écrits ethnologiques des missionnaires dont j'ai rendu compte dans le chapitre 2. De fait, on trouve très peu de descriptions de phénomènes de folie en Nouvelle-Calédonie dans les récits des premiers observateurs du XIX^{ème} siècle. Dans sa thèse de médecine, le Docteur Eugène

⁸ Frantz Fanon, *L'An V de la révolution algérienne*, Paris, François Maspéro, 1959, vol.3, 175 p.

⁹ S. Mahone et M. Vaughan, *Psychiatry and Empire*, *op. cit.*, p. 2.

¹⁰ Cité par R. Collignon, « La Psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal : esquisse d'une historisation comparative », *art cit.*, p. 528.

¹¹ *Ibid.*, p. 541.

Vinson décrit les symptômes d'une « folie aiguë »¹², Leenhardt mentionne quant à lui dans ses *Notes d'ethnologie* des crises épileptiformes et des exaltations hystériques qu'il met en relation avec la violation d'interdits¹³. Enfin Lambert fait allusion à des actes de sorcellerie commis à l'aide des pierres de folie, des folies collectives et passagères sur des groupes de femmes ou encore des égarements de femmes qui auraient franchi des limites interdites¹⁴. Mais ces rares cas de folies décrits sont plutôt associés aux pratiques magiques ou perçus comme résultant du contact avec la civilisation européenne.

Si les descriptions de l'aliénation sont limitées, c'est que la question de l'aliénation indigène se voit supplantée par la fascination pour la mentalité indigène, perçue comme fondamentalement autre. C'est un trait retrouvé dans une part importante des écrits de psychiatrie de cette période. Il est moins présent chez Emile Kraepelin, fondateur des nosographies contemporaines de l'aliénation, parti l'étudier dans les asiles de Java (1904). Ce psychiatre y recherche avant tout des éléments pour consolider les classifications des maladies mentales et prouver leur universalité¹⁵. Mais ce projet scientifique dévie le plus souvent de sa finalité première en se focalisant sur les mentalités indigènes plutôt que sur les manifestations de folie. Dans le contexte ultérieur des révoltes contre le pouvoir colonial en Indonésie, et dans le contexte colonial français, l'observation psychiatrique fut mise au service de l'administration coloniale, pour comprendre les raisons de « l'infériorité » de la psyché dite « primitive »¹⁶. Comme l'a montré l'historiographie de la psychiatrie aux colonies, celle-ci s'est construite sur la base d'un regard qui glissait de l'observation clinique vers la fascination pour les mentalités « autres ». Plutôt que d'observer la folie, les premiers observateurs ont plutôt cherché à mettre en avant les traits de la mentalité indigène qui les distinguaient ou au contraire les rapprochaient des occidentaux¹⁷. Ces observations participaient de l'élaboration du projet colonial dans la mesure où, pour les administrateurs coloniaux, connaître la

¹² L-P. Eugène Vinson, *Eléments d'une topographie médicale de la Nouvelle-Calédonie et de l'Île des Pins*, Paris, 1858.

¹³ Maurice Leenhardt, *Notes d'ethnologie néo-calédonienne*, Paris, Institut d'ethnologie, Musée de l'Homme, 1980, 340 p.

¹⁴ Père Lambert, *Moeurs et Superstitions des Néo-calédoniens*, Nouméa, Société d'études historiques de la Nouvelle-Calédonie, 1976.

¹⁵ R. Rechtman, « La Psychiatrie à l'épreuve de l'altérité. Perspectives historiques et enjeux actuels », art cit, p. 103-104.

¹⁶ Hans Pols, *Nurturing Indonesia: Medicine and Decolonisation in the Dutch East Indies*, Cambridge, Cambridge University Press, 2018 ; R. Rechtman, « La Psychiatrie à l'épreuve de l'altérité. Perspectives historiques et enjeux actuels », art cit, p. 104.

¹⁷ Warwick Anderson, « Hermansburg, 1929: Turning Aboriginal "primitives" into modern psychological subjects », *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 2014, vol. 50, n° 2, p. 127-147 ; H. Pols, *Nurturing Indonesia*, op. cit.

mentalité des indigènes devait permettre de décider de leur capacité à intégrer celui-ci ou non¹⁸.

En Nouvelle-Calédonie, la question semble dans un premier temps avoir été rapidement évacuée, l'aliénation indigène n'apparaissant que de façon lointaine dans les premiers rapports médicaux et les congrès coloniaux. Malgré les efforts de Leenhardt et des autres missionnaires pour convaincre de l'aptitude des mélanésien à rejoindre la civilisation – à condition que celle-ci suive les principes de la foi chrétienne – les insulaires restent pour l'administration coloniale inscrits dans une altérité radicale. Puisque leur normalité est perçue comme pathogène, fondamentalement inapte à la civilisation occidentale, c'est aux vices de celle-ci que leur aliénation est reliée et la mise à distance sera l'unique prophylaxie envisagée.

L'aliénation dans la « Mission civilisatrice » : le Congrès colonial de 1905

Alors que les écrits ethnologiques de Nouvelle-Calédonie évacuent la question de la folie indigène, à la même période, la mise en place d'asiles dans les colonies devient l'une des préoccupations de la médecine coloniale telle qu'elle se pense en métropole. Jusqu'ici, l'aliénation était pensée exclusivement pour les populations européennes, qui étaient pour la plupart rapatriée. Les discussions entre aliénistes de la métropole commencent alors à intégrer l'importance de l'aliénation indigène. C'est dans le congrès colonial de 1905 qu'apparaît cette question pour la première fois. La stabilisation de l'empire colonial, conjuguée à l'émergence de la médecine tropicale et à celle de l'aliénisme, expliquent la place croissante de la question de l'aliénation indigène dans les débats métropolitains portant sur la politique coloniale.

J'ai décrit au chapitre 2 que le début du XX^{ème} siècle était une période dans laquelle l'Empire français, comme les autres empires coloniaux, essayait d'asseoir sa légitimité par le biais de politiques coloniales qui étendaient l'assistance sanitaire à tous les peuples des colonies et qui commençaient à intégrer les peuples colonisés. La « Mission civilisatrice » des Français faisait écho à la « politique éthique », politique coloniale officielle de l'empire néerlandais à partir de 1901¹⁹. Dans ces nouvelles doctrines, on attend des psychiatres qu'ils

¹⁸ La conception faite de la mentalité des indigènes, différente par exemple entre ceux d'Algérie et ceux d'Algérie, décida des législations différentes des réserves en orientant les débats entre assimilation ou exclusion dans chaque colonie. Isabelle Merle, « Le Régime de l'indigénat et l'impôt de capitation en Nouvelle-Calédonie. De la force et du droit. La genèse d'une législation d'exception ou les principes d'un ordre colonial » dans Alain Saussol et Joseph Zitomersky (eds.), *Colonies, Territoires, Sociétés. L'enjeu français*, Paris, L'Harmattan, 1996, p. 228.

¹⁹ H. Pols, *Nurturing Indonesia, op. cit.*, p. 3.

apportent des éclairages qui aideront au développement de la population indigène, en renforçant leurs mœurs et leur intellect, afin qu'ils participent à la colonie²⁰.

La compétition entre grandes puissances se traduit également dans les mesures prises pour les populations coloniales, européennes et indigènes, mesures dont on trouve la trace dans les congrès coloniaux. La psychiatrie joua un rôle central dans les différents projets portés par les empires coloniaux, mais ce rôle fut chaque fois distinct en fonction des empires, et à l'intérieur de ceux-ci. Comme l'ont montré les auteurs de *Psychiatry and Empire*, il n'existe pas une histoire univoque du lien entre la psychiatrie et le pouvoir colonial, mais une variation de cette relation selon les empires et les territoires²¹.

La période qui s'étend de 1904 à 1911 constitue un tournant dans la fondation d'une psychiatrie coloniale française singulière. Les congrès coloniaux ou les congrès d'aliénistes sont des moments centraux de la constitution de pratiques et savoirs médicaux ainsi que de la confrontation des moralités comme des idéologies coloniales.

Les rapports et comptes-rendus qui sont produits à ces occasions constituent un matériau précieux pour comprendre la place que tiennent les savoirs psychiatriques dans les enjeux politiques coloniaux.

Bien que la parasitologie, discipline reine de la médecine tropicale, continue d'y tenir une place centrale, la question des aliénés est aussi mentionnée au Congrès colonial de 1905 par la Septième Section, en charge de la « Médecine et Hygiène coloniales »²². Celle-ci dresse un bilan sévère de la prise en charge de l'aliénisme dans les différentes colonies, toutes populations confondues. Les asiles des colonies anglaises d'Australie et hollandaises de Java sont mobilisés comme contre-exemples positifs pour rendre compte du retard français. Il n'existe alors presque aucun asile dans les colonies françaises et la prise en charge se limite donc aux rapatriements, coûteux et désastreux – à Marseille, 20% des indigènes rapatriés pour aliénisme y meurent de tuberculose. Un programme ambitieux est alors proposé pour y remédier, qui inclut entre autres « l'institution de médecins civils aliénistes coloniaux », la création « d'asiles coloniaux avec colonies agricoles » qui comportent des salles pour « délirants passagers »²³, alternative à l'enfermement qui constitue une innovation pour

²⁰ *Ibid.*, p. 116-137.

²¹ S. Mahone et M. Vaughan, *Psychiatry and Empire*, *op. cit.*, p. 3.

²² La question de l'aliénation est déjà apparue dans les débats coloniaux, mais c'est la première fois qu'est évoquée l'aliénation indigène.

²³ René Worms et al., *Congrès colonial français de 1905 : séance d'ouverture, compte rendu des conférences et des séances de section, analyse des travaux, rapport général*, Paris, Secrétariat général des Congrès coloniaux français, 1905, p. 308.

l'époque²⁴. Les propositions faites pour la prise en charge des indigènes se veulent aussi innovantes, puisqu'il est recommandé « que la langue indigène [soit] exigible rapidement des médecins et de l'infirmier chef (...), que la recherche discrète des affections mentales chez les indigènes soit encouragée et que la déclaration des cas dangereux soit rendue obligatoire, au moins temporairement »²⁵. Cet état des lieux et les recommandations qui l'accompagnent sont favorablement reçus par les aliénistes, qui considèrent à son sujet qu'il « serait temps de s'occuper sérieusement de l'assistance et des soins pour les aliénés coloniaux, européens ou indigènes »²⁶.

Pour comprendre la portée relative de cet intérêt pour l'aliénation indigène, il faut prendre en considération les débats entourant en parallèle la « politique indigène », qui s'élabore lors du même Congrès. Les participants – médecins, députés, ingénieurs – réfléchissent à l'élaboration d'une telle politique, qui s'inspirerait de celles que mènent les autres puissances coloniales²⁷. La médecine coloniale y joue un rôle central, à la fois de protection des populations européennes et de préservation de la main-d'œuvre indigène. En parallèle se tiennent toutefois des débats concernant la proposition « d'assimilation » de certaines colonies, débats au travers desquels se dessine une typologie des colonies dont le critère discriminant est la hiérarchie raciale en fonction de la proximité supposée des mœurs indigènes avec la métropole²⁸. Cette typologie offre un premier cadre pour comprendre la mise en place d'une assistance médicale et psychiatrique distincte en fonction des colonies et

²⁴ Il s'agit de transposer dans les colonies les idées alors progressistes de Toulouse et Esquirol, qui avaient abouti à la « loi des aliénés » de 1838. Cette loi est l'aboutissement des avancées de l'aliénisme français : elle régleme l'enfermement des aliénés et institue la création d'asiles dans tous les départements.

²⁵ R. Worms et al., *Congrès colonial français de 1905 : séance d'ouverture, compte rendu des conférences et des séances de section, analyse des travaux, rapport général, op. cit.*, p. 308-309.

²⁶ « L'Aliénation aux colonies », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, 1905, p. 436.

²⁷ Dans sa présentation, J. Chailley, fondateur de l'Institut colonial international, affirme que « la manière de faire de la politique indigène est une des questions les plus pressantes à l'heure actuelle ; elle l'est pour les Allemands, les Anglais, les Hollandais. Nous sommes, dans les colonies, quelques milliers d'hommes isolés en face de quelques centaines de milliers d'indigène, et nous devons être assez forts pour les maintenir, assez habiles pour les diriger et pour faire leur bonheur ». Chailley « La Politique indigène aux Indes anglaises », in R. Worms et al., *Congrès colonial français de 1905 : séance d'ouverture, compte rendu des conférences et des séances de section, analyse des travaux, rapport général, op. cit.*, p. 142.

²⁸ Ainsi, le député guadeloupéen Gerville-Réache y distingue les « vieilles colonies » (Antilles, Guyane, Réunion) proches des mœurs françaises, de celles comportant une « majorité indigène organisée » (Indochine), et enfin d'un troisième groupe de colonies dites « inorganiques », où « les races indigènes sont émiettées, indifférentes ou hostiles les unes aux autres, sans solidarité aucune de croyances, de langages ou de mœurs ». C'est au nom de cette typologie coloniale qu'il réclame une assimilation des Antilles, mais pas pour les colonies dites « inorganiques » où les indigènes sont jugés incapables d'assimilation.

des indigènes qui les peuplent²⁹. De ce fait, la Nouvelle-Calédonie, appartenant aux colonies dites « inorganiques », est absente des débats du Congrès Colonial.

Entre 1904 et 1911, congrès – d’aliénistes ou coloniaux – et rapports sur la question se multiplient, pour culminer en 1912 au Congrès des aliénistes à Tunis³⁰.

Ces congrès se tiennent à une période où, en Nouvelle-Calédonie, certains administrateurs coloniaux pensent voir disparaître les Kanaks. Maurice Leenhardt, qui est arrivé en 1902, entreprend alors de lutter contre leur disparition. Puis sa rencontre avec Lucien Lévy-Bruhl et Marcel Mauss en 1910 le poussera à étudier leur mentalité.

Le rapport sur « L’Assistance des Aliénés aux Colonies » de Régis et Reboul, 1912 : naissance de la psychiatrie coloniale

Les recommandations faites au Congrès colonial de 1905 sont reprises d’abord au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes réunis à Dijon en 1908, puis à celui de Tunis en 1912. Entre ces deux congrès, les Docteurs Reboul et Régis, encouragés par le Ministère des Colonies, préparent un rapport détaillé qui dresse l’état des lieux de la prise en charge de l’aliénation dans les colonies et qui constitue le document fondateur de la psychiatrie coloniale française.

Ce rapport poursuit l’argumentaire ébauché en 1905 en l’étayant d’exemples fouillés et en proposant des recommandations, cette fois plus précises. Il s’agit comme en 1905 d’appliquer la législation sur l’aliénation de 1838, mais en l’adaptant au contexte colonial, de créer des établissements spécialisés, avec des pavillons séparés pour les Européens et pour les indigènes, de former des psychiatres coloniaux qui mettront en place la réforme dans chaque colonie, d’arrêter les rapatriements vers la métropole, enfin d’assister les troupes coloniales et de prévenir les « psychoses coloniales »³¹. Comme le relève Jean-Michel Bégué, le

²⁹ L’idée d’une déclinaison variable des politiques indigènes en fonction des contextes coloniaux est une constante qui traverse toutes les dimensions de la colonisation. On la retrouve par exemple dans la question du droit à la propriété pensé distinctement pour les indigènes d’Algérie et de Nouvelle-Calédonie : Isabelle Merle a montré comment les Kanaks étaient perçus comme appartenant à une race trop « primitive » et trop éloignée des normes occidentales pour s’adapter à l’idée de propriété privée, à la différence des musulmans, jugés aptes à une éventuelle assimilation. Isabelle Merle, « De l’idée de cantonnement à la constitution de réserves. La définition de la propriété indigène » dans Alban Bensa et Isabelle Leblic (eds.), *En Pays kanak : Ethnologie, linguistique, archéologie, histoire de la Nouvelle-Calédonie*, Paris, Editions de la Maison des Sciences de l’Homme, 2000, vol.14, p. 220.

³⁰ Reboul et Régis mentionnent 22 rapports produits entre 1904 et 1911. Henry Reboul et Emmanuel Régis, *L’Assistance des aliénés aux colonies*, Paris, p. 6-8.

³¹ *Ibid.*, p. 206.

programme s'inscrit dans une vision utopique du monde colonial et mêle la bienveillance au « désir de destruction des cultures locales »³².

Le rapport dresse un bilan désastreux de l'assistance aux aliénés dans les colonies, qui est une fois encore comparée à celle déjà mise en œuvre dans les colonies britanniques et néerlandaises. Alors que l'Australie compte déjà 26 asiles, il n'en existe que très peu dans les colonies françaises. Puisque la loi de 1838 n'y a pas été appliquée, le soin des aliénés dans les « vieilles colonies » (Martinique, Guadeloupe) et en Algérie est rudimentaire et passe souvent par l'évacuation vers la métropole, tandis qu'il est inexistant dans les autres colonies plus récentes. Pourtant, les auteurs du rapport ont alors déjà pris parti pour l'universalité de l'aliénation et ils cherchent précisément à en convaincre les confrères qui en douteraient encore :

« En vain oppose-t-on que la folie est rare chez les peuples neufs de nos colonies. C'est là une profonde erreur. La folie est aussi ancienne que le monde. C'est un mal humain, qui a existé de tout temps et en tous lieux, dans toutes les races et dans tous les pays, et sur lequel la civilisation, par les excès, le surmenage, la complexité de la vie qu'elle entraîne, n'agit que de façon toute relative et seulement pour le multiplier et le compliquer »³³.

Il s'agit d'un premier retournement, puisque le rôle néfaste de la « civilisation » continue d'être un facteur important, mais secondaire dans le déclenchement de l'aliénation. Pour Reboul et Régis, les cas sont plus rares chez les peuples indigènes uniquement parce qu'ils y sont plus souvent « ignorés ou dissimulés dans leurs tribus ou dans leurs cases »³⁴. Aux observations hasardeuses des premiers médecins ou missionnaires, inexacts du fait d'un manque de compétence en aliénisme, ils opposent celles fournies par les médecins plus récemment formés à la médecine coloniale, qui proposent dans le rapport les premières observations de ces formes d'aliénation dans les colonies françaises.

« Tous ceux de nos anciens élèves qui ont fait des investigations dans ce sens sont unanimes à déclarer qu'il existe partout, chez les indigènes, des épileptiques, les uns vivant enchaînés, les autres vaguant librement, presque tous soumis aux pratiques fétichistes des sorciers (...). On peut donc poser en principe que la folie existe, plus ou

³² J.-M. Bégué, « Genèse de l'ethnopsychiatrie, un texte fondateur de la psychiatrie coloniale française : le rapport de Reboul et Régis au Congrès de Tunis en 1912 », *Psychopathologie africaine*, 1997, vol. 28, n° 2, p. 211-212. Cité par R. Collignon, « La Psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal : esquisse d'une historisation comparative », art cit, p. 530.

³³ H. Reboul et E. Régis, *L'Assistance des aliénés aux colonies*, op. cit., p. 11.

³⁴ *Ibid.*

moins fréquente, chez les indigènes de toutes nos colonies, et qu'il suffit de l'y rechercher avec quelque compétence et quelque soin, pour s'en assurer »³⁵.

Sur la base des observations envoyées par les médecins en poste dans toutes les colonies françaises, le rapport déroule ainsi les variations observées dans l'aliénation en chaque endroit. Et de la même façon que la parasitologie pose les bases de la médecine tropicale en déclinant les maladies propres aux colonies et les facteurs variables qui y aggravent les conditions de santé, l'aliénisme des colonies classe les différents facteurs aggravants l'état mental des colonisés et des colons : les conditions climatiques (chaleur, soleil), les maladies exotiques (paludisme, maladie du sommeil, insolation) et la consommation de substances (opium, haschich, alcool). La mise en avant de l'environnement et des substances consommées pose un cadre d'analyse durable de la maladie mentale.

Toutefois d'autres facteurs influencent la variabilité non pas de l'aliénation, mais plutôt de ses conditions d'observation et des modalités de son énonciation par les médecins coloniaux. Les analyses faites au fil du rapport des différentes formes de psychopathies observées chez les indigènes et chez les Européens (répartis entre militaires, criminels et colons) indiquent que la connaissance de l'aliénation se construit distinctement en fonction des représentations que se font les médecins de la mentalité indigène et des types de colonisation, qui se traduisent par une hétérogénéité des institutions médicales mises en place dans les différentes colonies.

C'est sous cet angle qu'il convient d'analyser le contenu du rapport portant spécifiquement sur la Nouvelle-Calédonie, qui marque une première étape de l'histoire de l'aliénisme dans cette colonie.

L'aliénation en Nouvelle-Calédonie : observations cliniques et prises en charges en fonction des catégories de population

Comme l'a montré Isabelle Merle dans son étude sur la politique de cantonnement en Nouvelle-Calédonie, les décisions mises en œuvre localement sont à replacer dans le contexte plus large de l'Empire français, pour analyser les discordances entre les volontés du Ministère de la marine et des colonies, et leurs déclinaisons variables en fonction de la situation coloniale de chaque colonie³⁶. En matière d'aliénation, les vœux émis au Congrès colonial de

³⁵ *Ibid.*, p. 11-12.

³⁶ I. Merle, « De l'idée de cantonnement à la constitution de réserves. La définition de la propriété indigène », art cit.

1905 puis l'ensemble des législations qui seront décidées par la suite se déclineront aussi de façon spécifique en Nouvelle-Calédonie, colonie marquée par la « matrice originelle » du bagne³⁷.

En effet, la partie du rapport de Reboul et Régis qui concerne la Nouvelle-Calédonie se concentre sur la population pénale. Les pathologies rencontrées et la prise en charge à l'hôpital du bagne sont au cœur du propos des médecins rendant compte de l'aliénation calédonienne, et les autres populations de la colonie – population libre, travailleurs immigrés et Kanaks – font l'objet d'une attention secondaire. La population pénale est alors au cœur du projet colonial calédonien, les colons libres et la main d'œuvre immigrée étant peu nombreux, et les Kanaks étant voués à disparaître. Pour les médecins qui rédigent les éléments du rapport sur la Nouvelle-Calédonie,

« Ce qui fait l'intérêt particulier de l'assistance des aliénés, en Nouvelle-Calédonie, c'est la population pénale de cette colonie. Nous passerons donc rapidement sur les autres parties de cette assistance, beaucoup moins importantes, pour étudier de façon plus détaillée l'aliénation mentale et son traitement chez les transportés (...). »³⁸

De ce fait, les catégories de population qui composent la colonie font l'objet d'un traitement distinct dans le rapport, témoin des logiques propres à la gouvernementalité de la santé qui se met alors en place en Nouvelle-Calédonie. Le savoir psychiatrique – premières épidémiologies, premières observations cliniques et interprétations étiologiques – qui se construit dans la colonie, et dont on voit les premières traces dans le Rapport de Reboul et Régis, reproduit le traitement différentiel fait en fonction des populations pénales, libres et indigènes.

Ainsi, alors que la prise en charge de l'aliénation indigène est un des objectifs centraux de Reboul et Régis, le peu d'informations sur les aliénés indigènes de Nouvelle-Calédonie reflète le désintérêt et les difficultés pour la mise en place effective d'une assistance sanitaire aux populations kanakes. Les différents indigènes ne sont pas distingués : aliénés « canaques, annamites, javanais »³⁹ sont tous soignés au même endroit, à « l'Orphelinat », qui correspond au « dépôt » où ils viennent chercher un emploi⁴⁰. Le Docteur Ortholan y exerce dans une petite formation sanitaire dotée de « salles communes, quelques petites pièces pouvant servir

³⁷ Benoît Trépied, *Une Mairie dans la France coloniale. Koné, Nouvelle-Calédonie*, Paris, Karthala, 2010, p. 215.

³⁸ H. Reboul et E. Régis, *L'Assistance des aliénés aux colonies*, op. cit., p. 142.

³⁹ *Ibid.*, p. 147.

⁴⁰ Il s'agit en fait de l'endroit où les indigènes venus des réserves pour travailler attendent de trouver un emploi (cf. chapitre 2).

à isoler soit des contagieux, soit des aliénés ». Le traitement de l'aliénation reproduit ainsi celui de la lèpre, dont on prévient la contagion par l'isolement. S'ils sont employés, ils sont soignés à l'Orphelinat, sinon ils sont renvoyés dans leurs familles. Mais le rapatriement vers la métropole est exclu, alors qu'il est pratiqué dans la population européenne libre⁴¹. Seuls deux indigènes auraient été soignés pour aliénation à l'Orphelinat. Les auteurs du rapport font l'hypothèse que la rareté observée résulte plutôt d'un accès limité des médecins aux tribus, négativement associés au dépistage et à l'internement des lépreux⁴².

Sans pouvoir disposer de cas cliniques pour étayer une analyse de l'aliénation indigène, l'observation clinique se tourne naturellement vers la description de pathologies jugées proches, à savoir l'alcoolisme, qui est présenté avec la lèpre et la tuberculose comme l'une des causes de la dépopulation kanake :

« La question de l'alcoolisme est trop liée à celle de l'aliénation mentale pour qu'on n'y prête pas attention. Au contact des Européens, encouragés par les traitants et beaucoup de colons qui y voient le plus clair de leurs bénéfices, les Canaques s'adonnent passionnément à l'alcool. Aussi leur nombre va-t-il en décroissant tous les ans. (...) Il est probable que les habitudes alcooliques sont pour beaucoup dans cette diminution si rapide de la population, décimée en outre par la tuberculose et la lèpre. »⁴³

Ainsi se décline la représentation d'une civilisation occidentale pathogène pour les Kanaks, civilisation dont la représentation métonymique est l'alcool. Reprenant un motif qui traverse les descriptions ethnologiques des missionnaires, l'observation clinique se reporte sur ce qui dans la civilisation peut être mesuré, à savoir la consommation d'alcool. La consommation de substance est ainsi mise au même niveau que les maladies contagieuses, un travers durablement observé dans les épidémiologies et les étiologies de la maladie mentale, jusqu'aujourd'hui.

Puisque l'alcoolisme est la seule observation « clinique » faite, la seule recommandation proposée en matière d'amélioration de la prise en charge de l'aliénation indigène est l'interdiction de la vente d'alcool :

« Depuis quelques années, l'administration a pris le parti d'interdire d'une façon absolue le commerce des spiritueux aux îles Loyalty (le vin excepté). Dans ces Îles, l'administration n'est pas gênée par les traitants et les colons. Mais, en Nouvelle-Calédonie, rien n'est fait pour empêcher les progrès de l'alcoolisme et la moindre

⁴¹ H. Reboul et E. Régis, *L'Assistance des aliénés aux colonies, op. cit.*, p. 147. A la différence de l'Algérie ou du Sénégal, il n'y a pas de rapatriement des indigènes de Nouvelle-Calédonie vers la métropole.

⁴² *Ibid.*

⁴³ *Ibid.*

mesure prohibitive soulèverait les plus vives protestations des personnes intéressées à débiter leur alcool. »

Ainsi, le regard clinique qui ne se porte que sur ce qu'il peut mesurer – la consommation d'alcool – pose les bases durables de la gouvernementalité des troubles mentaux : faute d'accès à des cas cliniques d'aliénés indigènes, le regard se déplace vers des troubles plus visibles dont l'épidémiologie est facilitée par la statistique policière et sur lesquels une emprise relative est possible, l'interdiction de l'alcool. L'alcool et son interdiction sont l'un des fondements durables de la constitution d'une psychiatrie calédonienne, que le contexte pénal plus large favorise. On notera avec Isabelle Merle que l'alcool, fléau qui touche toute les ethnies de la colonie, n'est interdit que pour les Kanaks⁴⁴. Pour les insulaires, l'aliénation est alors le résultat non d'une pathologie mais d'une substance importée par la civilisation occidentale. C'est donc toujours comme inadaptée à celle-ci, puisqu'elle ne s'accompagne pour eux que de vices, que la nature des insulaire est susceptible d'être troublée par la folie. La gouvernementalité coloniale se consolide autour d'une gestion du corps des Kanaks qui consiste à les contenir dans les réserves, isolés de la civilisation occidentale, mais gérés par les missionnaires qui entreprennent la réforme morale afin de faire d'eux une force de travail adaptée aux besoins de la colonie.

Autre différence notable de traitement dans ces écrits médicaux, la population libre semble relativement moins concernée par l'alcoolisme. De fait, le régime de soins propre aux aliénés de la population libre permet à ceux-ci de sortir rapidement de la gouvernementalité pénale. Pour cette catégorie de population, tout est fait pour qu'ils ne soient pas gardés dans leur famille et, alors que les aliénés pénaux sont pris en charge dans l'hôpital du bagne, sur l'île Nou en face de Nouméa, les aliénés libres sont pris en charge à l'hôpital de Nouméa, dans des cellules plus accueillantes. Si leur état se prolonge, ils sont envoyés dans des asiles de métropole⁴⁵. Encore plus que dans les autres colonies, les rapatriements posent des problèmes importants, étant donné la durée et le coût des traversées maritimes vers la métropole⁴⁶. Ce sont donc auprès des médecins qui accueillent les aliénés rapatriés à Quimper et à Morlaix, et

⁴⁴ I. Merle, « Le Régime de l'indigénat et l'impôt de capitation en Nouvelle-Calédonie. De la force et du droit. La genèse d'une législation d'exception ou les principes d'un ordre colonial », art cit, p. 231.

⁴⁵ Des rapatriés commencent à être envoyés de Nouvelle-Calédonie vers les asiles de France à partir de 1879 et un accord avec les asiles de Morlaix (pour les femmes) et Quimper (pour les hommes) existe depuis 1889. Lettre ministérielle du Sous-secrétariat des Colonies, 3 juillet 1889, cité par H. Reboul et E. Régis, *L'Assistance des aliénés aux colonies*, op. cit., p. 144.

⁴⁶ La traversée est longue (entre 3 et 6 mois), coûteuse (1000 francs par personne) et problématique puisque les Messageries maritimes qui sont alors les seules à desservir la Nouvelle-Calédonie de façon régulière refusent de rapatrier les aliénés malades sans qu'il y ait deux personnes pour les accompagner. Les malades sont donc envoyés en France sur les voiliers qui chargent le nickel, sur lesquels des « aménagements » sont faits pour eux. *Ibid.*, p. 143-144.

non de ceux de l'hôpital de Nouméa, que sont collectées les quelques observations cliniques sur cette catégorie de population dans le rapport de Reboul et Régis.

Faute d'information sur les patients restés à Nouméa, seules sont décrites les pathologies de neuf hommes rapatriés en France. Des femmes, qui n'existent sous le regard clinique de la médecine coloniale que dans la population libre, ont bien été rapatriées, mais on n'en apprend pas plus. Les hommes arrivés à Quimper souffraient de « manie chronique », « démence épileptique avec gâtisme », « démence organique », « dégénérescence avec idées de grandeur », « folie morale avec alcoolisme », « débilité mentale », « délire systématisé », « délire chronique avec tendance à la systématisation », « délire chronique des dégénérés »⁴⁷. Deux remarques peuvent être faites : d'une part, l'alcoolisme n'est mentionné qu'une seule fois – « folie morale avec alcoolisme » – et n'est donc pas au cœur de l'observation clinique, à la différence de ce qui est retrouvé dans les autres catégories de population ; d'autre part, la dimension morale s'efface devant des catégories cliniques plus classiquement retrouvées à l'époque – la démence, la débilité, la manie et le délire, qui font écho aux nosographies mises en avant par Kraepelin à la fin du XIX^{ème} siècle.

Les imperfections et les biais moraux de ce tableau épidémiologique qui se nuance au gré des catégories de populations traduisent le projet colonial qui se met en place en Nouvelle-Calédonie au début du XX^{ème} siècle. Dans ses travaux sur les Indes néerlandaises, Ann Laura Stoler a montré comment la bourgeoisie coloniale s'y était constituée entre autres sur une blancheur qui s'est construite à partir d'un ensemble de discours sur la race et le genre⁴⁸. En Nouvelle-Calédonie, la séparation entre transportés et libres pose les bases d'une première distinction entre catégories d'Européens, puis à partir de cette distinction s'élaborera une bourgeoisie coloniale mettant constamment en marge les autres catégories de population. Celles-ci ne sortent de cette marge que dans le cadre de la mise en valeur de la colonie, comme force de travail.

Bien que les femmes soient intégrées au projet colonial depuis le début de la colonisation, leur relative absence dans le rapport de Régis et Reboul témoigne du peu d'intérêt pour leurs éventuelles pathologies mentales. Celles qui sont transportées ne sont pas mentionnées et celles issues de la population libre sont renvoyées en France⁴⁹. Quant aux femmes indigènes,

⁴⁷ Eléments donnés par le Docteur Meilhon de Quimper pour la rédaction du Rapport de Reboul et Régis.

⁴⁸ Ann Laura Stoler, « Rethinking Colonial Categories: European Communities and the Boundaries of Rule », *Comparative Studies in Society and History*, 1989, vol. 31, n° 1, p. 134-161.

⁴⁹ L'absence de mention des femmes transportées est probablement à imputer à leur éloignement de l'île Nou et de son hôpital, puisqu'elles étaient envoyées un autre centre pénitentiaire, au bagne de Bourail. Louis-José Barbançon, *L'Archipel des forçats. Histoire du bagne de Nouvelle-Calédonie (1863-1931)*, Villeneuve-d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2003, p. 332.

moins mobilisées comme force de travail, elles sont peu enclines à être objet du biopouvoir hors de l'épidémie de lèpre, et n'apparaissent pas non plus dans ces écrits.

Les marges de la société calédonienne à venir se sont constituées sur la mise à distance de la population pénale, entachée d'immoralisme, et de la population kanake, incarnation d'une altérité à tenir à distance du premier immoralisme. Les observations cliniques dans les deux populations reproduisent ce regard. Poursuivant la logique d'une surdétermination du contexte pénal sur la Nouvelle-Calédonie, qui oriente l'ensemble de sa vie et de ses catégories, c'est dans cette population que l'on retrouve le plus de descriptions, puisque c'est dans la colonie pénitentiaire qu'est établi le premier véritable asile pour aliénés. La gouvernementalité de la santé dans la colonie est alors, au début du XX^{ème} siècle, essentiellement tournée vers le régime pénal. Les populations indigènes et leur moralité relèvent alors des missionnaires, qui s'occupent de les réformer pour les adapter au projet colonial. Tenues éloignées de la civilisation, elles n'existent dans l'aliénisme que sous l'angle du péril de l'alcool.

Ces observations cliniques naissent dans une institution que j'examine à présent sous l'angle de son architecture et de ses réglementations, avant de revenir sur les évolutions des prises en charge propres aux trois catégories de population de la colonie.

II. L'asile d'aliénés de l'Hôpital du Marais : une architecture fondatrice

Puisque le bagne est la matrice de la société calédonienne, son hôpital est l'espace où s'élaborent les premières représentations de la déviance et les pratiques de la psychiatrie qui lui sont rattachées. Construit sur la même île que le principal établissement pénal de Nouvelle-Calédonie, en face de Nouméa, l'Hôpital du Marais en reprend les logiques. Son architecture et les conditions d'internement le dotent de tous les attributs de l'institution totale ou totalitaire⁵⁰ telle que la définit Erving Goffman, à savoir un « lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités

⁵⁰ Le concept proposé par Goffman, en anglais *total institution*, a été traduit en français par institution totalitaire, mais on emploie plus couramment l'expression institution totale.

sont explicitement et minutieusement réglées »⁵¹. La vie des reclus y est totalement prise en charge par un système bureaucratique qui leur applique un traitement collectif⁵², traitement marqué par les logiques du contrôle disciplinaire propre au monde pénal⁵³.

La place prise par l'étude des institutions dans l'histoire de la psychiatrie coloniale ne correspond pas seulement à l'influence de Michel Foucault et d'Erving Goffman dans ce champ, mais aussi à un accès aux archives coloniales qui facilite ce type d'entrées⁵⁴. Elle est aussi justifiée par l'importance des traces mémorielles contemporaines que laisse l'histoire de ces hôpitaux⁵⁵.

Il existe cependant peu de travaux historiques abordant spécifiquement l'histoire de l'Hôpital du Marais. *Le Paradou* est le seul ouvrage à s'y consacrer entièrement et à proposer un aperçu des archives disponibles et des évolutions de l'hôpital⁵⁶. Mais cet ouvrage, comme la plupart des travaux historiques produits en Nouvelle-Calédonie depuis les années 1980, doit être mis en perspective historique et critique, en rappelant les conditions de production des archives mobilisées et en les replaçant dans le monde sociopolitique calédonien qui se constitue alors. Les archives collectées dans cet ouvrage, ajoutées à l'analyse des données consignées dans le rapport de Régis et Reboul et aux travaux des historiens Marcel Pétron, Louis-José Barbançon et Isabelle Merle, permettent de comprendre les économies morales qui se mettent en place autour de cette institution et, plus largement, dans le monde colonial de Nouvelle-Calédonie.

L'architecture de l'hôpital du bagne

Une petite infirmerie en bois est créée en même temps que « l'Etablissement spécial de l'Île Nou » dès l'arrivée du premier convoi de bagnards en 1864. Cette infirmerie étant vite exigüe pour accueillir le nombre croissant de bagnards, le Docteur Lacroix, médecin principal de marine, et le Gouverneur Guillain, décident de la construction d'un véritable hôpital à partir

⁵¹ Erving Goffman, *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Editions de Minuit, 1968, p. 41.

⁵² *Ibid.*, p. 245.

⁵³ Michel Foucault, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, 352 p.

⁵⁴ S. Mahone et M. Vaughan, *Psychiatry and Empire, op. cit.*, p. 3-4.

⁵⁵ On pensera par exemple à l'importance des traces mémorielles associées à l'histoire de l'hôpital de Fann à Dakar, hôpital qui continue d'être hanté par la présence du docteur Collomb. K. Kilroy-Marac, *An Impossible Inheritance. Postcolonial Psychiatry and the Work of Memory in a West African Clinic, op. cit.* ; Katie Kilroy-Marac, « Speaking with revenants: Haunting and the ethnographic enterprise », *Ethnography*, 2014, vol. 15, n° 2, p. 255-276.

⁵⁶ Frédéric Angleviel et al., *Le Paradou. De l'hôpital du Marais au centre hospitalier Albert Bousquet, 1868-2014*, Nouméa, Centre Hospitalier Albert Bousquet et Editions du GRHOC.

de 1868⁵⁷. Celui-ci est construit par les bagnards de l'autre côté de l'île Nou, dans la « Vallée des jardins », et il commence à accueillir des malades à partir de 1871. Achevé en 1876, ses 22 salles de quarante lits chacune sont réparties dans douze blocs, pouvant recevoir jusqu'à 320 malades⁵⁸.

L'architecture choisie vise deux objectifs principaux, la salubrité et l'isolement, afin d'apporter aux malades des conditions favorables à leur rétablissement. L'hôpital a été construit pour maximiser les conditions de salubrité en favorisant la circulation des vents et des coursives extérieures couvertes sont aménagées pour que les malades puissent y circuler en étant protégés de la pluie⁵⁹. Situé à distance de l'établissement pénal, il procure du repos aux malades et limite les contagions. La visée de cet espace sanitaire sert un objectif distinct mais cohérent avec celui de l'établissement pénal : des conditions de vie plus agréables, où les difficultés du climat tropical sont limitées, où les malades ne sont pas confinés et peuvent circuler, mais où l'isolement continue de primer, dans une visée de salubrité.

Le contraste avec les conditions de vie du bagne amènent les médecins et observateurs extérieurs à en brosser un tableau quasi idyllique. Ils louent la beauté du « jardin anglais » et de celui « d'agrément »⁶⁰, ainsi que les conditions de vie qui y seraient bien plus douces qu'au pénitencier et qui justifieraient le surnom donné de « paradou ». Son architecture était alors considérée comme l'une des plus belles de la pénitencière⁶¹. La description du romancier Jean Carol en 1903 est particulièrement représentative de l'idée que se font les observateurs extérieurs des conditions de vie des prisonniers qui séjournent à l'Hôpital du Marais :

« On accède à cette oasis de la maladie par la plus belle avenue de cocotiers qu'il soit possible de voir. Des jardins toujours fleuris séparent chaque bâtiment. Parterres et constructions sont abrités sous d'innombrables flamboyants qui, de novembre à mars, semblent ne former qu'une seule tente de pourpre. Nous ne saurions avoir en France des

⁵⁷ Au premier convoi de 250 bagnards arrivé en 1864 s'ajoutent ceux de 1866 et 1867.

⁵⁸ F. Angleviel et al., *Le Paradou. De l'hôpital du Marais au centre hospitalier Albert Bousquet, 1868-2014*, op. cit., p. 22.

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ On citera par exemple le Docteur Joseph Groperrin décrit en 1878 « un ravissant jardin d'agrément [qui] s'étendait jusqu'à l'avenue des cocotiers. Une haie de mimosas en faisait le tour, encadrant de délicieux parterres ornés de fleurs d'une finesse exquise et du plus merveilleux coloris. En bordure, des feuillages aux nuances les plus variées, allant du bleu indigo au jaune orange en passant par toutes les couleurs de l'arc-en-ciel. (...) Des bananiers, des citronniers, des pandanus, nous offraient à toutes les heures de la journée leur ombre bienfaisante (...). Un vaste jardin potager s'étendait à l'est de notre maison (...). Nous y trouvions pendant toute l'année en abondance les fruits du pays et des légumes frais. De l'autre côté de l'avenue des cocotiers (...) s'élevaient au nombre de huit les pavillons de l'hôpital central. Tous ces pavillons parallèles, séparés par de petits jardins aboutissaient en avant à une longue véranda, qui les reliait entre eux. Derrière l'hôpital se trouvait le jardin anglais, où seul le personnel libre avait le droit de circuler ». Cité par *Ibid.*, p. 24-25.

⁶¹ L.-J. Barbançon, *L'Archipel des forçats. Histoire du bagne de Nouvelle-Calédonie (1863-1931)*, op. cit., p. 375.

hospitaux de cette ampleur, de ce riant aspect et de cette idéale salubrité. (...). Ici, dans les salles immenses, pareilles à des nefs d'églises, aérées par de hautes baies où les jardins font comme des vitraux de fleurs et de feuillage, l'on dirait qu'on brûle de l'ambre et qu'on secoue des roses. Vous pensez bien que la literie répond à toutes les exigences du confortable colonial. Les couchettes sont larges et garnies de moustiquaires. Entre deux draps très blancs, le malade du Bagne repose sur deux matelas et un sommier. Dès sa convalescence, il peut se promener, aux bonnes heures du jour, dans le pourtour du bâtiment, le long des colonnades encadrées de pelouses et de corbeilles (...). »⁶²

Ces descriptions idylliques, surprenantes pour un hôpital pénal, témoignent du contraste avec les conditions de vie au bagne, où des milliers de transportés périrent⁶³. L'hôpital fonctionnait avec deux médecins, un pharmacien, un aumônier, cinq sœurs de Saint-Joseph de Cluny, quatre surveillants militaires et trente infirmiers recrutés parmi les condamnés. Mais ce cadre présenté comme privilégié est aussi inscrit dans les logiques disciplinaires du bagne, comme en témoignent les pratiques d'internement.

Isoler pour soigner et dépister les faux aliénés pénaux

De façon paradoxale, les conditions de vie idéalisées à l'Hôpital du Marais participent de l'orientation répressive donnée aux soins des maladies, en particulier de l'aliénation. En effet, les conditions de vie y étant moins pénibles qu'au pénitencier, un certain nombre de prisonniers cherchent à y être hospitalisés et provoquent leurs maladies. Si bien que le soupçon de simulation de maladies est permanent, comme en témoignent les rapports médicaux, dans lesquels sont mentionnés un grand nombre de maladies provoquées par les bagnards dans l'espoir d'être hospitalisés. Certains transportés se brûlent volontairement ou se sectionnent le talon d'Achille, d'autres absorbent du datura pour provoquer des délires, ce qui a pour conséquence d'accroître le nombre d'aliénés⁶⁴.

⁶² Jean Carol, *Le Bagne*, Paris, Librairie Ollendorff, 1903, p. 212-213.

⁶³ 10 730 décès furent recensés par l'administration pénale entre 1864 et 1910. L.-J. Barbançon, *L'Archipel des forçats. Histoire du bagne de Nouvelle-Calédonie (1863-1931)*, op. cit., p. 370.

⁶⁴ L'absorption de datura est souvent mentionnée dans les écrits des médecins comme des condamnés. Un détenu mentionne sa « vertu redoutable d'insensibiliser les nerfs, de troubler pour longtemps la raison et de porter ses victimes aux plus incroyables divagations », enfin de provoquer « une lascivité inexprimable, l'inconscience et l'hystérie accidentel », effets qui se « font sentir pendant de longues années et laissent des traces indélébiles dans le cerveau ». Condamné Delfaut/Daufelt, cité par F. Angleviel et al., *Le Paradou. De l'hôpital du Marais au centre hospitalier Albert Bousquet, 1868-2014*, op. cit., p. 37.

Comme dans les asiles de métropole, où l'étude de la simulation de la folie est parallèle de la constitution d'une profession d'aliéniste qui revendique sa légitimité face au pouvoir judiciaire⁶⁵, l'aliénation se voit donc entachée du soupçon de simulation. Dans ce contexte, l'annexe créée pour les aliénés en 1881 vient occuper une fonction paradoxale. Si les médecins reconnaissent que la démence est favorisée par les conditions de vie du bagne et qu'elle nécessite un isolement supplémentaire, et donc un pavillon réservé, ils sont aussi à l'affût de ceux qui simuleraient celle-ci. L'internement à l'asile devient alors l'épreuve de dépistage de ces simulateurs.

Le Docteur Hutre décrit par exemple comment un transporté se présente plusieurs fois avec une conjonctivite provoquée par de la chaux qu'il aurait mise dans ses yeux et feint la démence et l'imbécilité. Pour débusquer le simulateur, il est envoyé « à l'asile des aliénés, l'hôpital ne possédant pas de local pour l'isoler ». Lâissé seul dans une cellule sans autre nourriture que du bouillon, « au bout de trois jours de ce traitement, il confesse sa simulation, demande à aller au travail, et sort en promettant de ne plus recommencer »⁶⁶.

Le dépistage des simulateurs prend le pas sur le traitement des malades, au point que les agrandissements de l'asile à partir de 1886 sont pensés dans cette perspective. Avec l'augmentation des effectifs du bagne, celle des aliénés augmente naturellement et le nouveau bâtiment cellulaire, construit à l'écart des autres malades et aux conditions de vie plus difficiles, doit permettre de déceler d'éventuels simulateurs⁶⁷.

L'architecture des deux bâtiments de l'asile des aliénés combine alors logique préventive et sécuritaire, en privilégiant l'isolement et la salubrité. Il est composé de deux édifices perpendiculaires d'une quarantaine de mètres chacun, enclos par un mur d'enceinte qui les sépare du reste de l'hôpital. L'un des bâtiments comporte deux salles communes pouvant accueillir un total de quarante-deux lits. L'autre bâtiment comporte un « vaste préau promenoir » et douze cellules étroites, « complètement fermées par une porte massive et des murs épais, [qui] ne reçoivent de la lumière et de l'air que par une grille et un grillage »⁶⁸. Alors que la description faite dans le rapport de Reboul et Régis pointait l'architecture carcérale du lieu, l'historien calédonien Marcel Pétron, dans ses recherches sur l'île Nou menées dans les années 1980, se concentre surtout sur l'efficacité du système de ventilation, laissant à l'arrière-plan la dimension concentrationnaire de l'architecture :

⁶⁵ Clément Fromentin, « Simulation et dissimulation de la folie dans les asiles au XIXe siècle », *L'Évolution psychiatrique*, 2016, vol. 81, n° 1, p. 27-41.

⁶⁶ Note du Docteur Auguste Hutre du 23 avril 1886 au sujet du transporté Picard n° 14142, cité par F. Angleviel et al., *Le Paradou. De l'hôpital du Marais au centre hospitalier Albert Bousquet, 1868-2014*, op. cit., p. 33-36.

⁶⁷ *Ibid.*, p. 33.

⁶⁸ H. Reboul et E. Régis, *L'Assistance des aliénés aux colonies*, op. cit., p. 148-149.

« L'architecture de ce bâtiment cellulaire pour aliénés présente, comme tous les bâtiments de la pénitenciaire, une ventilation très efficace par la disposition en enfilade des oeils-de-bœuf dans les murs de refend, sous toiture. La conception des cellules, hautes de 3m65, reprend le principe de la voûte, particulièrement efficace en pays chaud, l'évacuation de l'air chaud se fait par une ouverture en partie haute, près de la voûte, vers le couloir, voûté également mais à 4m15 du sol ; ce couloir est lui-même aéré par les grilles servant de portes. L'épaisseur des murs répond à la double nécessité de la sécurité et de protection contre la chaleur extérieure ». ⁶⁹

Soit que les architectes de l'époque se soient effectivement focalisés sur la ventilation des lieux, soit que l'historien soit plus intéressé par la façon dont ceux-ci concevaient des bâtiments dans un climat tropical, soit enfin que l'historiographie des années 1980 ait des difficultés à s'extraire des grilles de lectures coloniales – alors que les revendications indépendantistes sont à leur apogée – force est de constater une discordance entre les récits des premiers médecins et les descriptions des historiens calédoniens. On privilégiera la dernière hypothèse, puisqu'une partie des travaux historiques qui s'écrivent en Nouvelle-Calédonie à partir des années 1980 peine à s'extraire du régime épistémique colonial dans lequel est banalisé le traitement concentrationnaire des troubles.

Ce bâtiment est encore utilisé comme l'un des pavillons de l'hôpital psychiatrique contemporain. Il a conservé l'architecture de son passé et reste marqué par les stigmates du monde pénal. On y retrouve encore « l'épaisseur des murs » couplée à un portail et un mur d'enceinte qui coupe les patients du reste de l'hôpital, ainsi que « l'enfilade des œils-de-bœuf », située hors de portée du regard, privant de toute visibilité vers l'extérieur. En dépit des rénovations successives de l'hôpital, visant toujours à améliorer les conditions de vie des patients, ce bâtiment n'a été que très peu modifié – une description en est faite plus loin dans cette thèse, au travers des propos de ceux qui y travaillent.

Conditions d'internement et de traitement

Le souci constant de rendre meilleures les conditions de vie des aliénés apparaît dans les demandes formulées par les médecins, en particulier dans le rapport de Reboul et Régis. Mais les améliorations demandées continuent d'inscrire le soin dans la continuité du confinement

⁶⁹ Marcel Pétron, *L'île Nou, Nouvelle-Calédonie*, s.l., 1987, 162 p. Cité par F. Angleviel et al., *Le Paradou. De l'hôpital du Marais au centre hospitalier Albert Bousquet, 1868-2014*, op. cit., p. 33.

sécuritaire. Ainsi est réclamée une « cellule capitonnée pour y recevoir les fous dangereux » et ne plus avoir à faire appel au « procédé barbare » qui consiste à les ligoter pieds et mains sur un lit de camp. Toutefois le manque de traitements disponibles en ce début de siècle ne suffit pas à expliquer la dimension essentiellement sécuritaire des traitements. Pensé dans l'enceinte du bagne, l'aliénisme de Nouvelle-Calédonie participe d'un dispositif disciplinaire. On retrouve la même ambivalence dans les traitements décrits que dans les choix architecturaux. En témoignent encore les descriptions faites dans le rapport de Reboul et Régis. Constante de la description clinique en psychiatrie, les malades sont répartis en deux grandes catégories. Pour une première catégorie de malades décrite comme « tranquille et de bonne volonté », le cadre de l'Île Nou offre « l'hygiène et le travail » comme thérapeutique. Les jardins qu'ils peuvent cultiver, le bord de mer, l'alimentation et l'aération sont autant de ressources favorables à leur rétablissement⁷⁰. Toutefois les « aliénés dangereux » qui, d'après ces médecins, se refuseraient à guérir, sont placés « dans des cellules beaucoup trop rigoureuses, véritables locaux disciplinaires où, privés d'air et de lumière, ils se privent souvent par surcroît de nourriture ». Le traitement prodigué repose sur « des médicaments bien aléatoires » et une hydrothérapie dont la dimension punitive est clairement assumée. Mais il est précisé une fois de plus que la rigueur des traitements aurait le mérite d'aider à démasquer les simulateurs. Le traitement s'inscrit donc dans un dispositif disciplinaire qui, pour reprendre les mots de Foucault, « doit améliorer l'exercice du pouvoir en le rendant plus rapide, plus léger, plus efficace »⁷¹.

Les formalités d'internement qui se mettent en place sont sommaires : sont admis d'office ceux qui relèvent du régime pénal, les autres à la demande d'un proche et après établissement d'un rapport de gendarmerie. Le médecin établit un certificat médical « après une mise en observation à l'hôpital plus ou moins longue ». Enfin, les aliénés sont soumis aux mêmes dispositions que les lépreux⁷², signe d'une coexistence plutôt que d'une succession du régime de gestion de la lèpre à celui de l'aliénation, ce qui constitue un modèle distinct de celui proposé par Foucault en Occident, où les deux régimes se seraient succédés.

L'aliénation pose ses fondements dans le régime d'exception de la colonie, qui banalise l'enfermement dès lors qu'il protège de la contagion la communauté coloniale. Dans le cas de l'aliénation, les procédures expéditives d'internement sont décrites par les médecins comme plus efficaces que celles de métropole, où « il faut mettre en branle tout l'appareil

⁷⁰ H. Reboul et E. Régis, *L'Assistance des aliénés aux colonies*, op. cit., p. 151.

⁷¹ M. Foucault, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, op. cit., p. 211.

⁷² Circulaire ministérielle de 1901, p. 166 et de 1903, p. 54. Cité par H. Reboul et E. Régis, *L'Assistance des aliénés aux colonies*, op. cit., p. 150.

administratif pour obtenir l'internement d'un aliéné, alors qu'on perd souvent un temps précieux à attendre cet ordre ou cette autorisation ». Au contraire, « en Calédonie l'aliéné est enfermé immédiatement et quand le certificat revient approuvé, les bienfaits du traitement approprié, c'est-à-dire de l'isolement, se sont déjà fait sentir. Or, plus tôt le malade est soigné, plus il a de chances de guérison, sinon l'affection ne tarde pas à entrer dans le stade de l'incurabilité »⁷³. On comprend ainsi que le certificat d'internement n'est qu'une vague formalité administrative sans justification pour ces médecins, produite a posteriori après l'enfermement du malade.

De fait, le statut pénal des aliénés les fait entrer dans un régime d'exception, si bien que la réflexion sur leur traitement ne va guère au-delà de l'enfermement. Les discussions médicales sont ainsi bien loin de celles retrouvées à la même période en métropole, où l'on cherche à améliorer les protections administratives et judiciaires à donner aux aliénés en raison de leur vulnérabilité⁷⁴.

Au même moment s'élabore en parallèle un autre régime d'exception, le régime de l'indigénat, qui s'émancipe aussi du droit de la métropole pour faciliter la répression de toute rébellion⁷⁵. C'est dans ce contexte qu'il faut analyser le régime de soins qui se met en place dans le cadre de l'Hôpital du Marais, étroitement associé aux procédures d'exception qui se consolident en Nouvelle-Calédonie au tournant du XIX^{ème} et du XX^{ème} siècle. D'une part, les modalités d'internement en Nouvelle-Calédonie sont constamment en décalage avec les réglementations de France métropolitaine. D'autre part, l'isolement et l'enfermement, en particulier dans des pavillons qui conservent les stigmates de l'architecture pénale, continuent de tenir une place prépondérante dans les régimes de soins contemporains. Architectures et législations de la psychiatrie s'élaborent durablement sur la matrice du bagne.

Les pathologies de la psychiatrie calédonienne sont aussi à ressaisir sous l'angle des premières observations cliniques faites dans la population pénale.

⁷³ *Ibid.*, p. 150-151.

⁷⁴ Nicolas Henckes, « Entre tutelle et assistance : le débat sur la réforme de la loi de 1838 sur les aliénés des années 1870 aux années 1910 », *Sciences sociales et santé*, 2017, vol. 35, n° 2, p. 83.

⁷⁵ I. Merle, « Le Régime de l'indigénat et l'impôt de capitation en Nouvelle-Calédonie. De la force et du droit. La genèse d'une législation d'exception ou les principes d'un ordre colonial », art cit.

Les pathologies psychiatriques du bagne dans le monde colonial

Comme nous l'avons vu, à la différence des aliénés de la population libre et de ceux de la population indigène, les aliénés pénaux font l'objet de descriptions détaillées dans le Rapport de Reboul et Régis. Internés dans le pavillon qui leur est réservé au Marais, ils sont constamment sous le regard clinique des médecins, prodigues en descriptions.

Le principe qui préside au diagnostic différentiel de la soixantaine d'aliénés de l'hôpital du Marais est simple, logiquement fondé sur le degré d'agitation observé par les médecins : les « fous dangereux » sont placés dans les cellules, les « fous tranquilles » dans les salles communes, avec les « gâteux ou les infirmes »⁷⁶. A partir de ce premier élément diagnostic, les étiologies élaborées par les médecins autour des aliénés qui ne simulent pas la démence reposent sur trois paramètres : les prédispositions organiques, l'abus de substance, l'environnement du bagne. La démence serait même une des « maladies du bagne », puisque ces trois facteurs y seraient plus présents qu'ailleurs⁷⁷. Pour le Docteur Charles, au-delà des simulations de démence et des « délires par intoxication de datura »⁷⁸, les conditions de vie du bagne favorisent la morbidité psychiatrique. Mais il y aurait aussi une prédisposition chez les bagnards, du fait des « tares héréditaires souvent lourdes chez les transportés »⁷⁹. L'idée d'une tare organique qui prédisposerait certains à entrer dans la criminalité est alors communément admise. Certaines catégories de détenus seraient encore plus concernées. Aussi l'arrivée à partir de 1885 des relégués, récidivistes condamnés à l'internement perpétuel aux colonies, aurait-elle justifié l'agrandissement de l'asile car, en plus d'augmenter mécaniquement les effectifs de l'hôpital du bagne, ils seraient encore plus affectés par ces « tares héréditaires ». A ces prédispositions s'ajouteraient la syphilis et l'alcool, que la réclusion cellulaire aggraverait d'autant plus⁸⁰. L'alcoolisme, enfin, occupe une place centrale dans l'étiologie de ces troubles.

« Mais la cause primordiale est l'alcoolisme, qui sévit partout en Nouvelle-Calédonie. Qu'ils travaillent dans les mines ou chez les colons, les libérés sont presque forcés de dépenser en boissons tout ce qu'ils gagnent, et suivant que l'alcool portera son élection

⁷⁶ H. Reboul et E. Régis, *L'Assistance des aliénés aux colonies*, op. cit., p. 150-151.

⁷⁷ « Les folies, dit le docteur Chartres, ont tenu de tout temps une place importante dans les maladies du bagne ; très souvent simulées, le plus ordinairement réelles, ces folies ont été si nombreuses dès l'installation pénitentiaire en Calédonie qu'il a bien fallu songer à créer un établissement spécial pour les isoler, les dépister et les soigner. ». *Ibid.*, p. 152.

⁷⁸ Le Docteur Pinchon rapproche ces délires des « délires oniriques » sur lesquels portait sa thèse de médecine. *Ibid.*, p. 156.

⁷⁹ *Ibid.*, p. 152.

⁸⁰ *Ibid.*

sur le cerveau ou sur un autre organe, il en résultera tôt ou tard pour le libéré une entrée à l'hôpital ou à l'asile. »⁸¹

Un certain nombre de facteurs spécifiques au milieu pénal y favorisent l'aliénation même si, dans le régime épistémique de la psychiatrie coloniale calédonienne, ces facteurs se retrouvent aussi dans les autres catégories de population de la colonie.

Le regard clinique se focalise d'abord sur la population pénale, puisque les médecins de la marine sont concentrés dans l'espace du bagne et que les transportés seraient les plus à même de développer des formes d'aliénation. Ils sont entachés de la suspicion, et on les pense prédisposés à une aliénation dont l'origine est d'abord morale, quand elle n'est pas simulée. Leur diagnostic clinique a pour préalable le dépistage des simulateurs, et leur traitement passe donc logiquement par une phase d'isolement.

Tenus à l'écart de ces techniques disciplinaires, les colons libres s'inscrivent dans un autre régime de soin que celui de la réclusion de l'Hôpital du Marais. La population libre est alors relativement absente des observations cliniques en Nouvelle-Calédonie, puisqu'elle est rapatriée dans les asiles de métropole. Quant aux populations kanakes, le rapport de Reboul et Régis indique que l'on privilégie le soin dans les familles et, faute d'observation clinique disponible, c'est l'alcool qui est jugé déterminant dans le déclenchement des aliénations.

On perçoit ainsi les économies morales qui imprègnent la gouvernementalité de la santé en Nouvelle-Calédonie, qui s'appuie sur des régimes de soins distincts en fonction des représentations attachées à chaque catégorie de population. Les transportés sont considérés comme héréditairement prédisposés aux vices, puisqu'une fois libérés ils s'adonnent encore à l'alcool. Les Kanaks, dont certains estiment alors qu'ils risquent de disparaître, sont présentés comme devant être protégés de l'alcool – l'interdiction d'alcool est donc la seule mesure qui leur est destinée. Enfin les colons libres ne semblent concernés ni par les « tares », ni par l'alcool et c'est de l'environnement colonial qu'on les protège en les soignant par le rapatriement. Au final, les pathologies psychiatriques ne sont nommées, dans le rapport de Reboul et Régis, que pour la population libre qui est rapatriée en métropole. Pour les autres catégories de population, n'est observé que ce que l'on peut voir, et ce qui est tenu hors du regard clinique est d'autant plus invisibilisé – notamment les femmes. L'abus d'alcool que déplorent autant les missionnaires que l'administration coloniale est un fil qui traverse durablement le monde colonial pour en souligner les lignes de fractures : bien qu'il concerne

⁸¹ *Ibid.*, p. 155.

l'ensemble de la population, il n'apparaît dans l'observation clinique et dans l'épidémiologie que pour qualifier les troubles mentaux dans la population kanake.

Ces dynamiques conditionnent les évolutions de la psychiatrie au fil du XX^{ème} siècle même si, avec la fermeture du bagne, des glissements s'opèrent entre les différents groupes socio-ethniques, qui passent d'un régime de soins à un autre, d'un espace à un autre. Apparaît alors l'idée d'un « désenfermement » parallèle de celui que décrit Foucault pour la même période en France : d'un modèle de société disciplinaire caractérisé par des lieux d'enfermement, on passe à un modèle où les lieux de discipline sont « désenfermés »⁸². Ces lieux font l'objet de multiples réformes qui, tout en introduisant de nouvelles libertés, s'accompagnent aussi de nouveaux mécanismes de contrôle.

III. Fermeture du bagne et reconfiguration des logiques disciplinaires dans la société calédonienne (1912-1960)

Le premier aliénisme calédonien s'est construit autour d'une architecture et de procédures d'internement marquées par la logique de réclusion et d'isolement du bagne. L'histoire de la psychiatrie calédonienne, enchâssée dans celle de la colonie pénale, prend un nouveau tournant quand celle-ci prend fin. « Expérimentation coloniale » originale, le projet colonial pour la Nouvelle-Calédonie reposait sur le peuplement issu de la colonisation dite pénale et de celle dite libre⁸³. Ce sont les projections formulées autour du projet de peuplement qui expliquent le « volontarisme d'Etat » pour mettre en œuvre une stratégie foncière se traduisant par une politique indigène rigoureuse alliant le cantonnement dans les réserve à la mise au travail des populations indigènes⁸⁴. Avec la fin du bagne décidée en 1897 la dynamique du peuplement se décale vers la colonisation libre, pour fabriquer une « petite France australe » avec des hommes et des femmes « honnêtes »⁸⁵. C'est cette configuration qui aboutit à une situation coloniale marquée par la relégation spatiale des Kanaks, qui sont contrôlés par les syndics et mobilisés dans la mise en valeur de la colonie, mais aussi l'existence d'un monde de « travailleurs sur contrat » résidant dans les mines ou propriétés,

⁸² M. Foucault, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, op. cit.

⁸³ Isabelle Merle, *Expériences coloniales : la Nouvelle-Calédonie, 1853-1920*, Paris, Belin, 1995, 479 p.

⁸⁴ I. Merle, « La Nouvelle-Calédonie, terre d'expériences coloniales », art cit.

⁸⁵ *Ibid.*

enfin un monde de « colons » socialement très diversifiés⁸⁶. Dans cette configuration nouvelle, le projet de société calédonienne se tourne vers l'effacement du passé pénal, pour engommer les stigmates honteux. Le centre pénitencier mais aussi les bagnards indigents qui y vivent sont lentement abandonnés⁸⁷.

La période de l'entre-deux-guerres est une période où la société et le gouvernement coloniaux se consolident. Même si, à première vue, l'aliénisme reste au second plan, comme oublié dans les murs d'un hôpital de bagne dont la colonie ne sait encore que faire, la période de l'entre-deux-guerres est aussi marquée par une production administrative intense. Pour reprendre John Comaroff, la culture du légalisme est une des spécificités du colonialisme, et lui apporte notamment les législations nécessaires à la racialisation des sujets coloniaux⁸⁸. Les procédures législatives sont donc un des angles pour aborder le tournant que marque la fermeture du bagne, et laisse voir comment la psychiatrie participe de l'institutionnalisation des procédures d'exclusion des populations indigènes.

Le décalage entre les mesures décidées par décret au niveau de la métropole et les arrêtés qui les mettent en application localement témoigne de la reformulation par l'administration locale qui se reconfigure avec les changements de projets coloniaux.

Le rôle de l'asile dans la refonte de la société calédonienne

Les convois de bagnards n'arrivant plus en Nouvelle-Calédonie et l'administration pénitentiaire se réduisant, les bâtiments du bagne se détériorent lentement. Peu à peu, seuls les indigents continuent d'y séjourner. Un article de Jacques Feillet intitulé « Le crépuscule du bagne » décrit l'abandon de l'Hôpital du Marais, transformé en « un dépôt d'incurables, d'impotents courbés par l'âge et les vices, parmi lesquels se trouvent de vrais malades, dernières épaves de la libération, dont Nouméa et la brousse se débarrassent peu à peu... »⁸⁹. Dans ce texte écrit en 1912, il dépeint le dépérissement de l'hôpital où, faute de main-d'œuvre pénale, ne séjourneraient plus que les plus invalides et où chaque jour mourrait l'un d'entre

⁸⁶ *Ibid.*

⁸⁷ Le gouverneur Feillet dit en 1894 vouloir fermer le « robinet d'eau sale » de la transportation. Celle-ci s'arrête en 1897 mais, les transportés ne pouvant rentrer en métropole y finissent leur vie. Si bien qu'en 1921, ils sont encore 2300.

⁸⁸ John L. Comaroff, « Colonialism, Culture, and the Law: A Foreword », *Law & Social Inquiry*, 2001, vol. 26, n° 2, p. 305–314.

⁸⁹ Jacques Feillet, le fils du gouverneur Feillet, est l'animateur de la revue *l'Océanie française*. Cité par F. Angleviel et al., *Le Paradou. De l'hôpital du Marais au centre hospitalier Albert Bousquet, 1868-2014*, *op. cit.*, p. 48.

eux. Jacques Feillet est sans doute l'un des premiers observateurs extérieurs à avoir pu accéder aux aliénés, désormais livrés à eux-mêmes. Le tableau qu'il dépeint de l'espace asilaire et de ses occupants accentue encore cette impression :

« Les cellules – quarante environ – sont pleines. Sous la toiture qui les recouvre, les vociférations des fous, leurs chants parfois non dénués d'harmonie, résonnent formidablement. La plupart vivent presque nus, déchirant tout vêtement. Par le guichet, au risque de nous exposer à recevoir quelque ordure, nous voyons les plus inoffensifs, exaltés, mégalomanes, mystiques. Les uns sont dans un état de décrépitude physique notable, incapables de sortir de leur grabat : d'autres, velus, d'aspect sauvage, nous regardent passer avec des grimaces terrifiantes... »⁹⁰

C'est un tableau qui tranche avec les considérations faites par les médecins de la marine seulement quelques années auparavant pour le rapport de Reboul et Régis. Avec l'abandon du bagne, Feillet prévoit que l'hôpital devienne « fatalement l'hospice, le banal asile de vieillards » pour les bagnards livrés à leur sort sur l'île Nou⁹¹. Quelques années plus tard, en 1920, le directeur de l'administration pénitentiaire fait le même constat⁹². Si bien que le ministre des colonies Albert Sarraut décide, afin de réduire les dépenses de santé, de supprimer l'Hôpital du Marais et de transférer les malades à l'hôpital colonial de Nouméa⁹³. Puis, en 1927, l'hôpital est cédé à la colonie⁹⁴.

Un double mouvement s'opère alors. D'une part, les malades pénaux ont rejoint le régime de soins des malades libres, dans un mouvement parallèle aux évolutions de la société calédonienne, qui tâche d'intégrer les transportés à la colonisation libre. Ne reste sur l'île que ceux qui sont jugés incapables de rejoindre le projet de colonisation, les « infirmes et vieillards indigents ». D'autre part, l'Hôpital du Marais devient un « établissement mixte d'assistance publique destiné à donner asile aux infirmes et vieillards indigents et aux aliénés et à recevoir immigrants océaniens et asiatiques »⁹⁵. Le dépôt et la formation sanitaire de l'Orphelinat, qui accueillait jusque-là les indigènes, y sont aussi transférés. Ainsi, alors que le projet colonial se reconfigure sous le coup de la fin du bagne et que les transportés restés en Nouvelle-Calédonie intègrent la population libre, de nouvelles marges se dessinent autour des sujets colonisés. L'arrêté qui met en place l'assistance publique précise davantage les catégories de population concernées sous l'appellation d'« immigrants » : « les travailleurs

⁹⁰ *Ibid.*, p. 49.

⁹¹ *Ibid.*, p. 50.

⁹² Note du 30 juin 1920, cité par *Ibid.*

⁹³ 20 septembre 1920 (source non citée) cité par *Ibid.*, p. 51.

⁹⁴ Décret du 31 mars 1927, cité par *Ibid.*, p. 56.

⁹⁵ Arrêté n°1228 du 31 décembre 1927, *Journal Officiel de la République française*, cité par *Ibid.*

exotiques introduits sous le régime du contrat de travail et les indigènes – valides ou légèrement atteints ou convalescents »⁹⁶. Dans le cadre de l'indigénat, les Mélanésiens sont donc associés aux forces de travail importées de l'extérieur pour subvenir aux besoins de la colonie. Est ainsi conforté le statut de Nouméa comme ville blanche où les Océaniens ne sont qu'une main-d'œuvre au service des colons. Avec le transfert de l'Orphelinat à l'île Nou, ils sont un peu plus mis à l'écart de la communauté blanche locale en constitution.

La psychiatrie rejoint ici la tendance calédonienne à reléguer les traces d'un passé honteux en tâchant de l'effacer et de réécrire l'histoire coloniale. En témoigne le changement du nom de l'île et de l'hôpital : pour effacer la mémoire qui lui est associée, et au nom de « l'ordre moral » qui doit accompagner l'avènement d'une société calédonienne émancipée de son passé pénal, l'île Nou devient Nouville, et l'Hôpital du Marais prend le nom d'Asile de Nouville⁹⁷.

Par ailleurs, l'espace concentrationnaire de l'asile n'a pas vocation à un grand enfermement des populations indigènes mais, comme dans la plupart des colonies de peuplement, à accompagner les mécanismes de ségrégation raciale sur lesquelles celles-ci se fondent. Dans un territoire au départ fondé sur le projet de grand enfermement, la fin de celui-ci et la reconfiguration du projet de société entraînent la réécriture des places assignées aux uns et aux autres. Avec le passage d'un projet de colonie pénale à un projet de colonie de peuplement, les « travailleurs exotiques » et les « indigènes » servent d'altérité pour construire en miroir une société calédonienne naissante. Dès lors, pour comprendre le rôle de la psychiatrie dans la société calédonienne, il faut revenir sur les modalités par lesquels les différents groupes de population qui composent la colonie prirent tour à tour la place de l'altérité et de l'exclusion : alors que la population pénale restante tâche de s'intégrer au reste des colons européens, d'autres groupes de malades sont transférés sur l'île et d'autres mécanismes d'exclusion se mettent en place. Les transferts de malades d'un espace à un autre au gré des décrets et réglementations, parallèles aux changements de noms et de fonctions des différentes institutions de soin, sont la première traduction de ces mécanismes.

Cette analyse rejoint celle que font a posteriori les médecins psychiatres Raysse et Cuegniet, qui soulignent comment se mettent alors en place de nouveaux processus d'exclusion, sous le coup de ces mécanismes d'oubli. Selon eux, les Calédoniens auraient comme les Australiens

⁹⁶ Arrêté n°322 du 17 mars 1928, *Journal Officiel de la Nouvelle-Calédonie*. Cité par *Ibid.*, p. 57.

⁹⁷ Arrêté du 17 mars 1928, *Journal Officiel de la Nouvelle-Calédonie* : « considérant que la partie Nord de l'île Nou n'est plus occupée par l'Administration Pénitentiaire (...); considérant que des raisons d'ordre moral exigent que les établissements destinés à la population libre ne conservent pas les appellations des anciens pénitenciers ; (...) Art. 1^{er} – L'ancien Camp Central de l'Île Nou portera le nom de « Nouville ». Art. 2 – L'ex-hôpital du Marais sera désigné à l'avenir sous le nom « Asile de Nouville ». » Cité par *Ibid.*, p. 56.

pallié « l'infamie » de leurs origines en projetant une image négative sur « l'autre », un processus que la rigidité du système colonial aurait d'autant plus accentué⁹⁸. La société coloniale se fonde en dessinant les marges de sa normalité. Plus tard, Alban Bensa formulera ce processus de la façon suivante : « pour masquer l'horreur de la colonisation, il aura donc fallu balayer la mémoire blanche et museler la noire »⁹⁹. C'est-à-dire que cette transition du projet colonial représente un renversement dans lequel l'effacement du passé se conjugue à la négation du peuple kanak pour asseoir un projet d'expansion à présent fondée sur le peuplement.

L'application du décret de 1936 dans le cadre de l'indigénat

La période de l'entre-deux-guerres est marquée par une consolidation des institutions de la colonie et une emprise administrative croissante, en particulier sur la main-d'œuvre coloniale¹⁰⁰. Le processus par lequel les directives de métropole sont remaniées au prisme des enjeux locaux se consolide et la psychiatrie, comme la plupart des politiques sanitaires, est prise dans les logiques d'une administration coloniale marquée par le régime de l'indigénat. Si les techniques disciplinaires qui ont caractérisé le projet colonial initial ne sont plus mises en œuvre à l'égard des populations européennes, elles continuent de l'être à l'égard d'autres groupes de populations.

En témoignent les modalités d'application en Nouvelle-Calédonie du décret de 1936, pourtant pensé au départ comme un aboutissement de la politique progressiste mise en œuvre par le Front populaire dans les colonies. La mise en œuvre de ce décret visant les aliénés des colonies traduit au contraire des mécanismes d'exclusion dans l'assistance sanitaire calédonienne. Ce décret est l'une des réalisations de « la colonisation démocratique » que porte le ministre des colonies Marius Moutet au sein du Front populaire¹⁰¹. Destiné à

⁹⁸ Pierre Raysse et Gérard Cuegniet, « De l'assistance psychiatrique en Nouvelle-Calédonie, 2 : petite chronique d'une terre d'exil », *Nervure*, vol. 6, n° 4, p. 72.

⁹⁹ Alban Bensa, « La Culture kanak aujourd'hui » dans *Chroniques kanak : L'ethnologie en marche*, Survival international., Paris, 1995, vol.10, p. 210.

¹⁰⁰ B. Trépied, *Une Mairie dans la France coloniale. Koné, Nouvelle-Calédonie*, op. cit., p. 216.

¹⁰¹ La « colonisation démocratique » ou encore « colonisation du progrès » correspond aux idées que porte Moutet à la Ligue des Droits de l'Homme (en particulier au Congrès de Marseille de 1924) puis en temps que Ministre des Colonies. Elle traduit une vision humaniste de la colonisation selon laquelle l'empire colonial n'est pas remis en question, et doit au contraire répondre à ses devoirs moraux en étendant les droits aux populations indigènes. Cette idée est la théorisation des principes démocratiques que Moutet prône pour l'Indochine et l'Algérie dès 1914. En outre, sa perspective est assimilationniste : l'indigène peut être assimilé progressivement au citoyen français, par l'obtention progressive de droits politiques. Dès lors, il faut donner la priorité aux

prodiguer dans les colonies une assistance psychiatrique pour tous, le décret est toutefois teinté de la même ambiguïté que le projet de colonisation démocratique en général : tout en se voulant universaliste, il distingue différentes catégories de citoyens.

En Nouvelle-Calédonie, la mise en place du régime de l'indigénat s'est traduite par la définition par l'administration coloniale de plusieurs communautés raciales. Adrian Muckle a retracé l'évolution des limites entre les différentes catégories d'indigènes¹⁰². Ce que désignait précisément le terme « indigène » n'a pas été clairement défini avant 1912, une imprécision qui a facilité leur gestion comme d'une *population* plutôt que d'un peuple¹⁰³. La catégorie des « indigènes » s'est définie dans le contexte de l'importation de travailleurs sous contrat venus d'Asie et d'Océanie et englobait donc au départ tous les « travailleurs exotiques », donc tous les *sujets* colonisés, par opposition aux *citoyens* français¹⁰⁴. Sur la base de cette distinction, les indigènes entrèrent dans une juridiction d'exception qui permettait aux administrateurs de s'émanciper de la séparation entre les pouvoirs judiciaires et administratifs, et donc de légaliser la violence coloniale¹⁰⁵ tout en définissant le statut des indigènes sur lesquels s'appliquait l'ordre colonial¹⁰⁶.

Les psychiatres Raysse et Cuegniet ont analysé le décalage entre l'esprit du décret de 1936 et son application dans un tel contexte¹⁰⁷. Ils montrent que l'application du décret de 1936 institutionnalisa les mécanismes discriminatoires à l'égard des indigènes plutôt qu'il ne contribua à améliorer la prise en charge de l'aliénation dans cette population. Le décret avait pour objectif de mettre en œuvre les dispositions de la loi de 1838 qui avait amélioré en France la prise en charge de l'aliénisme¹⁰⁸. Un siècle plus tard, le décret de 1936 entendait adapter aux colonies les dispositions de cette loi. L'avancée est considérable, dans la mesure

réformes politiques et administratives. Cf. Jean-Pierre Gratien, *Marius Moutet : un socialiste à l'outre-mer*, Paris, L'Harmattan, 2006, p. 119-123.

¹⁰² Adrian Muckle, « The Presumption of Indigeneity », *The Journal of Pacific History*, 1 septembre 2012, vol. 47, n° 3, p. 309-328.

¹⁰³ *Ibid.*, p. 314.

¹⁰⁴ Comme l'a montré Emmanuelle Saada, la différence de statut entre sujets et citoyens était liée non pas à une politique coloniale de l'empire, mais à l'existence de systèmes juridiques distincts dans les colonies. Emmanuelle Saada, « Citoyens et sujets de l'Empire français. Les usages du droit en situation coloniale », *Genèses*, 2003, n° 53, p. 4-24.

¹⁰⁵ Isabelle Merle, « De la « légalisation » de la violence en contexte colonial. Le régime de l'indigénat en question », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 2004, p. 137-162.

¹⁰⁶ Gregory Mann, « What was the Indigénat? The 'Empire of Law' in French West Africa », *The Journal of African History*, 2009, vol. 50, n° 3, p. 331-353.

¹⁰⁷ P. Raysse et G. Cuegniet, « De l'assistance psychiatrique en Nouvelle-Calédonie, 2 : petite chronique d'une terre d'exil », art cit, p. 72.

¹⁰⁸ Bien que la loi française de 1838 comporte déjà un ensemble d'ambiguïtés, si bien qu'elle fut un progrès en même temps qu'elle favorisa les enfermements. Pour une mise en perspective des débats accompagnant cette loi, cf. N. Henckes, « Entre tutelle et assistance : le débat sur la réforme de la loi de 1838 sur les aliénés des années 1870 aux années 1910 », art cit.

où le décret impose l'obligation de soins et d'assistance à *tous* les malades mentaux, et donc aux indigènes. Ce qui n'était en 1912 qu'une recommandation formulée par les aliénistes au Congrès de Tunis acquiert enfin une dimension réglementaire. Le décret comporte même une avancée par rapport à 1838, puisqu'il met un terme à l'ambiguïté que comportait cette loi quant au « placement volontaire » en envisageant l'hospitalisation volontaire du malade, et donc la mise en place d'un service ouvert¹⁰⁹. En ce sens, l'ouverture de services de psychiatrie ouverts pour les aliénés non-dangereux aurait pu se traduire par une rupture avec les dynamiques d'enfermement nées dans le cadre de l'aliénisme pénal de l'île Nou. De même, la mise en place de l'obligation d'un certificat médical en cas d'internement aurait dû constituer une autre rupture¹¹⁰.

Mais ce renversement a des effets distincts en fonction des catégories de population, précisément à cause du statut d'exception qui régleme les populations indigènes. Comme le relèvent Raysse et Cuegniet, l'esprit du décret est considérablement infléchi dans son application au contexte calédonien. L'arrêté qui règle les modalités d'application en Nouvelle-Calédonie prévoit notamment une adaptation pour les indigènes qui, en cas de « danger imminent », sont pris en charge par le Service des Affaires indigènes et les syndicats¹¹¹. C'est donc une logique sécuritaire et non sanitaire qui régit les mesures d'internement.

En parallèle de la gouvernementalité du régime de l'indigénat, une psychiatrie à plusieurs niveaux s'établit donc, dans laquelle les indigènes occupent une place à part marquée par le régime d'exception. Alors que le décret de Moutet prévoyait d'étendre la prise en charge à toutes les populations de la colonie, en Nouvelle-Calédonie, il concrétise les hiérarchies entre

¹⁰⁹ La loi de 1838 ne prévoyait pas l'hospitalisation libre, et la terminologie de « placement volontaire » renvoyait en fait à la volonté d'un tiers. Dans le décret de 1936, le placement volontaire correspond à la volonté du malade, et s'ajoute aux modalités de « placement ordonné » (par l'autorité administrative ou judiciaire) et « placement demandé » (par un proche).

¹¹⁰ Antoine Leca analyse en détail les nouvelles dispositions réglementaires qu'accompagne le décret de 1936. Pour lui, c'est un décret plus innovant que la loi de 1838, puisqu'il rompt avec l'arbitraire des internements faits sous la loi de 1838 – la loi de 1936 généralise l'intervention de l'autorité judiciaire à chaque moment du placement. Il souligne aussi l'intérêt des distinctions entre les différentes sortes de malades mentaux. Antoine Leca, « Et si pour aller en avant, il fallait regarder en arrière? Réflexions sur le décret Moutet du 30 décembre 1936 », *Les Cahiers de droit de la santé du Sud-Est*, 2006, numéro spécial "La psychiatrie est-elle soluble dans le droit médical ?", n° 6, p. 115.

¹¹¹ Le Titre 12 concernant les « dispositions diverses » prévoit un régime particulier pour les aliénés indigènes : « des arrêtés du gouverneur détermineront les modalités d'application du présent décret ; ils régleront, notamment en ce qui concerne leur capacité civile et l'administration de leurs biens, les conditions d'adaptation de la présente réglementation aux dispositions de la législation civile à laquelle sont soumis les aliénés indigènes, sujets français : ces arrêtés seront, dans ce dernier cas, pris sur la proposition du chef du service des affaires indigènes et seront sanctionnés par des pénalités prévues au titre XI du présent décret ». P. Raysse et G. Cuegniet, « De l'assistance psychiatrique en Nouvelle-Calédonie, 2 : petite chronique d'une terre d'exil », art cit.

les populations, qui n'ont pas toutes accès aux mêmes soins et, dans le contexte du régime de l'indigénat, il consacre les procédures d'exception de celui-ci.

Une autre ambiguïté est retrouvée quant à la distinction entre placement définitif et provisoire, qui est au départ inspirée de la distinction faite par Edouard Toulouse entre « petits » et « grands mentaux ». Cette distinction impliquait la mise en place d'une période d'observation – le placement provisoire – afin d'évaluer l'état du malade et décréter l'opportunité, ou non, d'un placement définitif¹¹². Au regard des modalités d'internement en vigueur au temps du bagne, il s'agit d'un renversement puisque le soupçon de simulation de démence n'a plus lieu d'être, et la distinction des formes d'internement – provisoire et définitif – se fait dans l'intérêt du malade. Pourtant, la mise en application de la mesure dans le contexte du régime de l'indigénat accentue une fois de plus les procédés discriminatoires. Les « aliénés aigus » sont placés en observation à l'hôpital général de Nouméa où une unité est créée à leur intention. Mais cette disposition renforce encore les processus d'exclusion en sanctionnant géographiquement, par la mer et l'isolement insulaire, la dichotomie entre petits et grands mentaux : l'asile de l'île Nou continue de n'accueillir que les plus dangereux, ce qui consacre les logiques d'abandon et de réclusion associées à cet espace. Dans ce contexte, les mesures privatives de liberté qui accompagnent le placement définitif – le malade est alors « interdit », c'est-à-dire déchu de ses droits civiques et incapable de se pourvoir devant le tribunal pour demander sa sortie – sont susceptibles de conforter la discrimination dans l'accès aux droits et à la santé des uns et des autres. Comme le relèvent Raysse et Cuegniet, les possibilités de recours sont en pratique très limitées car elles sont soumises à un avis médical unique qui dépend de « quelques autorités étroitement solidaires d'un microcosme nouméen, où le secret médical est illusoire »¹¹³. Les malades mentaux sont donc susceptibles d'être traités distinctement en fonction de leur milieu socio-ethnique d'origine.

Ainsi, le décret de 1936 s'est « mis au service d'une dynamique d'exclusion » et a conforté « l'île Nou dans son statut, répétition de ce qu'était la Nouvelle-Calédonie pour la Métropole à l'origine, lieu d'oubli des indésirables »¹¹⁴.

En effet, dans la période qui s'étend de 1936 aux années 1960, l'asile continue de concentrer tous les mécanismes d'abandon et d'oubli de la colonie.

¹¹² Parmi les autres mesures considérées comme positives et inspirées d'Henri Sellier et d'Edouard Toulouse, on notera la possibilité de sorties provisoires (le « congé d'essai »), et l'anticipation des modalités de transport (qui n'existe ni dans la loi de 1838, ni dans celle de 1990). *Ibid.*, p. 22.

¹¹³ *Ibid.*, p. 75.

¹¹⁴ *Ibid.*

Les oubliés de Nouville

Les évolutions institutionnelles à la même période confortent la dynamique d'oubli de l'ancien espace pénal. En dépit des volontés exprimées par les médecins d'en faire un lieu de soin des malades atteints d'affections mentales, l'asile ne cesse d'être associé à l'abandon et à la réclusion. Par exemple, même si l'arrêté de mise en application du décret de 1936 précise que l'asile est placé sous l'autorité médicale et administrative d'un médecin directeur choisi par le gouverneur parmi les médecins des troupes coloniales spécialisées, de fait, jusque dans les années 1960, il n'y aura au mieux qu'un médecin militaire spécialisé en neuropsychiatrie en charge de toutes les pathologies psychiatriques et neurologiques de Nouvelle-Calédonie (ainsi que des Nouvelles Hébrides et des îles Wallis et Futuna). Celui-ci doit également s'occuper de la gestion administrative de l'asile, aidé uniquement par un surveillant comptable et ne vient sur l'île qu'une à deux fois par semaines¹¹⁵.

De plus, le rachat de l'hôpital par la colonie ne s'est pas traduit par une amélioration de l'asile, qui s'est peu à peu dégradé. Le nombre de lits et de surveillants se réduisit, ces derniers devenant vite insuffisants pour assurer l'entretien du lieu, les équipements hospitaliers manquèrent et les problèmes d'électricité, d'eau et de sécurité furent récurrents¹¹⁶.

En outre, l'asile recevait aussi les engagés à leur arrivée ou lorsqu'ils tombaient malades et depuis 1936, une section disciplinaire y avait été établie pour recevoir les « immigrants » condamnés aux travaux d'intérêt généraux. Pendant la Seconde guerre mondiale, l'île commence à recevoir d'autres populations « d'indésirables » : en plus de l'asile, Nouville accueille une annexe de l'hôpital de Nouméa pour les malades immigrants et indigènes ainsi qu'un camp de concentration pour les ressortissants japonais en 1941. Le processus d'exclusion s'est transféré de la population pénale aux populations étrangères, immigrantes et indigènes. Raysse et Cuegniet en concluent que le décret de 1936 est devenu « le support d'un système concentrationnaire de la pire espèce »¹¹⁷.

Le processus d'exclusion qui s'est généralisé entre 1936 et 1941 se renforce davantage quand la Nouvelle-Calédonie acquiert plus d'autonomie dans la formulation de ses législations. La complexité législative dans laquelle est inscrite la psychiatrie en Nouvelle-Calédonie, du fait

¹¹⁵ *Ibid.*, p. 72.

¹¹⁶ F. Angleviel et al., *Le Paradou. De l'hôpital du Marais au centre hospitalier Albert Bousquet, 1868-2014*, *op. cit.*, p. 59.

¹¹⁷ P. Raysse et G. Cuegniet, « De l'assistance psychiatrique en Nouvelle-Calédonie, 2 : petite chronique d'une terre d'exil », art cit, p. 75.

de la répartition des compétences entre territoire et Etat à partir de 1956¹¹⁸, a plutôt accentué ces dynamiques dans la seconde moitié du XXème siècle¹¹⁹. Comme les autres réglementations de la santé, l'assistance psychiatrique est une compétence territoriale. Mais puisqu'elle a trait à l'exercice d'une liberté publique ou individuelle et qu'elle est associée à un contrôle judiciaire, c'est aussi une compétence de l'Etat. De plus, seul le congrès peut décider de modifier les modalités d'hospitalisation psychiatrique. Or celui-ci ne les a pas modifiées avant 2010. Si bien que le décret de 1936 prévaut jusqu'à cette date, même s'il a perdu l'essentiel de ses aspects négatifs et que les articles se référant à l'administration coloniale ont été progressivement abandonnés¹²⁰.

Raysse et Cuegniet soulignent les retards de la psychiatrie calédonienne par rapport aux évolutions de métropole et des Départements d'Outre-Mer, en particulier d'un point de vue institutionnel : par exemple dès 1937, la loi Sellier donne aux asiles d'aliénés de France le nom d'hôpital psychiatrique, tandis qu'il faut attendre 1952 pour que l'asile de Nouville soit renommé hospice¹²¹. Après cette date, l'hospice demeure une institution fermée, même après la fin des ateliers disciplinaires et du camp de concentration. De plus, il n'héberge pas seulement les malades mentaux mais aussi les infirmes, les vieillards indigents, les détenus, les militaires atteints de maladie vénérienne, les prostituées et les tuberculeux. Enfin l'île accueille le « camp Est », la prison, ainsi que le dépôt de munitions de l'armée.

Entre les années 1920 et les années 1960, les informations sur les internés indigènes kanaks sont peu nombreuses. L'espace concentrationnaire de Nouville jouait donc un rôle dans la logique de contrôle social de la main d'œuvre qui s'était mise en place avec le régime de l'indigénat. Comme l'a montré Benoît Trépied, les Kanaks étaient alors en meilleure position par rapport aux autres indigènes tonkinois ou javanais, qui constituaient une main-d'œuvre très dominée dans les contrats d'engagement¹²².

¹¹⁸ Dans le cadre de la loi-cadre Defferre, qui accorde plus d'autonomie aux pouvoirs exécutifs locaux vis-à-vis de la métropole.

¹¹⁹ P. Raysse et G. Cuegniet, « De l'assistance psychiatrique en Nouvelle-Calédonie, 2 : petite chronique d'une terre d'exil », art cit ; Guy Agniel, Antoine Leca et Gérard Orfila, *Le Droit médical en Nouvelle-Calédonie*, Nouméa, SCEREN-CDP Nouvelle-Calédonie, 2005.

¹²⁰ Notamment depuis la loi du 3 janvier 1968 ; qui réforme la législation de l'incapacité civile, la notion d'interdiction et les mesures de protection des biens et des malades mentaux. Loi n°6805 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs, *Journal Officiel* du 4 janvier 1968. Raysse et Cuegniet font également remarquer que, de la même façon que le décret de 1936 s'est éloigné de son esprit initial, la loi de 1838 d'Esquirol a, en France, aussi été assortie d'effets contradictoires et que la loi de 1990 qui devait la réformer n'a pas amélioré l'accès aux soins pour le malade. P. Raysse et G. Cuegniet, « De l'assistance psychiatrique en Nouvelle-Calédonie, 2 : petite chronique d'une terre d'exil », art cit, p. 78.

¹²¹ *Ibid.*, p. 77.

¹²² B. Trépied, *Une Mairie dans la France coloniale. Koné, Nouvelle-Calédonie, op. cit.*, p. 216.

Ce tableau de l'asile de Nouville à cette période rejoint l'analyse faite par Foucault du traitement social de la folie en Occident au XVIII^e siècle, qui ne recouvrait pas de projet thérapeutique même s'il existait des structures médicales¹²³. En Nouvelle-Calédonie, la prise en charge médicale de l'aliénation ne suit pas les innovations de France métropolitaine. Elle ne s'élabore donc que pour les catégories de populations européennes qui bénéficient des soins à l'hôpital de Nouméa, puis des psychiatres libéraux qui commenceront à s'installer à Nouméa dans les années 1970. En revanche, les populations relevant de l'indigénat ne sont prises en charge que par l'enfermement. Comme dans *l'Histoire de la folie à l'âge classique*, le médecin est sollicité pour ses compétences juridiques et non thérapeutiques parce que, dans la continuité du droit romain, il est considéré comme étant le seul à pouvoir juger de l'état de folie d'un individu.

Etant donné les conditions d'abandon qui marquent l'espace concentrationnaire de Nouville, les critiques des médecins qui ont travaillé à l'asile, puis à l'hospice, n'ont jamais cessé. Dans les années 1960, alors que le système de santé calédonien s'améliore considérablement en même temps que les indicateurs socioéconomiques, les critiques formulées par les médecins se font plus pressantes. Dans le projet de réorganisation qu'il formule en 1962, le médecin-colonel Caillard déplore les défaillances de la psychiatrie, qui n'a pas bénéficié de l'essor qu'ont connu les autres disciplines médicales sur le territoire¹²⁴. Hormis le bâtiment de gériatrie, l'asile n'a jamais été rénové et porte toujours les stigmates de l'univers carcéral¹²⁵. En 1964, le docteur Bousquet fera les mêmes constats, avant de se suicider sur la plage qui borde l'hospice¹²⁶. De fait, les locaux sont vétustes, le personnel insuffisant et l'isolement insulaire rend difficile les visites du médecin.

Il faut attendre la fin des années 1960 pour voir de réels changements dans l'infrastructure de l'asile et un changement du paradigme épistémique de la psychiatrie calédonienne, avec l'apparition d'un intérêt plus marqué pour la « folie kanake ».

¹²³ Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1961.

¹²⁴ Projet de réorganisation du service d'assistance psychiatrique, 15 décembre 1962. Cita par F. Angleviel et al., *Le Paradou. De l'hôpital du Marais au centre hospitalier Albert Bousquet, 1868-2014*, op. cit., p. 74.

¹²⁵ *Ibid.*

¹²⁶ Sa fille retrace son parcours et l'état de l'hôpital dans les années 1990 dans un film. Mathilde Mignon, *Folles mémoires d'un Caillou*, s.l., La Sept Arte, Les Films d'ici, 1997.

IV. Renaissance de l'hospice dans les années 1960 et naissance d'une ethnopsychiatrie calédonienne

Sous l'impulsion de médecins comme le docteur Caillard, qui propose un plan de réorganisation de l'assistance psychiatrique, celle-ci est progressivement réformée dans les années 1960. C'est aussi, plus généralement, une période d'essor économique de la Nouvelle-Calédonie qui atteint son apogée dans les années 1970 suite au boom du nickel de 1969 à 1972. Le paysage socioéconomique de Nouméa est bouleversé par l'arrivée massive de travailleurs kanaks, océaniens et métropolitains. La fin de l'indigénat en 1946 s'est d'ailleurs traduite par une augmentation des mobilités et de l'établissement de ces derniers à Nouméa, et c'est dans ce contexte qu'ils commencent alors à apparaître dans les documents de la clinique psychiatrique : la psychiatrisation de cette population est donc directement corrélée à son objectivation comme force de travail par le pouvoir.

Du point de vue institutionnel, cette période est marquée par la redéfinition des frontières juridiques, qui gomme la diversité des anciennes trajectoires coloniales dans la société calédonienne au profit d'un clivage kanak/non kanak, ou encore personnes de statut civil personnel/personne de statut civil commun¹²⁷. Cette redéfinition se retrouve dans les épidémiologies de la santé qui commencent à s'intéresser aux pathologies mentales. Un tel contexte est en effet propice à l'émergence d'un nouveau régime épistémique dans lequel les Kanaks sont mobilisés comme objet d'étude. Si bien que l'on voit s'esquisser dans le domaine de la psychiatrie un « laboratoire colonial », pour reprendre la métaphore de Guillaume Lachenal¹²⁸. Une ethnopsychiatrie propre au contexte calédonien émerge, soutenue par une anthropologie essentialiste qui reprend de façon minimaliste les travaux de Leenhardt et qui perpétue la thématique de la déculturation pathogène issue des ethnologies missionnaires élaborées à la fin du XIX^e siècle¹²⁹. Les savoirs produits dans ce laboratoire ont des effets certes limités pour ce qui est de la pratique psychiatrique mais ils sont représentatifs de la complexité des rapports sociaux dans la période qui précède et encadre les « événements ». Ils

¹²⁷ B. Trépiéd, *Une Mairie dans la France coloniale. Koné, Nouvelle-Calédonie, op. cit.*, p. 227.

¹²⁸ Guillaume Lachenal, « Le médecin qui voulut être roi : Médecine coloniale et utopie au Cameroun », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2009, vol. 65, n° 1, p. 121-156.

¹²⁹ Pour analyser les savoirs produits à cette époque, je m'appuie essentiellement sur un recueil de textes intitulé *La Santé mentale en Nouvelle-Calédonie. Collection des publications parues de 1967 à 1997*. Ce recueil de près de 680 pages (non paginé) rassemblé par le psychiatre Georges Zeldine et préfacé par Philippe Palombo, directeur du Centre Hospitalier de Soins Albert Bousquet, présente l'essentiel des écrits psychiatriques produits sur la Nouvelle-Calédonie. Ces différents textes sont ici utilisés comme matériaux bruts, complétés par des articles publiés dans les *Annales Médico-psychologiques* à la même période, et passés au crible d'une anthropologie critique.

témoignent notamment des pratiques d'objectivation des Kanaks : jusque-là, perçus comme voués à disparaître, privés de la citoyenneté française, les Kanaks n'étaient pas véritablement considérés comme des « sujets », si ce n'est coloniaux. En se rapprochant géographiquement du pouvoir thérapeutique colonial, au moment où ils sont constitués comme sujets de droits, les Kanaks s'offrent à celui-ci comme objets de la construction des savoirs soutenant la gouvernementalité coloniale. Avec la fin du régime de l'indigénat et la reconfiguration des rapports sociaux, de nouveaux processus de subjectivation se mettent en place. Ces processus s'appuient sur la reprise d'une anthropologie essentialiste dans de nouveaux travaux rédigés par des médecins.

Boom économique, évolutions sociales et rénovation de la psychiatrie calédonienne

La période de l'après-guerre est marquée par un développement économique et démographique sans précédent, qui bouleverse durablement la structure du peuplement et conforte l'inscription dans l'espace des structures socioéconomiques coloniales¹³⁰. Le boom du nickel se traduit par un afflux exceptionnel de travailleurs européens et océaniens entre 1969 et 1974 : environ 15 000 travailleurs européens et presque autant d'immigrants océaniens ou asiatiques arrivent à cette période¹³¹. Le paysage démographique est donc profondément et durablement modifié. Malgré la reprise démographique dans la population kanake, celle-ci devient minoritaire pour la première fois à partir de 1956¹³². Ce bouleversement démographique se traduit par une accentuation de la concentration des populations et des activités économiques à Nouméa. A la fin du XIX^e siècle, Nouméa concentrait déjà la moitié de la population européenne non pénale. La dimension de « ville blanche » continue de s'accroître dans la période de l'après-guerre, malgré un accroissement de l'urbanisation de tous les groupes ethniques. En 1956, Nouméa rassemblait déjà un tiers de la population territoriale. Cette proportion passe à 57% au cours de la période 1969-1974¹³³. L'extension spatiale de Nouméa et la concentration des activités économiques sur cet espace à cette période est particulièrement importante et consolide la segmentation majeure entre la ville,

¹³⁰ Jean Freyss, « Nouvelle-Calédonie : le "rééquilibrage" et ses contraintes » dans Alain Saussol et Joseph Zitomersky (eds.), *Colonies, territoires, sociétés*, Paris, France, 1996, p. 253-271.

¹³¹ *Ibid.*, p. 255.

¹³² *Ibid.*

¹³³ *Ibid.*, p. 259.

d'une part, et « l'intérieur » et « les îles », d'autre part. Freysse montre que ce phénomène résulte d'un double mouvement de concentration spatiale : l'arrivée des Européens de « brousse » à Nouméa a contribué à leur concentration dans cette ville. En parallèle, la proportion de Kanaks urbanisés a été multipliée par trois¹³⁴.

Le développement économique profite au développement des infrastructures de santé à Nouméa. En 1964, l'hôpital général de Nouméa se dote d'un véritable service de psychiatrie équipé d'un laboratoire d'électroencéphalographie¹³⁵. Deux psychiatres libéraux s'installent à la même période à Nouméa. La création d'un dispensaire d'hygiène mentale en 1966 à Nouméa, première structure extra-hospitalière dédiée au dépistage des troubles psychiatriques, à la lutte contre l'alcoolisme, à la recherche et à l'épidémiologie mentale constitue un pas timide vers la psychiatrie de secteur telle qu'elle a commencé à se mettre en place en métropole en 1960. Le dispensaire a toutefois peu de moyens et reste dépendant de l'hôpital¹³⁶.

Des progrès sont aussi réalisés du côté de l'hospice de Nouville. Le neuropsychiatre Georges Zeldine est l'un des premiers artisans de l'ouverture de l'hospice vers l'extérieur. Il accorde une grande importance au changement des représentations qui sont attachées à la maladie mentale et à l'hospice¹³⁷, et organise dans cette perspective la première journée portes ouvertes en 1965¹³⁸. Bien que les patients en hospitalisation de longue durée continuent d'être accueillis dans des bâtiments fermés, une « section ouverte d'observation et de traitement des maladies mentales » y est établie en 1969, date à laquelle les soins deviennent totalement gratuits¹³⁹.

L'intérêt croissant des pouvoirs publics pour Nouville se traduit par la rénovation de l'hospice, la construction de nouveaux services et l'affectation d'un médecin-chef à partir de 1973. Selon le docteur Berthomieu, qui dirige l'hôpital entre 1973 et 1976, la psychiatrie qui y est pratiquée est « exercée sur un mode occidental ou européen », avec l'arsenal classique des traitements – neuroleptiques, sismothérapie, ergothérapie, sociothérapie¹⁴⁰. Les

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ R. Berthomieu, « Assistance psychiatrique en Nouvelle-Calédonie », *Annales médico-psychologiques*, 1976, vol. 2, n° 4, p. 599-605.

¹³⁶ Il n'est rattaché au CHS Albert Bousquet qu'en 1989.

¹³⁷ « Je pense que le meilleur moyen de destruction de ce halo péjoratif qui entoure « Nouville », dans l'opinion publique, c'est d'être informé. Vous constaterez alors qu'il s'agit d'une véritable formation sanitaire de 173 lits, très agréablement située en bordure de mer, dans la verdure et les fleurs. » Zeldine s'adressant aux membres d'un club service, 1965, cité par F. Angleviel et al., *Le Paradou. De l'hôpital du Marais au centre hospitalier Albert Bousquet, 1868-2014, op. cit.*, p. 75.

¹³⁸ Le 10 octobre 1965, près de 4000 personnes se rendent sur l'île, d'après le *South Pacific*, cité par *Ibid.*, p. 77.

¹³⁹ Décret du 15 avril 1969

¹⁴⁰ R. Berthomieu, « Assistance psychiatrique en Nouvelle-Calédonie », art cit, p. 603.

malades y sont admis après un bilan médical – biologique, radiologique et d’encéphalographie – et une phase d’observation. A partir de 1974, une assistance sociale y travaille pour aider à la resocialisation et la réinsertion du malade mental. Le rattachement de Nouville à Nouméa en 1972 par la construction d’une digue constitue l’évolution la plus notable de l’ouverture de cet espace. Elle signe le rapprochement géographique d’un espace jusqu’ici marqué par l’isolement et l’univers concentrationnaire. Autre symbole de ce rapprochement, puisque l’appellation d’hospice ne traduit pas l’activité psychiatrique qui y est réalisée, il est renommé « Centre Hospitalier Spécialisé Albert Bousquet » en 1978.

Pour comprendre la portée et le sens de ces évolutions, il faut les replacer dans la refonte de la psychiatrie qui se joue au même moment en France et dans d’autres colonies. L’arrivée des psychotropes dans l’après-guerre a bouleversé les régimes de soin psychiatriques en favorisant le rétablissement de certaines maladies et en permettant une plus grande rotation des patients dans les hôpitaux¹⁴¹. Mais surtout, la circulaire du 15 mars 1960 sur la sectorisation est l’aboutissement d’une décennie de débats portés par les médecins des hôpitaux psychiatriques français pour réformer un système psychiatrique qui était sclérosé. La psychiatrie de secteur se veut une psychiatrie humaniste, voire militante, dans la mesure où elle ambitionne de redonner aux malades leur dignité de citoyens¹⁴². Elle promeut la continuité des prises en charge et l’accompagnement global des malades. Etant donné la répartition des compétences qui fait de la santé une compétence calédonienne, la circulaire n’est évidemment pas appliquée. Certains traits du mouvement de sectorisation apparaissent de façon lointaine dans les réformes de la psychiatrie calédonienne, mais le terme de « sectorisation » ne figure dans les textes officiels qu’au début des années 1990¹⁴³. Cependant les améliorations de l’infrastructure, la création d’un dispensaire d’hygiène mentale ou encore les efforts pour sortir l’hôpital de son isolement témoignent d’une volonté d’établir une continuité des prises en charge et d’organiser la promotion de la santé mentale dans la société. Toutefois, les valeurs humanistes de ce mouvement prennent une toute autre tournure dans les contextes coloniaux, en fonction des psychiatres et des projets coloniaux qui y ont cours. Par exemple, avant d’exercer en Algérie en 1953, Frantz Fanon avait été interne à Saint-Alban auprès de Tosquelles, l’un des fondateurs de la psychothérapie institutionnelle. Profondément influencé par les idées de la sectorisation et l’approche sociothérapeutique, il pensa une

¹⁴¹ S. Mahone et M. Vaughan, *Psychiatry and Empire*, op. cit., p. 6.

¹⁴² Michel Audisio, *La Psychiatrie de secteur : une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Toulouse, Privat, 1980. Cité par Nicolas Henckes, « La Psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir? », *Esprit*, 2015, n° 3, p. 30.

¹⁴³ Il apparaît dans le premier *Schéma de Santé mentale* rédigé en 1992 par Philippe Palombo.

pratique psychiatrique cohérente avec sa pensée politique, ancrée dans la lutte pour l'indépendance de l'Algérie qui débutait alors et il considéra la désaliénation comme le corollaire de la liberté¹⁴⁴. Fanon était médecin des hôpitaux psychiatriques, et non neuropsychiatre. Or, comme le rappelle Nicolas Henckès dans son analyse du mouvement de sectorisation, celui-ci était porté avant tout par les médecins des hôpitaux psychiatriques, contre une frange des neuropsychiatres qui y étaient hostiles¹⁴⁵. En Nouvelle-Calédonie, la réforme de la psychiatrie se déploie dans un contexte tout autre. Portée par des médecins neuropsychiatres recrutés par le Service des Armées, elle s'inscrit dans un cadre politique et un régime épistémique particuliers, comme en témoignent les premières études épidémiologiques sur les troubles mentaux.

Ville et acculturation dans l'épidémiologie psychiatrique océanienne

Dans les années 1960 apparaissent de premières études épidémiologiques sur les questions de santé mentale en Nouvelle-Calédonie et dans le reste des petites îles du Pacifique. Le contexte du développement urbain rapide dans la région est en effet propice à l'exploration de son impact sur d'éventuels troubles de la santé mentale. C'est une thématique courue de la psychiatrie transculturelle¹⁴⁶, qui est dans la continuité d'un régime épistémique focalisé sur les « vices de la civilisation » et qui s'est constitué à la fin du XIX^e siècle sous l'influence conjointe de l'ethnologie, des missions et de l'expansion coloniale. La question de la ville s'était posée assez tôt en Indonésie, où il était attendu des psychiatres qu'ils éclairent l'administration coloniale en aidant au développement des populations indigènes, en renforçant leur moralité, leur intellect et leurs capacités pour qu'ils participent à la colonie¹⁴⁷. Au Kenya, le psychiatre Carothers dont les travaux sont évoqués plus loin basaient ceux-ci sur l'inadaptation fondamentale des Mau Mau aux villes kenyanes¹⁴⁸.

En Océanie, cette thématique apparaît de façon centrale dans les années 1960. Ce ne sont pas seulement les changements socioéconomiques rapides qui poussent les pouvoirs publics à se

¹⁴⁴ Jean Khalfa et Robert JC Young, « Introduction générale » dans Frantz Fanon, Jean Khalfa et Robert JC Young (eds.), *Écrits sur l'aliénation et la liberté*, Paris, La Découverte, 2015, p. 11.

¹⁴⁵ N. Henckès, « La Psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir? », art cit, p. 32.

¹⁴⁶ La psychiatrie transculturelle ou interculturelle est un champ clinique qui recouvre différents courants tels que l'ethnopsychanalyse ou l'ethnopsychiatrie de Georges Devereux et qui vise à prendre en compte l'hétérogénéité culturelle dans la pratique clinique.

¹⁴⁷ Hans Pols, « The Insults of Colonial Psychiatry and the Psychological Damage of Colonialism » dans *Nurturing Indonesia: Medicine and Decolonisation in the Dutch East Indies*, Cambridge, Cambridge University Press, 2018, p. 116-137.

¹⁴⁸ Didier Fassin, « Les Politiques de l'ethnopsychiatrie », *L'Homme*, 2 janvier 2000, n° 153, p. 231-250.

saisir de la question, mais aussi l'émergence d'un mouvement de santé mondiale reformulé aux niveaux régionaux. Dans le Pacifique, c'est autour de la Communauté du Pacifique Sud (CPS), organisation régionale fondée en 1947, qu'il s'élabore. Les études qui paraissent alors en Nouvelle-Calédonie – premières études véritablement épidémiologiques, réflexions comparatives, réflexions sur l'ethnopsychiatrie – sont à replacer dans ce contexte d'émergence d'une psychiatrie transculturelle dans la région des îles du Pacifique et de circulation des savoirs médicaux entre les îles du Pacifique – et non plus uniquement avec la métropole. Cette circulation des savoirs, bien que limitée, influence les orientations et le contenu des études produites.

Quand les trois principaux psychiatres de la région sont réunis par la CPS lors de la Sixième Conférence du Pacifique Sud en 1966, l'ensemble de la région connaît un développement urbain et un exode rural importants. Les « problèmes de santé mentale découlant de l'urbanisation » sont au cœur de l'inquiétude des décideurs politiques. Le docteur Zeldine, le docteur B. G. Burton-Bradley qui exerce en Papouasie Nouvelle-Guinée, et le docteur D.F. Macgregor aux Îles Fiji se retrouvent pour la première fois pour discuter et comparer l'impact de la ville sur la santé mentale. Le rapport produit reflète la diversité des contextes institutionnels entre les trois pays, mais une commune focalisation sur la question urbaine, continuité de l'hypothèse de la déculturation pathogène. Ces analyses sont aussi l'héritage du regard missionnaire porté sur la dislocation des sociétés océaniques qu'auraient suscité le contact avec les Européens, ou encore une version décalée du *Fatal Impact*. Cette tendance rejoint la conclusion que tire Edward Lowe dans sa recherche sur les modèles explicatifs du suicide aux Samoa et en Micronésie, qui sont depuis les années 1960 et jusqu'à aujourd'hui majoritairement dominés par le modèle du déséquilibre social et de la désintégration sociale, sans que cette hypothèse n'ait jamais été véritablement validée empiriquement¹⁴⁹. De tels modèles ont été largement repris dans les conférences et programmes régionaux océaniques de lutte contre le suicide. Or, comme Lowe le montre, ils reprennent sans la critiquer l'idée héritée de Durkheim d'un lien de causalité direct entre les effets de la modernisation et du changement social sur le bien-être des populations océaniques¹⁵⁰.

Au-delà de l'Océanie, la question urbaine est au cœur de l'agenda global de la santé mentale et oriente en partie les enquêtes de l'OMS sur la schizophrénie. Ces enquêtes ont conclu dans

¹⁴⁹ Edward D. Lowe, « Social Change and Micronesian Suicide Mortality: A Test of Competing Hypotheses », *Cross-Cultural Research*, 2019, vol. 53, n° 1, p. 3-32.

¹⁵⁰ Pour Durkheim, les taux de suicide reflètent les formes de l'organisation sociale. Il associe des taux plus élevés dans des sociétés modernes aux valeurs d'individualisme et à l'anomie sociale qui en résulterait. Pour une analyse critique de l'application de ce modèle au contexte océanique, cf. le chapitre 8 de cette thèse et Lowe, *Ibid.*

les années 1970 à de meilleurs pronostics dans les pays en développement que dans les pays développés, laissant entendre qu'il y aurait plus de cas de schizophrénie dans les pays dits « occidentaux », sans toutefois saisir ce qui se jouaient exactement dans ce phénomène et en réduisant la complexité à une opposition sans nuances entre pays développés et pays en développement¹⁵¹. Il n'est donc pas surprenant de voir réapparaître la thématique du changement socioéconomique, incarné par l'exode rural, dans les agendas régionaux des nouvelles arènes multilatérales. Les déclinaisons locales de ce paradigme épistémique donnent une idée des moralités propres aux psychiatries qui s'établissent dans les différents pays de la région.

Les trois psychiatres réunis par la CPS autour de la thématique de l'urbanisation présentent celle-ci comme fondamentalement pathogène, suscitant « le déracinement », « l'anomie », « l'acculturation »¹⁵². Selon eux, cet ensemble de perturbations affecterait notamment le développement des petits enfants et pourrait se traduire ultérieurement par de « l'angoisse et l'incapacité de s'adapter ». C'est donc autour de cette thématique que chacun des trois experts explore l'impact de l'urbanisation sur les pathologies mentales observées dans les îles où ils sont établis. Tous déplorent les « grands centres urbains », « facteurs de dislocation et de bouleversement démographique » et distinguent les migrations vers les villes de « personnes instables, qui viennent vers les villes sans but et sans compétences, simplement parce qu'elles sont attirées par “les lumières de la ville” », des « personnes de bonne réputation qui cherchent du travail ou une terre qu'elles puissent mettre en valeur »¹⁵³.

En Nouvelle-Calédonie, cette thématique qui avait été centrale pour les missionnaires ne réapparaît que dans les années 1960, après avoir été mise de côté pendant un demi-siècle. La question avait été initialement relativement réglée : d'une part les Kanaks, voués à disparaître, devaient être protégés des « vices de la civilisation », en particulier de l'alcool ; d'autre part, la dernière révolte kanake en 1917 avait confirmé l'importance de les maintenir dans les réserves et de les tenir à distance de Nouméa. La fin de l'indigénat et l'arrivée des Kanaks dans le contexte d'une « ville blanche » en pleine expansion suscite alors toutes les interrogations de psychiatres. Engagés dans la réforme de la psychiatrie, jouant pour certains

¹⁵¹ L'ethnocentrisme de ces enquêtes, de leurs protocoles et de ce que l'on peut en retirer, a été décrypté notamment par Tanya Luhrmann et Janis Jenkins. Tanya Luhrmann et Jocelyn Marrow, *Our Most Troubling Madness: Case Studies in Schizophrenia Across Cultures*, Berkeley, University of California Press, 2016, 304 p ; Janis H. Jenkins, *Extraordinary Conditions: Culture and Experience in Mental Illness*, Berkeley, University of California Press, 2015, 368 p.

¹⁵² *Santé mentale dans le Pacifique sud. Rapport d'un groupe d'experts réunis à Suva (Fidji) du 19 au 22 mai, puis à Nouméa (Nouvelle-Calédonie) du 23 au 27 mai 1966*, Nouméa, Commission du Pacifique Sud, 1967, p. IX.

¹⁵³ *Ibid.*, p. 4.

d'entre eux un rôle politique croissant, reprendre l'idée d'une acculturation pathogène leur donne un appareil pseudo-scientifique sur lequel appuyer leur légitimité. Pour des médecins comme Zeldine formés à la neuropsychiatrie, mais qui s'aventurent dans la recherche ethnologique, la ville s'offre comme laboratoire colonial pour tester la capacité d'adaptation psychique des indigènes et pour élaborer au passage une ethnopsychiatrie qu'ils pourront valoriser dans leur carrière. Zeldine est le principal artisan de cette ethnopsychiatrie qui se formule sous la forme à la fois d'une épidémiologie et d'une théorisation psychiatrique que j'examine plus loin.

Une épidémiologie hasardeuse est alors mobilisée pour explorer cette question récurrente : comment les mentalités des natifs réagissent-elles au contact de la ville ? Ces mentalités sont-elles adaptées à la ville et à la modernité ? Comment s'acclimatent-ils aux changements socioéconomiques rapides ? Telles sont les questions implicites de l'appareil statistique mobilisé par le docteur Georges Zeldine, principal instigateur de la réforme de l'hôpital psychiatrique et des études sur la santé mentale en Nouvelle-Calédonie.

En Nouvelle-Calédonie, *L'Enquête préliminaire d'opinion sur l'urbanisation en milieu mélanésien à Nouméa* mise en œuvre par Zeldine au début des années 1960 tâche de comprendre de quelle façon la population mélanésienne est psychiquement affectée par l'exode rural et l'urbanisation¹⁵⁴. Je m'intéresse ici au cadre théorique et aux méthodologies mobilisées plus qu'aux résultats, qui ne sont du reste pas représentatifs comme l'admet l'auteur lui-même¹⁵⁵. L'urbanisation et l'acculturation sont posées comme intrinsèquement pathogènes, mais dans ce processus ce n'est pas tant la ville qui serait pathogène, que la mentalité kanake qui lui serait fondamentalement étrangère. Les « normes culturelles des Mélanésiens [seraient] étrangères à la notion de cité », à la différence des « cultures autochtones des grands continents »¹⁵⁶ et « l'idée de citoyen, ou, pour le moins, de membre effectif d'une cité [serait] vague »¹⁵⁷. Les Kanaks seraient toutefois moins affectés que les Fidjiens ou les Papous, puisque leur attachement à la terre et à la tribu ne ferait de la ville

¹⁵⁴ Les résultats de cette enquête ont été présentés à un groupe d'experts psychiatriques réunis par la Communauté du Pacifique Sud en 1966 et sont donc repris dans un rapport qui apparaît dans le recueil édité par le Centre Hospitalier Albert Bousquet, *La Santé mentale en Nouvelle-Calédonie : Collection des publications parues de 1967 à 1997*, Nouméa.

¹⁵⁵ Sur les 150 questionnaires passés, seuls 30 sont exploitables, ceux administrés à des « hommes chefs de familles isolés ». En outre, 3 des 4 enquêteurs sont des hommes originaires de Lifou, ce qui laisse présager que la population enquêtée n'est pas représentative des autres aires coutumières, si bien que 23 des 30 questionnaires sont le fait d'hommes originaires des Îles Loyauté. Bien que l'auteur de l'enquête reconnaisse les problèmes qu'elle pose, il ne se dispense pas d'en tirer un certain nombre de conclusions.

¹⁵⁶ *Santé mentale dans le Pacifique sud. Rapport d'un groupe d'experts réunis à Suva (Fidji) du 19 au 22 mai, puis à Nouméa (Nouvelle-Calédonie) du 23 au 27 mai 1966, op. cit.*, p. 12.

¹⁵⁷ *Ibid.*, p. 22.

qu'un « foyer provisoire », ce qui éviterait les « tensions psychologiques pathogènes » liées à la « rupture d'avec le milieu traditionnel », et donc le « sentiment d'aliénation irrémédiable » habituellement observé chez les citadins¹⁵⁸. Dans une telle analyse, les Kanaks apparaissent totalement dépolitisés et on lit plus les projections de Zeldine qu'une véritable analyse des conditions de vie urbaine et des éventuels troubles psychiques qui en résulteraient.

Dans une autre étude dans laquelle Zeldine essaie d'analyser les raisons des taux d'hospitalisation plus élevés dans la population européenne de Nouvelle-Calédonie qu'en métropole ou dans le reste du Pacifique, Zeldine impute au boom économique le facteur déclencheur des pathologies psychiatriques. Celui-ci serait une « véritable onde de choc sociologique » pour des habitants qui avaient jusque-là un mode de vie « relativement paisible et sans à coup » et qui aurait vu Nouméa se transformer soudainement en « *Far West* »¹⁵⁹.

Pour étayer les arguments prétendument sociologiques des chiffres qu'il observe, Zeldine ne se base alors que sur des impressions personnelles faites pendant deux séjours de trois ans à Nouméa¹⁶⁰, parfois corroborées par deux ou trois informateurs kanaks originaires de Lifou. On ne saisit à aucun endroit comment la ville et l'acculturation opèreraient sur la psyché. En outre, l'histoire coloniale qui précède le boom économique apparaît sous sa plume comme totalement pacifiée. Plus surprenant, ce seraient les populations européennes aux taux d'hospitalisation plus élevés, qui auraient le plus souffert de l'acculturation, car les Mélanésiens auraient vécu une « acculturation plus ancienne ». On notera au passage que l'appareil statistique de Zeldine reproduit les formulations entre les catégories de population de la société calédonienne à la même période. La diversité socioethnique calédonienne y est réduite à deux sous-populations, « autochtones » et « non-autochtones », ou encore « mélanésiens » et « non-mélanésiens ». Les autres ethnies apparaissent dans les données démographiques générales, mais sont écartées de l'analyse épidémiologique.

Pour les Mélanésiens « très attachés à leur terre qui est investie de valeurs culturelles traditionnelles primordiales »¹⁶¹, le retour à la terre et l'appartenance au groupe auraient un effet protecteur. Dans le même ordre d'idée, l'alcoolisme serait « absorbé par le groupe » mélanésien, mieux toléré car associé à une importation européenne venue rompre un « Age d'Or », associé à « l'arrivée des Blancs qui (...) ont souillé, empoisonné, diminué la force vitale ».

¹⁵⁸ *Ibid.*, p. 24.

¹⁵⁹ Cette étude datée de 1977, non référencée, apparaît aussi dans le recueil précité. Georges Zeldine, *Pour une sociologie des maladies mentales en Nouvelle-Calédonie*, s.l.

¹⁶⁰ Quand l'étude paraît en 1977, Zeldine n'a fait que deux séjours de trois ans à Nouméa.

¹⁶¹ G. Zeldine, *Pour une sociologie des maladies mentales en Nouvelle-Calédonie*, *op. cit.*

On l'aura compris, les conclusions tirées sont souvent arbitraires, ce que reconnaît même son auteur. C'est du reste un procédé constant : les enquêtes sont jugées non représentatives, les analyses comme sans doute arbitraires, mais les limites de l'enquête ne sont pas assumées jusqu'au bout et des conclusions sont tirées, sans présumer de l'impact qu'elles auront malgré tout. Ce que cache cette tendance à tâcher d'expliquer sans comprendre et à plaquer des analyses sans fondement, c'est la volonté de saisir une mentalité kanake perçue comme fondamentalement différente et hermétique, l'un des moteurs de l'ethnopsychiatrie qui s'esquisse alors.

Poncifs de l'ethnopsychiatrie calédonienne

Quand la psychiatrie coloniale se ressaisit de l'ethnologie, il s'agit toujours de voir si la mentalité des peuples étudiés est assimilable ou non, si elle peut s'adapter, au moyen de l'éducation, à la « civilisation » ou encore à la ville et, si oui, quelles sont les méthodes à employer. C'est dans cette utilisation des savoirs ethnologiques que réside la véritable influence sur le gouvernement colonial du pouvoir psychiatrique¹⁶².

Chaque colonie a vu se développer une tradition psychiatrique qui lui était propre, dans laquelle les populations indigènes ont tenu un rôle différent, en fonction de la place qu'on leur assignait dans le projet politique colonial. L'Ecole d'Alger fondée par Porot et mise en œuvre à l'hôpital de Blida-Joinville dans l'entre-deux-guerres a produit une psychiatrie paternaliste et raciste en accord avec la place que tenaient les musulmans dans le projet colonial : l'Ecole d'Alger était basée sur la négation de la subjectivité des colonisés, puis ceux-ci ont fait l'objet d'expérimentations thérapeutiques, pour finalement donner lieu à la collaboration des psychiatres avec l'armée française durant la guerre d'Algérie¹⁶³. Le développement de la psychiatrie coloniale algérienne est donc intimement connecté au modèle politique colonial de l'Algérie française dans lequel les psychiatres se sont investis très tôt dans les projets de contrôle politique dans la colonie¹⁶⁴. Dans le contexte du Sénégal, les indigènes n'interféraient avec aucun projet de colonie de peuplement. Après la loi-cadre de 1956, le docteur Henri Collomb, figure emblématique de l'ethnopsychiatrie, eut plus de latitude pour

¹⁶² S. Mahone et M. Vaughan, *Psychiatry and Empire, op. cit.*, p. 11.

¹⁶³ Richard C. Keller, « Between Clinical and Useful Knowledge » dans *Colonial Madness: Psychiatry in French North Africa*, Chicago, University of Chicago Press, 2008, p. 122-161.

¹⁶⁴ R. Collignon, « La Psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal : esquisse d'une historisation comparative », art cit, p. 533.

formuler des alternatives à l'hospitalisation psychiatrique et s'intéressa aux prises en charge communautaires et familiales dans lesquelles il voyait une alternative intéressante à l'enfermement. Il fit entrer les guérisseurs à l'hôpital de Fann, mit en place une véritable collaboration entre cliniciens et chercheurs en sciences sociales et forma la première génération de psychiatres sénégalais¹⁶⁵. S'il n'est pas possible de parler d'une « Ecole de Nouméa » comme on a pu parler de l'Ecole de Dakar ou de celle d'Alger, on peut distinguer toutefois un certain nombre de thématiques qui s'inscrivent dans la continuité des registres discursifs qui se mirent en place en Nouvelle-Calédonie au début de la période coloniale et qui continuent d'infléchir les représentations contemporaines.

Bien que les réflexions ethnologiques formulées principalement par des missionnaires aient eu peu d'impact sur la première gouvernementalité de la santé et soient restées limitées à l'intervention missionnaire dans les réserves, la fin de l'indigénat et les migrations massives des Kanaks vers Nouméa dans la seconde moitié du XX^e siècle leur donnent une portée nouvelle. A cette période, hormis les quelques travaux cités au chapitre précédent, aucun travail ethnologique n'a encore été véritablement fait sur les Kanaks. Sortis de la logique d'enfermement des réserves, ceux-ci apparaissent comme une *population* investie dans le cadre de techniques de gouvernementalité destinées à les gérer comme force de travail. Dans un contexte marqué par les nécessités du développement économique et agricole, les Kanaks ne sont perçus que comme une main-d'œuvre temporaire qu'il faut « fixer » dans les réserves et non dans des emplois salariés dans les villes. C'est ce qui apparaît clairement dans cet extrait d'un rapport du Syndic des Affaires Indigènes de 1950 :

« Tout en laissant à tout individu la possibilité de répondre à l'offre de main d'œuvre faite par l'industrie et le commerce, il apparaît que l'intérêt de la colonie est de fixer les indigènes sur leurs réserves et de ne point les laisser grossir l'afflux des populations de l'intérieur vers les centres urbains. Ils participeront ainsi à la mise en valeur agricole du pays et petit à petit fourniront une main d'œuvre importante en particulier pour les mines. »¹⁶⁶

En dépit de la volonté de ne pas les intégrer à l'espace urbain, les Kanaks, plus présents en ville, se rapprochèrent aussi du regard clinique, ce qui favorisa l'émergence d'un espace

¹⁶⁵ Henri Collomb, « Assistance psychiatrique en Afrique (expérience sénégalaise) », *Psychopathologie africaine*, 1965, vol. 1, n° 1, p. 11-84 ; Henri Collomb, « Rencontre de deux systèmes de soins. À propos de thérapeutiques des maladies mentales en Afrique », *Social Science & Medicine* (1967), 1973, vol. 7, n° 8, p. 623-633 ; K.-M. Katie, *An Impossible Inheritance. Postcolonial Psychiatry and the Work of Memory in a West African Clinic*, *op. cit.*

¹⁶⁶ Rapport du Syndic des Affaires indigènes, 1950, cité par Sonia Grochain, *Socio-anthropologie politique de l'emploi : les Kanak et le travail en Province Nord de la Nouvelle-Calédonie*, EHESS, Paris, 2007, p. 179.

d'expérimentation du savoir psychiatrique comme pratique¹⁶⁷. C'est en ce sens que l'on peut parler d'un « laboratoire colonial » pour la psychiatrie, du moins au sens de Guillaume Lachenal, d'un « espace d'opportunités pour certains segments de la profession médicale », qui permirent à certains des progressions professionnelles¹⁶⁸. Car c'est dans ce contexte que les psychiatres de l'armée, voyant la Nouvelle-Calédonie comme un espace neutre, hors des débats métropolitains questionnant l'asile et ses procédés, pouvaient repenser la psychiatrie selon leurs propres paradigmes, et accéder à un pouvoir politique qui aurait été inenvisageable en métropole.

Les années 1960 voient ainsi un renouveau des travaux ethnologiques sur les Kanaks, en particulier sur leurs pratiques médicales. Ces travaux émanent de botanistes, pharmacologues, médecins ou infirmiers et sont de deux sortes : il s'agit soit d'inventaires de plantes aux vertus médicinales, soit de descriptions de pratiques de sorcellerie. Dominique Bourret a par exemple collecté des plantes qu'elle a classées en fonction d'un critère d'efficacité phytothérapeutique entre des plantes jugées pertinentes et d'autres plantes associées à une dimension magique dont l'intérêt n'est selon elle que psychologique¹⁶⁹.

Les travaux portant plus spécifiquement sur la psyché kanake et ses pathologies s'appuient sur l'idée de mentalité mythique de Maurice Leenhardt. Ils sont écrits principalement par des psychiatres de l'armée qui séjournèrent entre un et trois ans en Nouvelle-Calédonie pour la plupart et qui publièrent dans des revues comme *Médecine tropicale*, la revue du corps de santé colonial, *Médecine et armées*, ou encore la *Revue française de psychiatrie* et les *Annales Médico-psychologiques*. C'est l'idée de mentalité mythique qui apporte l'appareil conceptuel à Bourret et Zeldine quand ils décrivent une « folie canaque »¹⁷⁰ et Patrick Lachaume une « hystérie délirante canaque »¹⁷¹. La supposée spécificité de la pensée mythique des Kanaks justifie par ailleurs la distinction entre une prise en charge psychiatrique orientée autour de la psychose chez les Kanaks tandis qu'elle se concentre sur des problèmes de névrose et de

¹⁶⁷ En Algérie, c'est parce qu'ils furent très tôt proches des centres urbains et de leurs hôpitaux, que les musulmans firent l'objet d'expérimentation thérapeutique à l'Hôpital de Blida-Joinville. Richard C. Keller, *Colonial Madness: Psychiatry in French North Africa*, Chicago, University of Chicago Press, 2008.

¹⁶⁸ G. Lachenal, « Le médecin qui voulut être roi : Médecine coloniale et utopie au Cameroun », art cit, p. 126-127.

¹⁶⁹ Dominique Bourret, « Les raisons du corps : éléments de la médecine traditionnelle autochtone en Nouvelle-Calédonie », *Cahiers ORSTOM. Série Sciences Humaines*, 1981, vol. 18, n° 4, p. 487-513.

¹⁷⁰ Dominique Bourret et Georges Zeldine, « La Folie canaque. A propos de l'étiologie traditionnelle des maladies mentales en culture mélanésienne », *L'évolution Psychiatrique*, 1978, vol. 43, n° 3, p. 549-562.

¹⁷¹ Patrick Lachaume, « L'hystérie délirante canaque », *Information psychiatrique*, 1987, vol. 63, n° 10, p. 1249-1257.

dépression pour les Européens¹⁷². Cette division diagnostique défavorable pour les indigènes est classiquement retrouvée dans les écrits et la pratique psychiatrique de Nouvelle-Calédonie¹⁷³, comme dans la plupart des situations de psychiatrie transculturelle, sans qu'elle s'appuie sur des outils théoriques et diagnostics¹⁷⁴. La pensée mythique telle que la conceptualisait Leenhardt et l'altérité qu'elle incarne y devient une catégorie psychopathologique.

Enfin, l'absence d'individuation, qui est également une relecture du *Do Kamo* de Leenhardt, serait un autre trait de la psychologie kanake. Le docteur Pfeiffer, après un séjour de 16 mois en Nouvelle-Calédonie, propose une analyse de la dépression chez les Kanaks en observant ce qui, dans leur personnalité et leur culture, pourrait la favoriser ou au contraire la prévenir¹⁷⁵. Bien qu'il ne parle aucune des langues kanakes, il estime que le rapport au langage favoriserait la dépression car il ne permettrait pas l'expression interpersonnelle et celle des « variations thymiques ». L'expression serait de plus perçue comme une trahison car elle révélerait les secrets du groupe. Mais le groupe est aussi protecteur. Pour Pfeiffer qui reprend exactement l'analyse faite par Leenhardt, « le mélanésien existe comme élément du groupe social, pas comme individu. Sa place est définie dans le groupe et il n'est pas bon de se singulariser socialement ou affectivement »¹⁷⁶. De ce fait, l'absence d'individuation serait à la fois protectrice et pathogène : protectrice, car « le groupe véritable carcan social est un formidable outil thérapeutique par sa cohérence et la sécurité qu'il apporte »¹⁷⁷. Mais elle deviendrait pathogène au contact de la culture occidentale : « actuellement, l'appartenance du canaque à deux sociétés en fait un être balloté, à cheval sur deux cultures, donc prédisposé à l'éclosion d'une pathologie mentale »¹⁷⁸.

Ces travaux reprennent donc l'idée de déculturation pathogène qu'esquissaient déjà les missionnaires, sans toutefois nous apprendre quoi que ce soit des pathologies que ces médecins auraient observées. Le contact avec la ville et ses maux serait incompatible avec la

¹⁷² F. Poinso et C. Védié, « Etude statistique des maladies mentales en Nouvelle-Calédonie », *Annales médico-psychologiques*, 1991, vol. 149, n° 8, p. 663-673.

¹⁷³ Georges Zeldine, « Sociologie des maladies mentales en Nouvelle-Calédonie (approche statistique), 1965–1977. », *Annales médico-psychologiques*, 1981, vol. 139, n° 4, p. 385-408.

¹⁷⁴ Sophia Selod, *Difficultés diagnostiques chez les patients d'une autre culture : pourquoi certains patients dépressifs sont-ils diagnostiqués comme psychotiques*, Université de Lille, 1998. Cité par Yoram Mouchenik, *L'Enfant vulnérable : psychothérapie transculturelle en pays Kanak, Nouvelle Calédonie*, Grenoble, La Pensée sauvage, 2004, p. 88.

¹⁷⁵ C. Pfeiffer, « Le concept de dépression en milieu mélanésien », *Revue Française de Psychiatrie*, 1989, n° 3, p. 14-16.

¹⁷⁶ *Ibid.*, p. 14.

¹⁷⁷ *Ibid.*

¹⁷⁸ *Ibid.*, p. 14-15.

mentalité kanake. Dans un tel contexte, l'alcool et son interdiction continuent d'être les seuls leviers sur lesquels s'appuient les médecins pour formuler une thérapeutique sociale.

En matière d'élaboration d'un psychisme ethnique, les travaux d'Eliane Métais sont sans doute les plus surprenants. Comme le note Christine Salomon, l'auteure dissimule la faiblesse du matériau recueilli derrière d'abondantes références à Leenhardt et s'appuie sur une interprétation de cahiers de Théodore Braïno sans citer de façon détaillée cette source par des extraits, ce qui ne permet pas de vérifier cette interprétation et induit un certain nombre de « poncifs psychologisants et de jugements de valeurs »¹⁷⁹. Métais dépeint le psychisme kanak comme fondamentalement angoissé et aux prises constantes avec des attaques de sorcellerie alimentant un sentiment de persécution¹⁸⁰. Ce « malaise angoissé » serait selon elle redoublé par la « déstructuration profonde » de la société kanake¹⁸¹. Il lui échappe alors que les analyses qu'elle déploie reposent sur des accusations de sorcellerie formulées par un chef auprès du gouverneur, à un moment où ces accusations sont à saisir comme l'une des formes de mobilisations collectives qui émergent au sortir de l'indigénat¹⁸². De nouveau, la spécificité supposée du psychisme kanak est décrite sous un angle particulièrement péjoratif puisqu'elle est associée à ce que cette auteure décrit comme « le fond pessimiste, la passivité, l'asthénie (...), l'attente angoissée d'un avenir tragique » qui sont « tout le contraire du dynamisme propre aux mouvements de libération, d'évasions prophétiques politico-religieuses »¹⁸³. Elle conclut son propos en ne voyant de salut pour les Kanaks que dans l'assimilation au monde européen et à son système médical. On retrouve donc l'éternelle injonction à l'assimilation, trait fondamental du colonialisme français, ici justifiée par une mentalité décrite comme trop « angoissée » pour participer aux luttes indépendantistes. Le texte, publié en 1967, soit deux ans avant la création par des étudiants kanaks du mouvement des « Foulards rouges », est tout à fait représentatif de l'aveuglement de cette ethnologie bâclée qui permet surtout de justifier les positions coloniales face aux revendications croissantes des Kanaks.

¹⁷⁹ Christine Salomon, *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, Paris, Presses Universitaires de France, 2000, p. 14.

¹⁸⁰ Eliane Métais, *La Sorcellerie canaque actuelle les « tueurs d'âme » dans une tribu de la Nouvelle-Calédonie*, Paris, Musée de l'Homme, 1967, 420 p.

¹⁸¹ *Ibid.*, p. 16-17.

¹⁸² Michel Naepels, « Mobilisations au sortir de l'indigénat » dans *Conjurer la guerre : violence et pouvoir à Houailou, Nouvelle-Calédonie*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2013, p. 149-188.

¹⁸³ E. Métais, *La Sorcellerie canaque actuelle les « tueurs d'âme » dans une tribu de la Nouvelle-Calédonie*, *op. cit.*, p. 382.

Ce type de positionnement du savoir ethnopsychiatrique dans un tel contexte est encore plus flagrant dans les écrits programmatiques que rédige Georges Zeldine pour formuler une nouvelle école de psychiatrie.

Le projet de « psychiatrie ontologique » du docteur Zeldine

Les écrits de Zeldine sont sans doute les plus intéressants à examiner, par leur nombre et par les idées mobilisées, incarnation des moralités portées par les Européens qui s'installent dans les années 1960 en Nouvelle-Calédonie. Son parcours est relativement représentatif de la psychiatrie coloniale qui circule dans les différents espaces coloniaux français à partir des années 1960. Né en Algérie en 1929, il a travaillé à Madagascar et à l'hôpital de Fann avec Henri Collomb avant d'arriver à Nouméa. Neuropsychiatre à l'hôpital général, il se rend régulièrement en consultations sur l'île Nou. Pour lui comme pour la plupart de ces psychiatres qui ont parfois séjourné au Sénégal ou à Madagascar avant d'arriver en Nouvelle-Calédonie, celle-ci représente un laboratoire d'études unique pour son caractère multiethnique, pour la présence d'une infrastructure psychiatrique et pour son contexte marqué par des changements socioéconomiques rapides. Outre la tentative d'une épidémiologie des troubles psychiatriques déjà décrite, Zeldine s'essaie à la théorisation psychiatrique. Pour cela, il s'appuie sur le « caractère exemplaire de ce pays sur le plan de la coexistence pluriethnique et de bonne implantation de l'assistance psychiatrique »¹⁸⁴. Plus loin, il mentionne également :

« Ce pays apparaît comme en situation assez extraordinaire de laboratoire d'étude : insularité, équilibre démographique interethnique, irruption d'un bouleversement psychosociologique dû à une accélération brusque de la vie économique, intensification des échanges vis-à-vis de l'extérieur, rééquilibre démographique du groupe mélanésien, par rapport au groupe européen comme phénomène récent, urbanisation croissante dans la seule agglomération du chef-lieu, stabilité plus grande des habitudes de vie dans le reste du pays. »

C'est donc comme un véritable laboratoire colonial de la psychiatrie transculturelle que Zeldine conçoit l'hôpital dans lequel il intervient. S'inspirant probablement des

¹⁸⁴ G. Zeldine, *Pour une sociologie des maladies mentales en Nouvelle-Calédonie*, op. cit.

expérimentations théoriques et pratiques de Collomb au Sénégal ou de Mannoni à Madagascar, Zeldine cherche à formuler sa propre ethnopsychiatrie.

Le champ sémantique de l'obscurité à dévoiler parcourt l'ensemble de ces textes : dans les *Notes sur l'ethno-médecine canaque*, Zeldine évoque le « voile épais [qui] recouvre le domaine de ces thaumaturges »¹⁸⁵. Il revient alors au médecin, en particulier au psychiatre – étant donné les affinités avec l'anthropologie que lui assigne Zeldine – de révéler ce que cache ce voile.

Tout d'abord, la mentalité kanake est marquée par le surnaturel. Zeldine présente alors son projet de psychiatrie comme un projet destiné à « décrire un vécu à partir d'une conception du monde propre à la pensée dite "sauvage" au strict sens de Lévi-Strauss, et qui est devenu bien éloigné de la culture dite "occidentale" ». Il explique alors que cette pensée est opposée à la pensée « déductivo-logique, ou se meut culturellement l'homme de l'Occident ». Et donc, de ce fait « les cloisons restent très étanches pour opérer un dialogue »¹⁸⁶. Autrement dit la mentalité kanake, trop sauvage pour Zeldine, ne peut être soignée dans un cadre psychiatrique.

En plus d'être sauvage elle serait « magique », « binaire » et, constamment « conflictuelle », elle résulterait d'abord de la sorcellerie face à laquelle le psychiatre serait impuissant¹⁸⁷. Zeldine reprend ici les travaux de Métais sur la sorcellerie et, bien qu'il fasse remarquer l'ethnocentrisme de celle-ci – l'angoisse décrite par Métais renvoie bien plus à l'angoisse des Européens – il en conserve le principal apport, à savoir la surdétermination de la sorcellerie dans les pathologies mentales des Mélanésiens. Ici comme dans le bocage où Jeanne Favret-Saada l'étudie, la sorcellerie est d'abord construite comme une « image inversée du savant », et « l'inconnaissable » qu'il décrit sert surtout au savant à « soutenir [sa] propre connaissance intellectuelle » et à se présenter comme le seul maniant correctement les relations de causalité¹⁸⁸.

Face à la prétendue obscurité de la personnalité kanake et à sa radicale altérité vis-à-vis de la pensée occidentale, c'est dans une approche « ontologique » que le psychiatre doit selon

¹⁸⁵ Georges Zeldine, « Notes sur l'ethno-médecine canaque », *Médecine Tropicale*, 1981, vol. 41, n° 3, p. 320.

¹⁸⁶ Georges Zeldine, Introduction au chapitre II sur les Etudes Ethnopsychiatriques du recueil du Centre Hospitalier Albert Bousquet, *La Santé mentale en Nouvelle-Calédonie : Collection des publications parues de 1967 à 1997, op. cit.*

¹⁸⁷ « Très imprégnée du magique, la pensée canaque est soumise à la conception manichéenne d'un monde qui opposerait au visible, l'invisible, à la vie, la mort, au bien, le mal (...). Monde de lutte permanente que symbolise entre autre l'opposition entre les sorciers (...) qui jettent des sorts et répandent le mal ou la maladie, notamment l'emboucanement (...). Cet affrontement qui se joue à la fois dans le domaine du visible et de l'invisible – et dont le « malade » est l'enjeu – échapperait au thérapeute occidental dont les moyens d'action sont dans ce domaine taxés d'impuissance (...). » G. Zeldine, « Notes sur l'ethno-médecine canaque », art cit, p. 321.

¹⁸⁸ Jeanne Favret-Saada, *Les Mots, la mort, les sorts*, Paris, Gallimard, 1985, p. 16-18.

Zeldine reformuler sa clinique. La démarche de Zeldine est à replacer dans les débats qui ont lieu dans la psychiatrie à la même période. L'après-guerre est une période de reformulation de la discipline, qui cherche à se distinguer de la neuropsychiatrie et à délimiter une science pure¹⁸⁹. Le débat se cristallise autour de l'opposition entre organogénèse et psychogénèse de la maladie mentale¹⁹⁰. Comme un certain nombre de psychiatres, il pense qu'il est nécessaire de dépasser cette opposition entre ce qu'il désigne comme « le docteur organogéniste » - autrement dit les tenants d'une approche organiste de la maladie mentale - et « l'huissier sociogénétique » - autrement dit la socialthérapie¹⁹¹. Pour Zeldine, c'est l'approche « transcendantale » qui permettra de sortir de l'impasse. L'Occident est selon lui arrivé « au dernier stade de l'engourdissement scientifique »¹⁹² et c'est dans les sciences humaines qu'il puise, à travers d'abondantes références qui montrent son érudition (Gusdorf, Eliade, Laborit, Breton, Bachelard, Cazeneuve, Jung, Lévy-Bruhl, Frazer, Griaule ou Lévi-Strauss). Concevant le « site psychiatrique » comme « site anthropologique privilégié »¹⁹³, voici où il situe son projet : « sur l'autel de l'anthropologie, je propose donc une petite sœur à l'ethnopsychiatrie, une psychiatrie ontologique »¹⁹⁴. La posture ontologique qu'il prône consiste donc logiquement à se tourner vers les éléments du mythe :

« Ces Mélanésiens qui cherchent leur identité, ces intellectuels qui ont vécu une expérience délirante, ce psychiatre qui réfléchit à un sens possible du discours de la magie, qu'ont-ils exprimé d'autre (...), sinon de rendre compte chacun à sa manière de l'exemplarité et de l'universalité de la pensée mythique, comme dévoilement de certaines structures du réel, pour reprendre le propos d'Eliade, et où le divin est quelque part ? »¹⁹⁵

Ce geste à première vue généreux qui consiste à se tourner radicalement vers l'autre, est en fait une manière de le nier de façon tout aussi radicale. Voyons ainsi comment il s'empare de l'idée formulée par Leenhardt selon laquelle ce sont les Blancs qui auraient apporté le corps aux Kanaks. Les Blancs, avec le corps, auraient apporté :

« (...) l'angoisse de l'espace et du temps, le dépérissement cinesthésique, le refoulement de l'instance transcendantale. Pour le Mélanésien, le corps est le « père » (Métais), une

¹⁸⁹ Jean Khalifa, « Fanon, psychiatre révolutionnaire » dans Frantz Fanon, Jean Khalifa et Robert JC Young (eds.), *Écrits sur l'aliénation et la liberté*, Paris, La Découverte, 2015, p. 145.

¹⁹⁰ *Ibid.*, p. 144.

¹⁹¹ Georges Zeldine, « Transculture et psychiatrie », *L'Évolution Psychiatrique*, 1982, vol. 47, n° 4, p. 969.

¹⁹² Georges Zeldine, « Pensée mythique et maladies mentales : remarques ontologiques », *L'Évolution Psychiatrique*, 1977, vol. 42, n° 4, p. 1153.

¹⁹³ G. Zeldine, « Transculture et psychiatrie », art cit, p. 969.

¹⁹⁴ *Ibid.*, p. 973.

¹⁹⁵ G. Zeldine, « Pensée mythique et maladies mentales : remarques ontologiques », art cit, p. 1159.

enveloppe, une peau, sans rapport immédiat avec l'angoisse d'anéantissement. On peut donc concevoir aisément que la maladie – et celle du « *wi* » (âme) en particulier dont les syndromes mentaux sont repérés selon la classification que nous avons relevée – soit pour lui un exemple frappant, une preuve indubitable de la circulation cosmique qui passe en lui et dont le vécu cénesthésique du « *moru* » ou état de bien-être et de concordance avec le monde rend bien compte. Que cet état « *moru* » soit sans cesse menacé, qu'il s'agisse d'un équilibre précaire – puisque le cosmos est lui-même un mouvement de combat perpétuel entre l'ordre et le chaos – cela n'a rien d'étonnant. L'éminente spiritualité de la culture mélanésienne représente une tentative de réassurance à propos de l'inquiétant ce-qui-parle-en-moi, et qui fait que tout parle : un nuage, un insecte, un malade, un vieux, un fou. Il s'agit d'un déplacement de l'attention de soi-même comme individu, sur le cosmos comme individu. »¹⁹⁶

Quelle est donc la psychiatrie ontologique que prône Zeldine ? Bien que la dimension concrète de son projet soit difficilement saisissable dans ces textes, derrière les accents humanistes du langage employé, on peut mettre en avant quelques réalités très pragmatiques. Par exemple, on relève la place que s'attribue le psychiatre, seul à même de comprendre l'énigme du fou qui lui fait face : les conditions sociales ou organiques sont secondaires pour comprendre le malade. Celui-ci est touché d'abord par une angoisse – « la folie ne peut être qu'au fond un nœud oedipien ». Et c'est à ce titre que le psychiatre d'« obédience psychogénétique » comme lui peut le reconnaître, parce qu'il a lui-même fait l'analyse de sa propre angoisse et qu'il est « investi du don d'ubiquité »¹⁹⁷. De ce mariage des psychés que décrit Zeldine se dégage donc le portrait d'un psychiatre qui aurait enfin levé le voile sur l'obscurité de la mentalité kanake.

A titre de comparaison, la pensée psychiatrique de Fanon est aussi tout entière tournée vers le dépassement de l'opposition entre organogénèse et psychogénèse, mais dans une repolitisation des sujets coloniaux, puisque ce sont pour lui les facteurs institutionnels et sociaux, en somme le monde colonial, qui influent sur la maladie mentale¹⁹⁸.

Tous ces médecins qui s'improvisent ethnosociologues, de Zeldine à Pfeiffer, mentionnent à un endroit ou un autre le risque d'ethnocentrisme de leurs analyses¹⁹⁹, mais ils évincent pourtant complètement la prudence qui devrait justement guider leurs propos : au lieu de reconnaître l'impossibilité, dans leur position, de formuler les analyses pertinentes, ils

¹⁹⁶ *Ibid.*, p. 1161-1162.

¹⁹⁷ G. Zeldine, « Transculture et psychiatrie », art cit, p. 970.

¹⁹⁸ J. Khalifa, « Fanon, psychiatre révolutionnaire », art cit, p. 144.

¹⁹⁹ C. Pfeiffer, « Le concept de dépression en milieu mélanésien », art cit, p. 16.

s'essaient malgré tout à des théorisations douteuses. Ce qu'ils décrivent comme hermétique et obscur a pour effet de donner plus de latitude encore à leurs analyses hasardeuses.

L'ethnopsychiatrie pendant les « événements » des années 1980

Ces textes ont eu une bonne réception dans la société calédonienne, où ils n'ont jamais été questionnés. En ce sens, ils reflètent le contexte de la société nouméenne dans lequel ils s'élaborent dans les années 1970 et 1980. Il faut donc revenir sur cette période marquée par l'émergence du mouvement indépendantiste kanak et replacer les positions tenues par les différents acteurs, notamment par Zeldine. La période est en effet marquée par une forte politisation des Kanaks et, plus largement, par une « ethnicisation du champ politique » qui voit se cristalliser en identités politiques les identités culturelles qui recoupaient les identités juridiques coloniales : à cette période s'impose le terme de « caldoche », auquel sont assimilés pour la première fois les immigrants asiatiques, par opposition aux Kanaks.

La création des « Foulards Rouges » en 1969 signe la naissance du mouvement indépendantiste, puisque ces étudiants kanaks revenus de métropole furent les premiers à prendre position en faveur de l'indépendance. Ces revendications émergent devant l'exclusion de la vie économique et les conditions de vie déplorables qui sont faites aux Kanaks pour ce qui est de l'habitat, des infrastructures routières, scolaires et sanitaires²⁰⁰. Cette revendication croît au fil des années 1970, et se traduit notamment par l'organisation du festival Mélanésia 2000 en 1975, sous l'impulsion du leader indépendantiste Jean-Marie Tjibaou. Le festival traduit l'importance de la reconnaissance de l'identité culturelle dans les revendications indépendantistes kanakes : pour Tjibaou, « la non-reconnaissance conduit au désespoir et à la violence », c'est-à-dire que la culture kanake doit être reconnue non pas pour remplacer la revendication politique, mais pour l'accompagner et la devancer²⁰¹. On pourrait croire, étant donné l'importance de la question culturelle dans les écrits d'ethnopsychiatrie mentionnés, que leurs auteurs auraient rejoint cette dimension des revendications indépendantistes. Il n'en est évidemment rien, puisque leur conception de la culture kanake en avait totalement sous-estimé la portée politique. Comme l'a relevé Alban Bensa, les références aux ancêtres, aux valeurs et à l'histoire du peuple kanak ont été omniprésentes dans la lutte du peuple kanak²⁰².

²⁰⁰ Alban Bensa, « La Société mélanésienne est éminemment politique » dans *Chroniques Kanak : L'ethnologie en marche*, Paris, Survival International, 1995, vol.10, p. 145.

²⁰¹ A. Bensa, « La Culture kanak aujourd'hui », art cit, p. 211.

²⁰² *Ibid.*

Mais ces références culturelles ne rejoignent en rien les poncifs exotisants décrits plus haut. Signe du décalage entre la revendication culturelle kanake et sa perception par les Européens, ceux-ci n'assistèrent pas au Festival Mélanésia 2000 qui rassembla pourtant 50 000 spectateurs²⁰³.

Au contraire, les premiers acquis des indépendantistes au début des années 1980 se traduisirent par une violente opposition de la part des Européens et aboutirent à la séquence révolutionnaire qu'il est commun d'appeler « événements », une dénomination qui neutralise la singularité du moment et masque la dimension politique du discours kanak²⁰⁴. Les premières victoires politiques des indépendantistes se traduisent par l'apparition d'une droite anti-indépendantiste, principalement basée à Nouméa²⁰⁵. En 1982, le gouvernement socialiste français a promulgué quatre ordonnances qui reconnaissent les institutions coutumières et la nécessité d'impulser le développement économique dans les milieux kanaks²⁰⁶. La période de 1981 à 1983 est marquée par l'exacerbation de l'intolérance et du racisme dans les milieux conservateurs européens. Les tensions entre les deux communautés s'accroissent et les Kanaks organisent des mouvements de récupération des terres et font pression sur les colons de brousse²⁰⁷. Pour mettre fin aux revendications kanakes, des attentats sont commis par l'extrême-droite et des milices anti-indépendantistes se constituent, favorisant l'émergence de ce qu'Alban Bensa désigne comme une « OAS "locale" »²⁰⁸.

La comparaison avec le précédent algérien est loin d'être incongrue. De fait, des pieds noirs, dont Zeldine, se mobilisent dans les milices qui viennent s'opposer aux occupations destinées à récupérer les terres²⁰⁹. Dans *Le Feu sous la marmite*, René Guiart mentionne la présence de celui qu'il désigne comme « le docteur pied-noir Zeldine » ou « le psychiatre de l'association Fraternité » dans le groupe d'anti-indépendantistes venus s'opposer à la construction d'une case symbolique sur les terres de la famille Devillers, revendiquées par les Kanaks en 1982²¹⁰. Zeldine est en effet secrétaire de l'Association Fraternité Calédonienne (AFC) créée en 1981. Cette association se présente dans sa charte comme apolitique et pacifiste. Mais « le racisme

²⁰³ Alban Bensa, « Chronologie » dans *Chroniques Kanak : L'ethnologie en marche*, Paris, Survival International, 1995, vol.10, p. 352.

²⁰⁴ Hamid Mokaddem, *Pratique et Théorie kanak de la Souveraineté*, Nouvelle-Calédonie, Editions de la Province Nord, 2009, p. 66-67.

²⁰⁵ Alban Bensa, « Evolution de la situation en Nouvelle-Calédonie depuis mai 1981 » dans *Chroniques Kanak : L'ethnologie en marche*, Paris, Survival International, 1995, vol.10, p. 142-143.

²⁰⁶ *Ibid.*, p. 141.

²⁰⁷ *Ibid.*, p. 143.

²⁰⁸ Alban Bensa, « L'Inquiétante montée du terrorisme d'extrême droite » dans *Chroniques Kanak : L'ethnologie en marche*, Paris, Survival International, 1995, vol.10, p. 169-173.

²⁰⁹ Les archives citées dans ce passage au sujet du rôle politique de Zeldine m'ont été communiquées par Benoît Trépied, que je remercie vivement.

²¹⁰ René Guiart, *Le Feu sous la marmite*, Nouméa, Le Rocher à la voile, 2001, p. 120-127.

et la violence » auxquels elle dit s'opposer recouvre en fait les actions de revendications kanakes, au départ non-violentes. De même, les « inégalités civiles » et les « privilèges » qu'elle entend dénoncer sont ceux, non de la bourgeoisie calédonienne, mais des Kanaks. Enfin, la « discrimination ethnique » qu'elle rejette est en fait l'ensemble de mesures prises par le gouvernement français en réponse aux revendications kanakes²¹¹. Quant au caractère pluriethnique mis en avant par l'association, effectivement présidée par le chef kanak Auguste Poadja, il faut le replacer dans le cadre d'une analyse des stratégies des Kanaks opposés à l'indépendance²¹². En somme, l'AFC fait partie des organisations d'extrême-droite naissantes qui s'opposent aux revendications kanakes ainsi qu'aux premières concessions faites par le gouvernement français pour y répondre. Pour cela, les membres de cette association participent en fait à des actions violentes. Le langage mobilisé dans cette charte est, comme celui des écrits psychiatriques et politiques de Zeldine, une réécriture du réel qui traduit la négation de la subjectivité et des revendications kanakes. Zeldine écrit ainsi un article dans le quotidien *Les Nouvelles Calédoniennes* en 1984 dans lequel il désigne les indépendantistes comme des « excités », « quelques agitateurs », des « oppresseurs qui portent atteinte à ce droit inaliénable » qu'est la propriété privée et qui « influencent les Mélanésiens dans le mauvais sens ». Niant davantage la séquence révolutionnaire qui se joue alors, il prétend que 99,99% de la population calédonienne serait opposée à l'indépendance²¹³ – signe une fois de plus que le maniement des statistiques lui échappe totalement, si ce n'est pour travestir le réel. Comme l'a souligné Hamid Mokaddem, le discours kanak, parce qu'il est éminemment politique, suscite la crainte et explique la constante neutralisation par la désinformation qu'on lui oppose alors. Cette neutralisation s'exprime par la banalisation sous le terme d'« événements » d'une séquence révolutionnaire²¹⁴. Comme l'écrit Alban Bensa en 1986, la droite calédonienne nie la réalité de la situation, c'est-à-dire la progression constante du mouvement indépendantiste, et assimile les événements de 1984 à une manipulation des Kanaks par les « idéologues » socialistes²¹⁵. Cette négation du peuple kanak se traduit concrètement par des non-lieux prononcés à l'égard des dix anti-indépendantistes inculpés de l'assassinat de dix Kanaks en 1984²¹⁶.

²¹¹ Association Fraternité Calédonienne, « Charte pour la Sauvegarde et le Progrès de la Calédonie », *Les Nouvelles calédoniennes*, 3 avr. 1982, p. 30.

²¹² Benoît Trépiéd, « Chefferie, Bétail et Politique : un notable kanak contre la revendication d'indépendance en Nouvelle-Calédonie », *Anthropologica*, 2013, n° 55, p. 335-348.

²¹³ Georges Zeldine, « La Leçon de Koné », *Les Nouvelles calédoniennes*, 31 janv. 1984p.

²¹⁴ H. Mokaddem, *Pratique et Théorie kanak de la Souveraineté*, op. cit., p. 66.

²¹⁵ A. Bensa, « L'Inquiétante montée du terrorisme d'extrême droite », art cit, p. 170.

²¹⁶ Alban Bensa, « Un Non-lieu scandaleux » dans *Chroniques Kanak : L'ethnologie en marche*, Paris, Survival International, 1995, vol.10, p. 177-179.

Les textes d'ethnopsychiatrie produits dans ce contexte sont à lire comme participant de cette neutralisation du discours politique kanak, pourtant omniprésent à la même période. Leur mobilisation de poncifs culturalisants étouffe les revendications culturelles qui se posent sur le plan du politique et non sur celui de l'essentialisme. L'appareil statistique et textuel compose le monde symbolique servant à légitimer les pratiques violentes des anti-indépendantistes. Au final, les écrits psychiatriques ou politiques de Zeldine et des autres psychiatres nient l'identité des Kanaks, omettent totalement le précédent colonial et les spoliations foncières, et confortent au contraire les intérêts et les privilèges de la bourgeoisie coloniale. L'ethnopsychiatrie de Zeldine, dans ce contexte calédonien, n'est pas sans rappeler la posture du docteur Carothers qui, en pleine révolte des Mau Mau au Kenya, s'employa à décrire la révolte en des termes psychopathologiques qui les dépolitisaient totalement. Carothers, estimant que le contact colonial leur était néfaste, proposa comme solution la « villagisation », autrement dit la mise en réserve des colonisés²¹⁷. Pour Zeldine, penser l'inaptitude de la pensée mélanésienne à la cité, c'est confirmer la légitimité des réserves, d'où il n'est souhaitable que les Mélanésiens sortent, si ce n'est pour des migrations de travail temporaires. Il rejoint ainsi les préconisations du pouvoir colonial qui prévoyait la limitation de l'intégration des Kanaks dans le salariat et dans la vie urbaine.

C'est en repensant la psychiatrie selon ses propres paradigmes et en cohérence avec le projet colonial que Zeldine put accéder à un pouvoir politique qui aurait été inenvisageable en métropole. Il eut alors toute la latitude pour ébaucher une « psychiatrie ontologique » qui en dit plus sur la société calédonienne de l'époque que sur la clinique à y mettre en œuvre. Sur ces bases s'est élaborée une psychiatrie coloniale calédonienne heureusement peu formalisée, ce qui limitera son influence comme savoir pratique, basée sur une mécompréhension de l'étiologie des maladies dans la population kanake, une ignorance de son organisation sociale et des modes de régulation des conflits, enfin une absence de prise en compte du contexte historique colonial pourtant central dans l'expérience des troubles psychiques.

²¹⁷ D. Fassin, « Les Politiques de l'ethnopsychiatrie », art cit, p. 233-235.

Conclusion

Comme dans les autres colonies, la psychiatrie de Nouvelle-Calédonie s'est élaborée en parallèle du projet sociopolitique colonial, dont elle a été le révélateur et l'adjuvant²¹⁸. La fin de ce que Foucault désigne comme un « désenfermement » et qui cède la place à une diversification et une désinstitutionnalisation progressive des institutions disciplinaires²¹⁹, se traduit dans le contexte calédonien par une adaptation et un transfert de leurs mécanismes vers les populations kanakes.

Ces mécanismes se sont largement appuyés sur la négation de la subjectivité des aliénés mais aussi, plus largement, de la population pénale puis de la population indigène. Pour prétendre au gouvernement de soi, indépendamment du pouvoir colonial français, les Calédoniens européens ont reconstitué la marge de leur normalité et affirmé leur capacité à discipliner les sujets indigènes composant cette marge. Ainsi, l'universalisme appliqué à l'aliénisme dans le cadre de la « mission civilisatrice », a été constamment différé, comme dans la plupart des espaces coloniaux, au prétexte que la proximité avec l'espace urbain européen était source de dislocation culturelle, de désintégration sociale et au final d'insurrection²²⁰.

D'abord suspecte car simulée par les bagnards, la pathologie psychiatrique est passée au second plan devant la résurgence d'une « mentalité » mythique kanake dont « l'anormalité » était presque naturelle. Ce n'est qu'au contact de la ville ou de l'alcool que les Kanaks pouvaient être considérés comme objets de soin. A chaque fois, il s'agissait pour le pouvoir thérapeutique moins de soigner que de débusquer puis de décrypter, et au passage d'asseoir un dispositif de savoirs reprenant les moralités de l'ethnologie missionnaire.

En résumé, la première période de l'établissement de la colonie a aussi été fondatrice d'une infrastructure asilaire marquée par son utilité pénitentiaire. La fin du bagne constitue un premier renversement, avec le transfert hors de l'île Nou des libérés, remplacés par la main-d'œuvre indigène. Dans cette période de flottement du gouvernement colonial, l'adoption des décrets visant la folie indigène se plie aux procédures d'exception de l'indigénat, pour accentuer la ségrégation des espaces et des régimes de soin. Le boom économique du nickel et la fin de l'indigénat s'accompagnent d'un second renversement du paradigme de la colonie et de la folie, puisque l'arrivée massive des Kanaks dans les villes les met à disposition du

²¹⁸ S. Mahone et M. Vaughan, *Psychiatry and Empire*, op. cit.

²¹⁹ M. Foucault, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, op. cit., p. 213.

²²⁰ C'est le même mouvement retrouvé en Indonésie, où l'*ethical policy* des néerlandais avait promis un nivellement des différences entre les populations de la colonie, mais où les indonésiens ont été constamment relégués à « la salle d'attente de l'histoire ». H. Pols, « The Insults of Colonial Psychiatry and the Psychological Damage of Colonialism », art cit, p. 136.

pouvoir thérapeutique de la psychiatrie, alors qu'ils en étaient tenus éloignés jusque-là. Cette troisième période marque l'apogée du processus par lequel une gouvernamentalité calédonienne s'est progressivement reformulée en précisant la définition et le rôle des différents sujets coloniaux et en leur assignant des places distinctes dans l'espace urbain de Nouméa, en fonction des divisions raciales de l'indigénat. La montée des revendications indépendantistes, fondées sur la revendication de l'identité culturelle et la récupération des terres, joue précisément sur cette double négation qui a marqué la subjectivation des Kanaks dans cette histoire coloniale. On peut rapprocher ce virage historique de celui que Foucault analyse dans le passage du Moyen Âge à l'Âge classique en Occident et l'émergence d'une nouvelle « anatomie politique »²²¹. L'arrivée des Kanaks dans l'espace urbain s'est traduite par une intensification des tactiques de pouvoir basées sur la soumission des corps, que l'on essaya de contenir dans l'espace – par exemple, en les soignant sur l'île Nou plutôt qu'à l'hôpital de Nouméa, ou en tentant de les maintenir dans les limites des réserves.

La psychiatrie sert à réguler cette nouvelle anatomie politique, qui répartit les corps dans l'espace en fonction de places contestées. Le discours de « vérité » que les psychiatres entendent produire dans leurs écrits est normalisateur et n'existe que dans le cadre de cet investissement technico-politique. Aussi l'influence des psychiatres sur le pouvoir colonial n'est-elle pas toujours aussi secondaire que ne l'affirme Megan Vaughan²²². Dans le cadre calédonien, les écrits psychiatriques rejoignent non seulement les écrits politiques, mais aussi l'action radicale d'extrême-droite. La médecine psychiatrique non seulement diffuse les normes du pouvoir colonial, mais elle les fait aussi appliquer. Son pouvoir réside d'abord dans sa capacité à naturaliser et pathologiser les sujets colonisés²²³, en reprenant de façon réductrice les idées de Leenhardt. On peut résumer ces poncifs ainsi : la mentalité kanake serait obscure et hermétique, et donc seul le psychiatre serait capable de la décrypter ; une fois décryptée, la folie caractérisée par le totémisme et la sorcellerie ne serait encore compréhensible que du psychiatre ; l'importance de la relation au groupe, l'absence d'individualité et de corps seraient protectrices mais deviendraient pathogènes au contact du monde occidental ; enfin, une angoisse fondamentale serait le signe d'une incapacité à l'évolution politique.

Pour conclure, deux dimensions doivent être retenues pour comprendre la teneur des réformes de la psychiatrie à partir des années 1990, dans le contexte de la décolonisation. D'une part, la

²²¹ M. Foucault, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, op. cit.

²²² S. Mahone et M. Vaughan, *Psychiatry and Empire*, op. cit., p. 3.

²²³ S. Mahone et M. Vaughan, *Psychiatry and Empire*, op. cit.

matrice pénale a formé un ensemble d'*habitus* qui donnent au traitement de la folie une dimension fortement punitive quand il s'exerce sur les populations kanakes, signe d'un pouvoir thérapeutique qui rejoint explicitement le pouvoir colonial. D'autre part, la trajectoire que prend la question culturelle, revendiquée par les Kanaks, pose un certain nombre de difficultés quand des savoirs ethnopsychiatriques formulés dans un tel contexte colonial réapparaissent, même de façon décalée, dans le régime discursif de l'autochtonie. C'est ce dernier basculement qui est examiné dans la dernière partie de la thèse.

Auparavant, il convient de reformuler une ethnographie des troubles mentaux et de leurs soins à Lifou, informée des travers de l'anthropologie et de son rapport au colonial tels que je les ai présentés dans cette première partie.

Deuxième partie – L'espace relationnel du soin face aux troubles mentaux



Chapitre 4 – Le pouvoir thérapeutique kanak

Les savoirs médicaux et les valeurs qui les caractérisent tiennent une place spécifique dans le régime discursif de l'autochtonie qui accompagne le contexte de la décolonisation. La santé, à la différence de l'institution scolaire, a jusqu'ici joué un rôle relativement marginal dans la revendication culturelle portée par les acteurs indépendantistes kanaks¹, en dépit du fort potentiel de contre-pouvoir à l'hégémonie du colonialisme qu'a pu revêtir la médecine traditionnelle dans d'autres contextes postcoloniaux². Ce potentiel apparut en filigrane des discours de mes premiers interlocuteurs à Lifou qui occupaient une position d'érudition et de légitimité sur ces questions et qui ont posé un premier niveau de compréhension du pouvoir thérapeutique et des valeurs du soin kanaks. Parler de soin dans une communauté océanienne fait intervenir trois plans. D'une part, l'entreprise contemporaine de patrimonialisation de la culture kanake transparaît dans les discours des acteurs institutionnels et coutumiers kanaks, qui mettent en avant la mise en valeur des savoirs médicaux et botaniques kanaks, tout en questionnant les mécanismes de la transmission. D'autre part, la relationnalité qui caractérise l'organisation sociale océanienne est constamment mobilisée comme valeur qui soutiendrait les pratiques thérapeutiques. Cette notion, dont je rappelle plus loin les controverses qu'elle a suscitées dans l'anthropologie océaniste, est ici abordée sous l'angle de sa conceptualisation par des anthropologues samoans : en samoan, le concept de *vā* traduit « l'espace entre », ce qui relie, autrement dit, l'ensemble des arrangements sociopolitiques qui, au nom du respect mutuel, nourrissent les relations entre les personnes, les lieux et les environnements sociaux³. Enfin, ces savoirs et ces valeurs sont mises en œuvre dans le quotidien du soin, soit par des praticiens spécialisés – guérisseuses et guérisseurs – soit par des sujets dispensateurs de soin,

¹ Marie Salaün, *Décoloniser l'école? Hawaï'i, Nouvelle-Calédonie : expériences contemporaines*, Rennes, Presses Universitaires De Rennes, 2013.

² Laurent Pordié et Emmanuelle Simon, « Que sont les guérisseurs devenus ? Le monde des soins à l'heure de la globalisation » dans Laurent Pordié et Emmanuelle Simon (eds.), *Les Nouveaux guérisseurs : Biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2013, p. 11.

³ Sa'iliemanu Lilomaiva-Doktor, « Beyond "Migration": Samoan Population Movement (Malaga) and the Geography of Social Space (Vā) », *The Contemporary Pacific*, 2009, vol. 21, n° 1, p. 12.

dans le cadre de la relation familiale ou communautaire⁴. Les savoirs médicaux et botaniques, les valeurs éthiques et les pratiques thérapeutiques constituent donc trois plans qui ne sont pas totalement disjoints, mais plutôt en tension, marqués par des contradictions et des difficultés. Pour les comprendre, ce chapitre analyse les discours sur les valeurs, savoirs et pouvoirs de la thérapeutique traditionnelle et les confronte à l'ethnographie de leur mise en pratique. Les travaux sur la médecine kanake de Marie Lepoutre et de Christine Salomon effectués vingt ans plus tôt, à Lifou pour la première, en pays *ajië* pour la seconde, sont ici remobilisés et complétés, sous l'angle d'une économie politique contemporaine. Sur le modèle proposé par Pordié et Simon, quelques scènes ethnographiques et la biographie d'une guérisseuse sont déployées, afin de mettre au jour la redéfinition des rôles sociaux des dispensateurs de soins dans le contexte politique et économique de la décolonisation de la Nouvelle-Calédonie. Ainsi, l'examen de ce qui est désigné par « médecine traditionnelle » permet de révéler, plus qu'un éventuel système culturel, l'identité des acteurs et les enjeux économiques et politiques contemporains⁵. Il ne s'agit donc pas de mettre à plat ce que serait un « système » de médecine traditionnelle, mais plutôt de voir à travers les parcours de celles et ceux qui dispensent des soins, les différents plans du pouvoir thérapeutique tel qu'il se reconfigure dans la décolonisation. Bien que la médecine kanake soit a priori pratiquée autant par les hommes que par les femmes, ce chapitre portera plus spécifiquement sur les femmes et je parlerai plutôt de guérisseuses, d'une part parce que celles-ci ont été mes principales interlocutrices, d'autre part parce qu'un ensemble de dynamiques socioéconomiques contemporaines que j'expose plus loin a fortement féminisé la pratique thérapeutique kanake. Les savoirs médicaux et les valeurs océaniques du soin sont d'abord replacés dans l'analyse du régime discursif de l'autochtonie, à partir de l'examen des attentes projetées sur l'ethnologie et des projets institutionnels portant sur la patrimonialisation de la médecine kanake. Cette première partie débute donc sur les descriptions et explications formulées principalement par des chefs coutumiers, des pasteurs, et des acteurs politiques impliqués dans les politiques publiques de santé (I). Puis j'explore la mise en pratique des soins à travers la biographie d'une guérisseuse, qui est resituée dans son environnement social (II), avant de

⁴ J'emploie par commodité le terme de guérisseuses et guérisseurs, tout en reconnaissant qu'il s'agit d'une approximation qui tend à unifier sous une dénomination commune un ensemble de pratiques très diverses. Quant aux « néoguérisseurs », pour reprendre la formule de Pordié et Simon, ils ne sont pas abordés dans cette thèse, car ils pratiquent essentiellement dans l'espace urbain de Nouméa et n'ont pas été rencontrés au cours de l'enquête. Par ailleurs, les pratiques des infirmiers, médecins, psychologues kanaks sont examinées dans un cadre séparé, celui des institutions médicales qui les forme et les emploie, que j'expose dans la dernière partie de la thèse.

⁵ L. Pordié et E. Simon, « Que sont les guérisseurs devenus ? Le monde des soins à l'heure de la globalisation », art cit, p. 20.

décrire les caractéristiques principales du pouvoir thérapeutique kanak et les enjeux de la reconfiguration de ses modes de transmission (III).

I. Les savoirs médicaux et botaniques kanaks dans le régime discursif de l'autochtonie

J'ai montré au chapitre 1 que le recueil ethnographique, dans un contexte de décolonisation, ne pouvait être pensé hors des régimes discursifs propres à ce contexte : à chaque étape du moment colonial, les savoirs ethnologiques ont tenu une place politique dont il convient de rendre compte. De façon contemporaine, de fortes attentes sont projetées sur les disciplines scientifiques qui permettront de protéger les savoirs autochtones d'un éventuel pillage mais aussi d'asseoir un ensemble de valeurs et de principes qui émanent des communautés et qui se présentent donc en rupture avec celles imposées jusque-là par le régime colonial. Ces attentes relatives aux « savoirs locaux » ou « indigènes » traduisent l'émergence de la question de l'autochtonie⁶. Dans un tel contexte, ce qui est présenté comme « médecine traditionnelle » recouvre un certain nombre d'enjeux politiques. Je présente ici plusieurs niveaux du régime discursif porté par les acteurs indépendantistes sur les questions sanitaires et sociales et les enjeux économiques et politiques qui les sous-tendent.

L'apparition progressive de la médecine kanake dans la revendication identitaire

Un détour par les travaux portant sur les « tradipraticiens » dans d'autres contextes permet de mieux comprendre ces enjeux dans le contexte de la Nouvelle-Calédonie. La reconfiguration des modes de légitimation et la professionnalisation des tradipraticiens en Afrique se sont

⁶ Pierre-Yves Le Meur, « Mobilité, autochtonie et citoyenneté : terrains africains et propositions océanistes » dans Marie Salaün, Martin Thibault et Natacha Gagné (eds.), *Autochtonies. Vues de France et du Québec*, Laval, Presses de l'Université de Laval, 2009, p. 381.

produites dans la continuité des indépendances, dès les années 1970. C'est dans un contexte de production identitaire qu'a émergé la « revalorisation » de la médecine traditionnelle⁷ et que de nouveaux thérapeutes sont apparus⁸, une dynamique que la précarité des infrastructures de santé a davantage confortée⁹. En parallèle, l'influence du système capitaliste mondial a bouleversé les médecines et les pharmacies indigènes¹⁰, introduisant un « pluralisme global » au niveau sanitaire¹¹. Ces travaux ont ainsi montré l'importance des facteurs sociaux et politiques dans la transformation des médecines, si bien que les pratiques des guérisseurs s'offrent comme exemples de « traditions en train de se faire »¹².

Les études sur la dimension politique de la médecine traditionnelle sont moins nombreuses en Océanie où, en dépit de l'importance de la « tradition » dans les revendications indépendantistes des petits Etats insulaires, la médecine dite traditionnelle est relativement absente de l'agenda politique. Au Vanuatu par exemple, bien qu'elle soit largement pratiquée, la *kastom meresin*¹³ est disqualifiée par les institutions, si bien que sa pratique est interdite dans les hôpitaux ainsi que dans les structures de soins non-gouvernementales, et que les guérisseurs n'ont aucun statut légal¹⁴.

Plusieurs spécificités sociopolitiques liées à la situation coloniale en Nouvelle-Calédonie expliquent la place marginale qu'y a occupée jusqu'ici la médecine kanake, en dépit de l'importance des revendications identitaires kanakes. La décolonisation plus tardive et la place hégémonique de la biomédecine ont empêché des développements semblables au

⁷ Jean-Pierre Dozon, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », *Politique africaine*, 1987, n° 28, p. 9-20.

⁸ Ces praticiens, nommés « tradipraticiens », « nouveaux guérisseurs », « néotradipraticiens », sont caractérisés par la recherche d'une reconnaissance professionnelle et institutionnelle, ainsi que d'une rémunération. Ce phénomène a fait l'objet de nombreux travaux. Cf. Jean-Pierre Dozon, « Quelques réflexions sur les médecines traditionnelles et le sida en Afrique » dans Jean Benoist et Alice Desclaux (eds.), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala, 1996, p. 231-235 ; Agnès Lainé (ed.), *La Drépanocytose. Regards croisés sur une maladie orpheline*, Paris, Karthala, 2004, 331 p ; Marc-Éric Gruénais, « La Professionalisation des "néotradipraticiens" d'Afrique centrale », *Santé publique et sciences sociales*, 2002, n° 8-9, p. 217-239.

⁹ J.-P. Dozon, « Quelques réflexions sur les médecines traditionnelles et le sida en Afrique », art cit.

¹⁰ Charles Leslie, « Indigenous Pharmaceuticals, the Capitalist World System and Civilization », *Kroeber Anthropological Society Papers*, 1989, vol. 69-70, p. 23-31.

¹¹ Charles Leslie, *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, Berkeley, University of California Press, 1976, vol.3, 419 p ; Charles Leslie, « Medical Pluralism in World Perspective », *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 1980, vol. 14, n° 4, p. 191-195 ; Charles Leslie et Allan Young (eds.), *Paths to Asian Medical Knowledge*, Berkeley, University of California Press, 1992.

¹² L. Pordié et E. Simon, « Que sont les guérisseurs devenus ? Le monde des soins à l'heure de la globalisation », art cit, p. 17.

¹³ La *kastom meresin* [médecine de la coutume] désigne en *bislama* les pratiques de soins qui se distinguent de la biomédecine, qui est au contraire désignée par l'expression *meresin blo waeteman* [médecine des blancs]. Sanga Stuber-Vandame, *Qui met la pierre à l'édifice ? L'offre de soin au Vanuatu entre kastom et aide au développement*, Mémoire de Master, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 2016, p. 51.

¹⁴ S. Stuber-Vandame, *Qui met la pierre à l'édifice ? L'offre de soin au Vanuatu entre kastom et aide au développement*, op. cit. ; Ashley M. Vaughan, *The Gift and the Road: Exploring the Meanings of Health and Illness in Tautu, Vanuatu*, University of Hawai'i at Manoa, Honolulu, 2013, 344 p.

contexte africain. En effet, puisque les « néo-tradipraticiens » apparaissent là où la biomédecine est défaillante¹⁵, ils n'étaient pas indispensables en Nouvelle-Calédonie où la médecine des dispensaires se renforça progressivement et s'associa au pouvoir religieux, éclipsant au moins partiellement le pouvoir thérapeutique kanak. A Lifou, le maillage sanitaire précoce, mêlant médecine missionnaire et médecine du dispensaire, puis la médecine territoriale organisée autour des dispensaires, a permis une présence relativement continue de la biomédecine. Bien qu'elle ait été d'abord caractérisée par la dimension répressive du confinement des lépreux, elle s'est aussi appuyée sur des relais kanaks qui ont été progressivement formés à la biomédecine. Le recours précoce aux pasteurs et aux infirmiers kanaks a facilité l'implantation de la biomédecine à Lifou et la présence d'infrastructures de santé et de formation en Nouvelle-Calédonie a favorisé la professionnalisation des personnels de santé kanaks plutôt que l'institutionnalisation des guérisseurs. Cette professionnalisation a toutefois concerné en premier lieu les infirmiers, adjuvants de médecins qui sont encore aujourd'hui majoritairement européens. Si bien que le pluralisme médical se traduit à Lifou par une pratique cumulative et non exclusive de la biomédecine et de la médecine kanake¹⁶, la première conservant toutefois une place hégémonique incarnée par la figure du *drokete* [médecin]. Par ailleurs, les guérisseuses rencontrées dans mon enquête ne sont pas engagées dans une quête de légitimation, de reconnaissance professionnelle ou de recherche d'un profit. Comme je le décris plus loin, les valeurs qui sous-tendent leur pratique et la reconnaissance dont elles jouissent dans leur communauté restent incompatibles avec la recherche d'un profit. Bénéficiant déjà d'une forte légitimité sociale, elles n'ont pas besoin d'une reconnaissance officielle comme cela a pu être le cas pour certains guérisseurs en Afrique¹⁷. En revanche, les bouleversements sociaux, économiques et politiques ont reconfiguré indirectement leurs pratiques de soins.

C'est plutôt dans l'institutionnalisation plus récente des pouvoirs kanaks dans les institutions provinciales que s'observe la dynamique de légitimation des savoirs médicaux. Là où, en Afrique subsaharienne, les guérisseurs ont recherché une nouvelle légitimité, ce sont en Nouvelle-Calédonie les institutions qui se sont emparées des savoirs médicaux et botaniques pour les inclure à un patrimoine qui devait soutenir leur projet de santé publique. Reprenant

¹⁵ J.-P. Dozon, « Quelques réflexions sur les médecines traditionnelles et le sida en Afrique », art cit.

¹⁶ Marie Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfance : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, EHESS, Marseille, 1997.

¹⁷ Didier Fassin, *Les Enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala, 2000, p. 91.

avec Didier Fassin la distinction wébérienne des trois modes de légitimité¹⁸, on constate l'émergence d'une légitimité de type rationnel-légal¹⁹, qui n'émane toutefois pas des praticiens eux-mêmes, mais plutôt des nouveaux acteurs institutionnels kanaks. Ceux-ci puisent dans le processus de légitimation des savoirs la source de leur légitimité. L'enjeu économique que relève Fassin dans le contexte africain est aussi présent en Nouvelle-Calédonie, non dans d'éventuelles aspirations de la part des guérisseurs à augmenter leur profit, mais plutôt dans la réduction des coûts de la santé publique. En outre, dans un contexte où les savoirs médicaux kanaks n'ont pas été en concurrence mais en complément de la médecine du dispensaire, ils ont été progressivement valorisés, aussi bien par le corps médical européen que kanak, sans toutefois que cette valorisation concerne l'ensemble des savoirs thérapeutiques, puisque les savoirs considérés comme magico-religieux en ont été exclus.

C'est au niveau de la Province des Îles Loyauté que s'observent le mieux les processus de l'institutionnalisation naissante des pratiques thérapeutiques kanakes. Cette institution née des Accords de Matignon voit se déployer les nouvelles politiques publiques portées par les acteurs indépendantistes kanaks. Pour ceux-ci, les enjeux sont pluriels : il s'agit d'obtenir une reconnaissance de la valeur de la médecine traditionnelle, de protéger ces savoirs d'un éventuel pillage, mais aussi de réduire les coûts de la santé. Un examen des procès-verbaux des débats des différentes commissions de santé entre 2010 et 2014 fait apparaître le croisement constant de ces enjeux dans l'objectif de « promotion de la médecine traditionnelle ». Dans ces réunions où se discutent les actions « d'hygiène publique et de prévention sanitaire » apparaissent les problématiques nouvelles de la transition épidémiologique qui, avec le développement économique, se traduisent par une diminution des maladies infectieuses, mais une augmentation des maladies chroniques plus coûteuses, qui fragilisent le système de santé. La « flambée de certaines pathologies des temps modernes », à savoir « obésité, diabète, cardiopathie, addictions aux drogues (...) [creuse] progressivement les caisses de la Province alors que son budget ne fait que diminuer »²⁰. La médecine traditionnelle est alors invoquée, au nom du travail en « transversalité », et pour réduire ces coûts. Dans une autre de ces discussions, une intervenante propose ainsi la création d'une commission technique qui ferait « se rencontrer les personnes ressources comme les médecins qui pratiquent la médecine occidentale, et nos anciens détenteurs d'une pharmacopée

¹⁸ Max Weber, *Le Savant et le Politique*, Paris, Plon, 1959, 230 p.

¹⁹ Dans le contexte africain, ce sont principalement les tradipraticiens qui cherchent une légitimité de type rationnelle-légale, là où ils ont perdu une partie des modes de légitimité de type charismatique et traditionnelle. D. Fassin, *Les Enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, op. cit., p. 88.

²⁰ Commission de la santé, des affaires sociales, du handicap et des problèmes de société, *Procès-verbal du 23 mars 2010*, Wé, Province des Îles.

traditionnelle », et qui permettrait ainsi d'éviter « le recours systématique à la pharmacie très budgétivore pour l'AMG [Aide médicale gratuite] »²¹. La médecine kanake est alors centrale dans les stratégies imaginées pour résoudre les problèmes de financement de la santé aux Îles Loyauté.

Pour rendre possible la rencontre entre les deux systèmes médicaux, du moins pour que la médecine kanake acquière une véritable légitimité vis-à-vis de la biomédecine, ces savoirs doivent être selon ces acteurs soumis à la validation scientifique. On retrouve dans les rapports des commissions de santé un certain nombre de propositions destinées à donner à la médecine kanake la caution scientifique nécessaire ainsi qu'un rappel constant des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé dans ce domaine²². Il est proposé d'associer les scientifiques pour qu'ils isolent les principes actifs des plantes, comprennent leurs effets secondaires, avant de les valoriser en les commercialisant. Est aussi évoquée l'idée d'un « Vidal sur les plantes à visée médicale », comme il en existe en Guadeloupe, de même que la création d'un Institut de médecine traditionnelle. Enfin, des missions dans des îles pionnières sur la question sont planifiées : Madagascar, la Polynésie française, les Caraïbes et les Philippines sont évoquées, signe d'un déploiement des imaginaires politiques au-delà de la dépendance avec la France métropolitaine. Ainsi, le souci pour rendre légitime la médecine kanake et la valoriser traduit les mécanismes de consolidation d'un pouvoir indépendantiste kanak qui s'émancipe du lien avec la métropole en élaborant ses propres références et partenariats. La médecine kanake y apparaît comme une porte d'entrée vers les institutions de la santé globale comme l'OMS, par le biais des programmes de reconnaissance des médecines traditionnelles. Dans la mesure où les institutions de Nouvelle-Calédonie, comme en Polynésie française, se sont construites dans la dépendance avec la métropole au détriment des partenariats avec les autres îles du Pacifique, l'élargissement de leurs perspectives vers d'autres pays, par le biais de la santé globale, est significatif. La médecine kanake y représente une fenêtre d'opportunité dans la légitimation des acteurs politiques kanaks qui, en les protégeant de la biopiraterie et en en faisant une source potentielle d'investissements futurs, font entrer les savoirs ethnomédicinaux dans le régime mondial du biocapital²³.

²¹ Commission de la santé, des affaires sociales, du handicap et des problèmes de société, *Procès-verbal du 2 août 2010*, Wé, Province des Îles.

²² *Stratégie mondiale de l'OMS pour la Médecine traditionnelle pour 2002-2005*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2002.

²³ C'est le chemin pris par les formules ayurvédiques, dans le cadre de la *Traditional Knowledge Digital Library*. Jean-Paul Gaudillière, « An Indian Path to Biocapital? The Traditional Knowledge Digital Library, Drug Patents,

Toutefois, les savoirs médicaux kanaks ne sont pas tous considérés comme légitimes et ils ne sont pas tous également valorisés.

La patrimonialisation des plantes communes

Puisqu'il s'agit d'un processus institutionnel, seuls les savoirs qui remplissent les critères de la légitimité de type rationnel et légal sont considérés dans la patrimonialisation de la médecine kanake. La revalorisation de la médecine traditionnelle s'accompagne de tensions qui sont liées à ses modes de légitimation, tensions qui sont des réactualisations de celles produites par l'histoire coloniale et reconfigurées dans le cadre des rapports de force consécutifs à l'internationalisation des problèmes sanitaires²⁴. Le processus contemporain de valorisation de la médecine kanake perpétue le regard des missionnaires et des médecins de la marine qui découpaient le réel qu'ils observaient en des tables classificatoires. Puisque leurs descriptions des pratiques thérapeutiques accompagnaient l'évangélisation, les missionnaires ont distingué d'une part ce qui relevait selon eux des superstitions, de la magie ou de la sorcellerie, d'autre part les plantes jugées efficaces et légitimes. Les premières pratiques, associées au paganisme, étaient à proscrire et l'Évangile devait recouvrir ce domaine du magico-religieux, tandis que les secondes étaient tolérées et parfois expérimentées par les missionnaires prodiguant des soins. Ces plantes passèrent ainsi progressivement dans le champ de l'expérimentation scientifique et rationnelle. Au passage, le partage qui s'établit alors renforça le secret entourant la transmission d'une partie de ces savoirs, les faisant entrer dans le champ de « l'intime-sacré ». Au cours des entretiens, les interlocuteurs distinguent fréquemment les plantes communément utilisées de celles, tenues secrètes, dont l'usage est réservé aux guérisseuses, et qui leur ont été transmises dans les cadres décrits plus loin. La transmission à l'ethnologue, ou tout simplement à une personne extérieure au clan, se fait alors rarement. Ce sont en principe essentiellement les plantes que l'on qualifie d'« ordinaires » ou de « communes » qui sont valorisées par les institutions, soumises à la validation scientifique ou encore communiquées à l'ethnologue. Tout un ensemble de savoirs – pratiques, rituels et plantes – ne doivent ou ne peuvent être révélés hors du cadre de la

and the Reformulation Regime of Contemporary Ayurveda », *East Asian Science, Technology and Society: An International Journal*, 2014, vol. 8, n° 4, p. 391-415.

²⁴ Doris Bonnet et Agnès Lainé, « Conflits de légitimité autour d'une maladie génétique au Bénin » dans Laurent Pordié et Emmanuelle Simon (eds.), *Les Nouveaux guérisseurs : Biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*, Paris, Editions de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2013, p. 41.

transmission que je décris plus loin. A titre comparatif, au Vanuatu, où les missionnaires ont aussi renforcé l'hégémonie de la biomédecine, la *kastom meresin* est dans son entièreté assimilée aux pratiques magiques, présentée sous l'angle de l'irrationnel et de la superstition, et donc à combattre pour limiter les dangers d'éventuelles interactions avec les médicaments allopathiques²⁵. Pour Sanga Stuber-Vandame, le processus de modernisation recherché après l'indépendance a plutôt favorisé le processus d'isolement de la *kastom meresin* dans un espace non-étatique : des recherches en ethnobotaniques ont bien été menées dès les années 1980, mais les *kleva* [guérisseurs] ne sont aujourd'hui mobilisés que comme relais de la médecine de l'hôpital, et leur pratique est interdite à l'hôpital²⁶.

A Lifou, la pharmacopée constituée de plantes « ordinaires » est bien connue de l'ensemble des habitants et utilisée quotidiennement. Tout comme la connaissance du fonctionnement des organes et des modes de résolution de leur dysfonctionnement²⁷, la connaissance des propriétés des plantes pour soigner un grand nombre de maux plus ou moins bénins est largement diffusée dans la population. Racines, tiges, sommités de différentes plantes sont utilisées pour soigner par exemple les brûlures, les plaies, les maux de ventre, le rhume, les furoncles, en somme l'ensemble de ce qui constitue les « maladies vraies » [*nyipi meci*]. Celles-ci se distinguent, dans les classifications établies par Christine Salomon sur la Grande Terre et par Marie Lepoutre à Lifou, des « maladies posées »²⁸. Les maladies vraies renvoient à un ensemble de symptômes indiquant un trouble provoqué par exemple par un accident climatique et sur lequel la pharmacopée courante peut agir. Les maladies posées ne sont pas moins vraies, mais leur étiologie implique une intentionnalité – quelqu'un, dans le monde visible ou invisible, a commis une faute ou jeté un sort – et donc la recherche d'une cause au-delà des symptômes et avec l'aide d'un guérisseur consulté surtout pour ses qualités de voyance. Dans ces cas-là, sur lesquels la pharmacopée courante est impuissante, il faut retrouver ce qui a pu provoquer la maladie, que ce soient les ancêtres, une infraction

²⁵ S. Stuber-Vandame, *Qui met la pierre à l'édifice ? L'offre de soin au Vanuatu entre kastom et aide au développement*, op. cit., p. 51-53 ; A.M. Vaughan, *The Gift and the Road: Exploring the Meanings of Health and Illness in Tautu, Vanuatu*, op. cit., p. 323.

²⁶ S. Stuber-Vandame, *Qui met la pierre à l'édifice ? L'offre de soin au Vanuatu entre kastom et aide au développement*, op. cit., p. 52-53.

²⁷ En effet, contrairement à ce qu'affirme Lenormand, les habitants de Lifou témoignent d'une connaissance approfondie des organes, de leur fonctionnement et des causes de leurs dysfonctionnements. Cf. Maurice H. Lenormand, « Connaissance du corps et prise en compte de la personne chez le mélanésien de Lifou (îles Loyalty) », *Journal de la Société des Océanistes*, 1950, tome 6, p. 33-65.

²⁸ Christine Salomon, *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, Paris, Presses Universitaires de France, 2000, p. 65-72 ; M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 210-223.

commise, un sort jeté²⁹. Cet ensemble de soins et de médicaments n'est pas communiqué à l'étranger et échappe à la patrimonialisation des savoirs médicaux.

On présente plutôt à l'ethnologue ou au visiteur de passage les quelques plantes principales de la pharmacopée utilisée quotidiennement, en les désignant par leur nom français ou *drehu*³⁰. Le *hmitre* [*plectranthus parviflorus*] par exemple soigne les rhumatismes, les foulures, les ecchymoses ; le *pothé* soigne le foie ; l'hibiscus ou le *thepe* [faux bois de rose] est consommé pour les douleurs intestinales ou d'estomac ; l'*aloe vera* pour les brûlures ; les feuilles de *wej* [*abelmoschus manihot*, chou kanak] pour les furoncles ; certaines lianes soulagent les hernies ou les maux de ventre. Les usages de ces plantes croisent aussi les usages culinaires : les « feuilles » comme le chou kanak ou le *pahatr* [*asplenium nidus*, fougère nid d'oiseau] peuvent être la base de la soupe traditionnellement consommée au repas et agrémentée de sardines à l'huile.

Une partie importante de la pharmacopée familiale vise à prévenir des « maladies vraies » en fortifiant ou en purgeant le corps. Ainsi des feuilles de *dridrem* [*xylosma lifuanum*, flacourtiacée]³¹ au goût amer, qui sont consommées par toute la famille le matin à jeun, pour « nettoyer le ventre ».

C'est souvent une grand-mère de la famille qui prépare la « purge » annuelle pour la famille ou pour un groupe de jeunes filles ou de jeunes garçons de la parenté : des feuilles ou des racines purgatives sont bouillies avec de l'eau salée, puis la décoction est bue au bord de la mer par petites quantités de l'aube jusqu'au soir, pour débarrasser le corps des substances nocives³².

²⁹ Christine Salomon distingue parmi les maladies posées celles qui sont dues aux ancêtres de celles qui sont provoquées. Les distinctions proposées par Marie Lepoutre pour les différentes formes de maladies posées à Lifou sont présentées au chapitre suivant. M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfantement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 197, 201 ; C. Salomon, *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, op. cit., p. 72-97.

³⁰ Je reprends dans cette partie les façons de désigner de mes interlocuteurs, françaises ou *drehu*, en les complétant des noms latins quand elles figurent dans les travaux existants d'ethnobotanique. L'absence de traduction latine indique que je n'ai pas retrouvé ces plantes dans ces travaux. Maurice H. Lenormand, « Vocabulaire des noms de plantes médicinales et alimentaires utilisées par les Mélanésien de Lifou (Iles Loyalty) », *Journal d'agriculture tropicale et de botanique appliquée, Muséum national d'histoire naturelle*, 1968, vol. 15, n° 4-6, p. 172-194 ; Dominique Bourret et Hilda (ill.) Boeglen, *Bonnes plantes de Nouvelle Calédonie et des Loyauté*, Nouméa, Editions du Lagon, 1981, 108 p ; Nicolas Lormée et al., « Enquête sur la médecine traditionnelle et les plantes médicinales de l'île de Maré », *Ethnopharmacologia*, 2010, n° 45, p. 73-76 ; Nicolas Lormée, Pierre Cabalion et Edouard Salkule Hnawia, *Hommes et plantes de Maré. Îles Loyauté, Nouvelle-Calédonie. Nodei ngom ne yeserei ri node Nengone*, Marseille, IRD Editions, 2011, 358 p.

³¹ On retrouve cette plante à Maré, où elle est nommée *dridrem* en *nengone*, et est utilisée pour purifier le sang et pour les contusions. N. Lormée et al., « Enquête sur la médecine traditionnelle et les plantes médicinales de l'île de Maré », art cit.

³² Si l'absorption de tisanes purgatives est aussi retrouvée sur la Grande Terre, Christine Salomon note que le rituel de la purge n'y est pas retrouvé. C. Salomon, *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, op. cit., p. 71.

Les feuilles, les racines, ou le suc des plantes sont utilisées, en décoction, en cataplasmes, ou crachées [*hutr*]. Elles poussent à l'état sauvage ou sont plantées à proximité des maisons, jusque dans les jardins de Nouméa où sont établis des habitants de Lifou. Ce sont ces remèdes qui ont été le plus tôt au cœur de l'intérêt scientifique. Les propriétés des remèdes contre la *cigatera*³³ – feuilles de papayer, faux-tabac, etc. – ont été validées scientifiquement³⁴. Ce pan de la thérapeutique kanake, dans lequel les propriétés des plantes peuvent être isolées et validées, est au cœur des projets visant à légitimer la médecine traditionnelle kanake. Ainsi, le *hmitre* et le faux-tabac sont régulièrement cités comme exemples à inclure au projet de Vidal des plantes médicinales kanakes. Seul remède contre les maladies posées qui soit communément montré à l'étranger, car il fait l'objet d'une utilisation quotidienne, le *hmaca atresi* [*claoxylon insulanum*] prévient ou intervient sur ces maladies. Cette variété d'euphorbiacée endémique à la Nouvelle-Calédonie est communément utilisée à Lifou pour protéger des esprits, les *u*. Une branche placée au-dessus du chambranle d'une case protège de la venue d'esprits et ses feuilles sont aussi utilisées dans de nombreux soins de maladies posées.

Etant donnée la large diffusion de ces savoirs et pratiques dans la population de Lifou, la mise en valeur de cette pharmacopée constitue une valorisation importante du patrimoine culturel et naturel de l'île.

A l'occasion de la rénovation du dispensaire de Wé, un « jardin thérapeutique » a été planté. Le grand écriteau à l'entrée explicite la « démarche de santé publique comme le préconise l'Organisation Mondiale de la Santé » et qui vise à préserver la « grande richesse » du patrimoine végétal des Loyautés et le savoir-faire « transmis de génération en génération ». Parsemés dans les carrés du jardin, de petits panneaux désignent chaque plante de son nom *drehu*, français et latin, parfois aussi *ajië* (« *hmitre* – Arnika [sic] kanak – *meamorou*³⁵ – *Plectranthus parviflorus* », « *eno* – aloès – plante à brûlures – *aloe vera* ») et présentent les propriétés et la préparation de chaque plante. Dans cette hétérogénéité de désignations, le croisement de l'*ajië* et du *drehu* est indicatif de la place que tiennent ces deux langues dans la constitution d'une politique linguistique en Nouvelle-Calédonie mais aussi une réminiscence

³³ Cette intoxication par la consommation de poisson, aussi appelée communément « gratte », est présente dans l'ensemble du lagon de Lifou.

³⁴ Les propriétés du faux-tabac ont été étudiées et validées dans le cadre d'un programme de recherche de l'ORSTOM qui visait à évaluer le potentiel des plantes utilisées contre la gratte par les médecines traditionnelles de Nouvelle-Calédonie et du Vanuatu. Dominique Laurent et al., *La Gratte ou cigatera. Ses remèdes traditionnels dans le Pacifique sud*, Marseille, IRD Editions, 1993.

³⁵ *Meamorou* correspond au terme en langue *ajië*. La plante y tient aussi une place centrale dans la thérapeutique *ajië*, puisqu'elle est utilisée au moment du rituel de naissance.

des circulations de savoirs permises dans le cadre de l'évangélisation, puisque c'est à Do Neva, en pays *ajië*, que les *nata* des Loyauté venaient faire leur formation pastorale.

L'accent mis sur ces plantes communes dans la mise en valeur du patrimoine botanique dans l'espace public accentue un peu plus la distinction avec des savoirs tenus dans l'espace privé et dont les modes de transmission renforcent implicitement l'idée d'un pan « intime-sacré » dans la médecine kanake. Les questionnements autour des mécanismes de la transmission, qui sont développés plus loin, montrent la porosité de ces frontières et leur reformulation permanente. Elle se reconfigure aussi sous l'effet du développement du tourisme, deuxième dimension de la patrimonialisation botanique.

Mise en scène touristique du patrimoine botanique et émergence de nouveaux acteurs

Ces plantes et soins courants sont ceux qui donnent lieu aux explications les plus nombreuses de ce qui est présenté comme « médecine traditionnelle » à l'observateur extérieur. On les retrouve en particulier dans la mise en scène du patrimoine culturel kanak que suscitent les manifestations touristiques qui rassemblent habitants et touristes pour célébrer les productions locales – fête de la vanille, fête du *pahatr* [variété de fougère comestible], fête de la roussette... Pour m'aider dans ma recherche, j'ai rencontré quelques membres d'une association de femmes menant des activités de développement culturel et touristique à Lifou. Présentes dans certaines « fêtes » de Lifou, elles y exposent parfois des planches d'herbiers agrémentés d'explications des propriétés. Mais leur activité principale consiste à gérer une partie des activités proposées aux croisiéristes australiens qui débarquent plusieurs fois par semaine sur l'île. Non loin du débarcadère des paquebots, leur bureau est installé dans une petite maison qui surplombe la baie de Santal. De là, elles gèrent les activités touristiques préparées à chaque arrivée du paquebot ou lors d'autres activités économiques du district. Leur expertise sur la valorisation des plantes médicinales est l'une des dimensions de leur légitimité sociale, aux côtés de la gestion de l'activité de développement touristique. Atablée avec trois des femmes qui gèrent l'association, dont deux se présentent comme guérisseuses, nous passons en revue les plantes que j'ai recueillies à travers l'île. L'entretien vise avant tout à m'aider à distinguer parmi ces plantes celles qui appartiennent au terroir de Lifou de celles n'appartenant qu'à une personne et à son clan, considérées comme secrètes, afin que je ne les mentionne pas explicitement dans mes recherches.

Dans deux grandes boîtes, nous feuilletons les planches en bristol sur lesquels des feuilles séchées, des photos et de petits textes explicatifs en français ont été collés. Une grande affiche usée recense une trentaine de plantes en *drehu*, en français, en anglais.

Sur les planches, les explications distinguent l'étymologie, les « fonctions et utilisations de la plante dans la culture Kanak de Lifou » et la « recherche pharmaceutique » le cas échéant. Par exemple les fruits du *hmetreun*, utilisés à Lifou pour purger, ont pour propriété affichée de stimuler « l'intelligence ; l'énergie du sportif ; le calme du système nerveux ; la production d'hémoglobine dans le sang ; la normalisation des battements du cœur ; la bonne humeur ; l'équilibre du corps » et ils « inhibent l'hypertension ; la température et les émotions d'une femme enceinte ; la dépendance à la nicotine ». Aux différentes plantes que je mentionne, les femmes lisent les planches explicatives pour compléter leurs propos. Elles m'expliquent que, hors des médicaments communs, l'efficacité d'une plante n'est activée que par la personne qui la possède. Quand bien même on connaîtrait la combinaison de plantes à utiliser pour soigner tel ou tel trouble, seule celle ou celui qui la possède peut en activer les propriétés. Il arrive bien que les plantes maniées soient connues par d'autres que la guérisseuse, mais seule celle-ci détient le don d'en activer les propriétés thérapeutiques, car c'est elle qui *possède* le médicament.

Elles détiennent souvent plusieurs médicaments pour des maux très divers. Par exemple l'une des femmes présentes soigne, en plus des maux courants, des troubles plus spécifiques : les maux de ventre, l'asthme, les furoncles, les hernies, la fontanelle mal refermée ou le crâne fêlé (cf. plus loin). Plusieurs plantes sont combinées pour chacun de ces troubles.

Celles qui détiennent des médicaments kanaks me racontent comment ils leur ont été transmis. Elles plaisantent et l'une d'entre elles me dit qu'elles me croyaient médecin, uniquement intéressée par l'efficacité des propriétés des plantes. L'intérêt présumé de l'étranger pour la botanique et ses usages est rapporté à la propriété scientifiquement prouvée de la plante. La dirigeante de l'association m'explique alors l'importance des initiatives institutionnelles destinées à sauvegarder les savoirs traditionnels, notamment ethnobotaniques, et de les protéger de la biopiraterie qui s'est opérée dans d'autres pays détenant une forte biodiversité. Le projet déposé par le Sénat coutumier d'une « Loi de pays relative à la sauvegarde des savoirs traditionnels liés aux expressions de la culture kanak et associés à la biodiversité ainsi qu'au régime d'accès et de partage des avantages » est présenté comme un enjeu central du processus de décolonisation. Cette loi de pays transpose le

protocole de Nagoya sur l'accès aux ressources génétiques³⁶. Elle y introduit la distinction entre « savoirs traditionnels publics » et « savoirs traditionnels soumis au secret », transposition juridique des deux étages dans les savoirs médicaux mentionnés par mes interlocuteurs. Bien que la loi n'ait pas encore abouti, elle s'est traduite par des initiatives comme la restitution à l'Agence de Développement de la Culture Kanake (ADCK) d'un millier de fiches d'enquêtes ethnobotaniques qui avaient été collectées par les chercheurs de l'ORSTOM comme Dominique Bourret dans les années 1970.

Avec l'institutionnalisation de cette distinction dans les savoirs publics et privés, les associations culturelles émergent comme nouveaux acteurs de légitimation et de transmission des savoirs. Elles opèrent un filtre entre les détenteurs originels des savoirs locaux et les scientifiques. Les trois femmes qui m'accueillent ce jour-là m'aident à compléter mes données, à préciser des informations. Nous passons en revue mes questions et les fiches cartonnées étalées sur la table, elles précisent des données sociologiques sur les pratiques thérapeutiques, les dimensions institutionnelles, puis m'indiquent d'autres interlocuteurs. Elles approuvent ma volonté de maintenir secrètes certaines plantes et m'aident pour cela à bien distinguer dans mes notes les données qui n'appartiennent qu'à celle qui me les a confiées et à son clan.

Ce mouvement consistant à partager des savoirs voués à la visibilité publique et la rationalité scientifique et d'autres savoirs secrets et plus puissants est indicateur d'un glissement des modes de partage des savoirs médicaux et d'une reconfiguration des modes de légitimité, dans la continuité du rapport colonial. Ce n'est pas tant autour de la recherche d'un profit économique que dans la constitution de nouvelles instances de diffusion du savoir et de reconnaissance identitaire que se joue cette reconfiguration. Une partie des connaissances ethnobotaniques entre dans la circulation des savoirs globaux, une autre se maintient concentrée dans le domaine privé des clans respectifs, et au croisement des deux interviennent de nouveaux agents légitimes de la transmission. Au Bénin, ce sont de nouvelles figures thérapeutiques qui sont apparues (ethnopsychiatres, médiateurs culturels, personnes ressources) dans le cadre de ce processus de globalisation thérapeutique. Ils entendent répondre aux besoins de leur société et contribuer à la patrimonialisation de leur culture en insistant sur la valorisation des ressources locales, la décolonisation des sociétés africaines et

³⁶ Secrétariat de la Convention sur la diversité biologique, *Protocole de Nagoya sur l'accès aux ressources génétiques et le partage juste et équitable des avantages découlant de leur utilisation relatif à la convention sur la diversité biologique*, Montréal, Programme des Nations Unies pour l'environnement, 2012.

la revendication d'autorités ancestrales³⁷. Les débats encadrant la légitimité constituent un support pour analyser les rapports entre savoir et pouvoir³⁸. Dans le contexte calédonien, il faut toutefois opérer un déplacement pour saisir les enjeux politiques : dans un régime d'autochtonie, la légitimité dont il s'agit ne concerne pas tant la compétence thérapeutique que celle qui énonce et transmet les savoirs. Le rationnel-légal comme mode de légitimation vise surtout à protéger la plante plutôt que les guérisseurs. A ce stade du projet indépendantiste, le capital d'autochtonie kanak dont disposent les guérisseurs suffit.

Il semble ainsi que le processus décrit par Charles Leslie et repris par Pordié et Simon³⁹ d'une « solidification » des systèmes de médecine traditionnelle au contact de ce que Leslie nomme « médecine cosmopolite » – la biomédecine – se décline de la façon suivante dans le cas de la médecine kanake : dans la continuité des partages opérés dans les savoirs médicaux par le regard missionnaire, ce sont les institutions capables de délimiter les médicaments efficaces des autres médicaments qui se solidifient. En d'autres termes, c'est le champ institutionnel de la santé publique, soutenu par la recherche scientifique, qui se solidifie en empruntant les procédés des institutions nouméennes qui les précèdent historiquement. C'est dans cette concurrence institutionnelle qu'il faut replacer le processus de patrimonialisation relative de la médecine kanake. Les analyses de Leslie ou celles plus récentes de Pordié et Simon, s'intéressent à l'impact sur les pharmacopées et les pratiques thérapeutiques du « système capitaliste mondial » pour le premier, de la « libéralisation des marchés et de la mondialisation des échanges » pour les seconds⁴⁰. L'exemple de la patrimonialisation des savoirs ethnobotaniques kanaks témoigne de la fabrication de « nouveaux codes et de nouveaux paradigmes à l'intérieur de la globalisation »⁴¹, mais cette fois marquée par la mise en avant du capital d'autochtonie.

³⁷ D. Bonnet et A. Lainé, « Conflits de légitimité autour d'une maladie génétique au Bénin », art cit.

³⁸ D. Fassin, *Les Enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, op. cit.

³⁹ L. Pordié et E. Simon, « Que sont les guérisseurs devenus ? Le monde des soins à l'heure de la globalisation », art cit, p. 10.

⁴⁰ Laurent Pordié et Emmanuelle Simon (eds.), *Les Nouveaux guérisseurs : Biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2013, 301 p ; C. Leslie, « Indigenous Pharmaceuticals, the Capitalist World System and Civilization », art cit.

⁴¹ L. Pordié et E. Simon, « Que sont les guérisseurs devenus ? Le monde des soins à l'heure de la globalisation », art cit, p. 16.

Savoirs médicaux et éthique de la *relationnalité* océanienne dans la santé publique calédonienne

La patrimonialisation des savoirs ethnobotaniques n'est pas la seule dimension de la thérapeutique kanake à faire l'objet d'une réappropriation par les acteurs politiques. La dimension relationnelle de la médecine et plus largement de la société kanake est la spécificité mise en avant pour caractériser cette médecine. Le concept de *relationnalité* a fait l'objet de nombreux débats dans l'anthropologie océaniste. Si elle n'apparaît pas sous cette formulation dans *Do Kamo*, elle imprègne l'analyse que fait Maurice Leenhardt de la personne kanake, comme d'un être en relation⁴². Cette conception est ensuite introduite dans l'anthropologie anglophone par James Clifford dans son ouvrage sur Leenhardt⁴³, puis elle réapparaît sous la plume de Marilyn Strathern à travers le concept de « personne individuelle ». Pour Strathern, la personne serait en Mélanésie d'emblée relationnelle et il n'y aurait pas d'individus qui préexisteraient aux relations sociales. Cette conception de la personne s'opposerait à l'individualisme caractéristique des mondes euro-américains⁴⁴. Plutôt que de revenir sur les controverses entourant la notion de *relationnalité*, qui est de fait fortement thématifiée en Océanie, je propose pour les dépasser de m'appuyer sur l'usage qui en est fait par des chercheurs océaniens. Au-delà des débats de la discipline en Europe ou en Amérique du Nord, des chercheurs samoans se sont en effet largement ressaisis de cette notion dans le cadre d'une réflexion sur les concepts des épistémologies autochtones. L'écrivain samoan Albert Wendt définit le *vā* comme

« L'espace entre, l'entre-deux, non l'espace vide, ni l'espace qui sépare, mais l'espace qui relie, qui tient entre elles les entités séparées et les choses, dans l'Unité-qui-est-Tout, l'espace qui est contexte, qui donne aux choses leur signification. Les significations changent en même temps que changent les relations et les contextes. (...) Une expression samoane bien connue dit, '*Ia teu le va*' – chérir, nourrir, prendre soin du *vā*, des relations. C'est essentiel dans les cultures communautaires qui valorisent l'unité

⁴² On retrouve le concept de relation notamment dans le chapitre sur la structure de la personne, quand il analyse, à partir des pronoms duels, ce qu'il perçoit être la formation de la personne – d'une « personne diffuse » à l'individuation. Maurice Leenhardt, *Do kamo. La personne et le mythe dans le monde mélanésien*, Paris, Gallimard, 1947, p. 248-271.

⁴³ James Clifford, *Person and Myth: Maurice Leenhardt in the Melanesian World*, Durham, Duke University Press, 1992, 288 p.

⁴⁴ Marilyn Strathern, *The Gender of the Gift: Problems with Women and Problems with Society in Melanesia*, Berkeley, University of California Press, 1990, 440 p.

du groupe plus que l'individualisme, qui perçoivent la personne individuelle, la créature ou la chose en termes de groupes, en termes de *vä*, de relations. »⁴⁵

L'importance des relations est fréquemment retrouvée dans les efforts pour mettre en accord les politiques publiques des îles du Pacifique avec les valeurs océaniques. On citera par exemple les travaux de la géographe Sa'iliemanu Lilimaiava-Doktor, qui s'efforcent de penser les questions de migrations et de développement sous cet angle⁴⁶, ou ceux de Karlo Mila-Schaaf sur la relation de soin⁴⁷. Pour réfléchir à sa pertinence dans le domaine du travail social, cette anthropologue samoane analyse le *vä* comme une éthique de la relation basée sur le respect d'un « espace sacré » qui implique un ensemble de responsabilités, d'obligations, d'efforts. Mila-Schaaf propose une définition souple dans laquelle le *vä* est reformulé en fonction du contexte et ne se laisse pas figer dans un jeu de valeurs. Ce qui caractérise selon elle la médecine traditionnelle océanique est son interprétation de la maladie comme d'une perturbation de la relation.

En Nouvelle-Calédonie, cette dimension apparaît dans les efforts de reformulation des politiques de santé par les acteurs institutionnels kanaks. Là encore, ce sont dans les rapports des Commissions de Santé et des Affaires sociales de la Province des Îles ou certains textes promulgués que l'on trouve des traces de la formalisation de ce concept. Reprenant la définition officielle de l'OMS fondée sur les pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé⁴⁸, ces textes confèrent à la médecine kanake une dimension additionnelle, celle « des relations sociales, spirituelles, des savoirs, des savoir-faire en interaction avec supports naturels »⁴⁹. La définition reprise de l'OMS doit inclure cette singularité pour préserver la médecine kanake dans un but « d'harmonie sociale ». Le compte-rendu précise encore : « la préservation de ces supports participera de la consolidation du lien qu'entretient le Kanak avec sa totalité, au sens de la définition de l'Homme d'un être en relation ». Il s'agit ici d'une relecture des concepts mis en avant par Leenhardt, pour les intégrer aux politiques de santé, tout en adoptant une posture fortement essentialisante dont témoigne l'usage du

⁴⁵ Albert Wendt, « Afterword: Tatauing the Post-Colonial Body » dans Vilsoni Hereniko et Rob Wilson (eds.), *Inside Out: Literature, Cultural Politics, and Identity in the New Pacific*, Lanham, Rowman & Littlefield, 1999, p. 402.

⁴⁶ S. Lilimaiava-Doktor, « Beyond "Migration": Samoan Population Movement (Malaga) and the Geography of Social Space (Vä) », art cit.

⁴⁷ Karlo Mila-Schaaf, « Vä-centred Social Work: Possibilities for a Pacific Approach to Social Work Practice », *Social Work Review*, 2006, vol. 18, n° 1, p. 8-13.

⁴⁸ La définition formulée par l'OMS de la médecine traditionnelle est : « (...) pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux ou de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels – séparément ou en association – pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé ». Citée dans : Commission de la santé, des affaires sociales, du handicap et des problèmes de société, *Procès-verbal du 5 juin 2013*, Wé, Province des Îles.

⁴⁹ *Ibid.*

singulier pour désigner les Kanaks. C'est autour de l'idée de relationnalité des personnes avec leur environnement que les acteurs kanaks entendent élaborer ces politiques publiques. L'héritage de Leenhardt est tel que le plan de santé calédonien adopté en 2018 a été intitulé *Do Kamo* et reprend un certain nombre de ses concepts, mais sous l'angle d'une relecture contemporaine influencée par les enjeux de santé publique. Le *Plan de santé calédonien Do Kamo, être épanoui* représente avant tout un effort de structuration des politiques de santé dans le but de les rationaliser économiquement. Les valeurs océaniques y apparaissent dans une présentation de « L'esprit Do Kamo » :

« En plaçant l'Humain – sa santé ET son bien-être – au cœur des priorités de l'action publique, l'approche holistique de la santé promue par le PLAN DO KAMO ambitionne d'appréhender la santé humaine (et ses problématiques) de manière globale. Cette vision globale de la santé de l'Humain conduit à considérer au même niveau les facteurs biomédicaux, psychosociaux, ethnoculturels et socioéconomiques. »⁵⁰

Ce qui chez Leenhardt était présenté comme un « enveloppement » de l'individu dans la nature et l'environnement social se traduit dans le langage de la santé publique par une « approche holistique » de l'humain. Celle-ci prévoit notamment la rédaction d'un préambule au futur Code de la santé publique de la Nouvelle-Calédonie qui « [donnera] une large place à l'approche holistique océanique de la vie et de la santé, qui place l'être humain en relation avec les autres, avec la nature, la terre et l'océan »⁵¹. Le *Plan Do Kamo* prévoit l'élaboration d'un code de santé publique qui « [reconnaîtra] les savoirs médicaux spécifiques à la Nouvelle-Calédonie et les professionnels qui les exercent », et qui « [mettra] en cohérence le droit de la santé applicable en Nouvelle-Calédonie avec ses spécificités culturelles et ses modes d'exercice particuliers », notamment en intégrant un titre « Profession de tradipraticien »⁵². Il prévoit aussi une dérogation au monopole des pharmaciens, en ajoutant les « herboristes traditionnels ». Aux côtés de ces dispositions figurent la reconnaissance des professions médicales alternatives telles que naturopathe, acupuncteur et hypnothérapeute. En outre, deux catégories de produits pharmaceutiques seront considérés dans la « pharmacopée calédonienne », d'une part la « pharmacopée locale (kanak, wallisienne, vietnamienne, indonésienne, etc.) », d'autre part la « pharmacopée française et européenne »⁵³. Enfin, le *Plan Do Kamo* prévoit la formation de « tous les nouveaux professionnels médicaux et

⁵⁰ *Plan de santé calédonien Do Kamo, être épanoui*, Nouméa, Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, 2018, p. 10.

⁵¹ *Ibid.*, p. 62.

⁵² *Ibid.*

⁵³ *Ibid.*

infirmiers arrivant en Nouvelle-Calédonie aux particularités culturelles, institutionnelles et épidémiologiques du Pays »⁵⁴ et la mise en place d'un « dispositif expérimental d'assistance linguistique » dans les hôpitaux⁵⁵. Cette introduction de la médecine traditionnelle dans le plan de santé calédonien rejoint les objectifs formulés vingt ans plus tôt par l'OMS pour la région du Pacifique occidental, qui visaient à accroître l'utilisation des praticiens de médecine traditionnelle pour atteindre les objectifs de la *Stratégie de la santé pour tous d'ici à l'an 2000*⁵⁶, à étudier et déterminer les différents actifs du point de vue pharmacologique, enfin à encourager la recherche, le développement et la formation en médecine traditionnelle⁵⁷.

Le plan *Do Kamo* marque ainsi le début d'un processus tardif de reconnaissance des savoirs médicaux océaniens et témoigne du positionnement des acteurs non européens dans les nouvelles institutions. La médecine kanake est, aux côtés d'autres médecines alternatives, appelée à tenir une place équivalente à celle de la biomédecine. La mobilisation des savoirs et pratiques océaniens dans les textes officiels de la santé reflète ainsi les processus par lesquels est véhiculé un ensemble de valeurs qui, en contrepoint de la violence thérapeutique de la biomédecine⁵⁸, prennent en compte l'individu dans sa globalité et soulignent l'importance de la relation⁵⁹.

La patrimonialisation de la médecine kanake rejoint ici le mouvement global des nouvelles thérapeutiques qui véhiculent une certaine morale de l'être et du bien-être se fondant sur un discours médical holistique voire transcendantal. Pordié et Simon y voient l'émergence d'une nouvelle « philosophie du vivant » qui, dans le contexte calédonien, donne corps aux revendications identitaires⁶⁰.

La dimension humaine qui traverse ces textes est indicatrice de la formulation d'une nouvelle éthique du soin. Celle-ci doit être replacée dans une lecture des contraintes économiques et institutionnelles qui lui sont parallèles. Un des principaux objectifs du *Plan Do Kamo* est la rationalisation des dépenses de santé. Les contraintes structurelles de l'insularité pèsent fortement sur les budgets de la santé, et ce d'autant plus à la Province des Îles, qui est dépendante des institutions nouméennes en termes d'infrastructure médicale. Les valeurs

⁵⁴ *Ibid.*, p. 114.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 117.

⁵⁶ *La santé pour tous d'ici à l'an 2000. Stratégie mondiale*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1980.

⁵⁷ *Medicinal Plants in the South Pacific*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé. Cité par S. Stuber-Vandame, *Qui met la pierre à l'édifice ? L'offre de soin au Vanuatu entre kastom et aide au développement*, *op. cit.*, p. 54.

⁵⁸ Ashis Nandy, *Science, Hegemony and Violence: A Requiem for Modernity*, Tokyo, Delhi, The United Nations University-Oxford University Press, 1988, 301 p.

⁵⁹ L. Pordié et E. Simon, « Que sont les guérisseurs devenus ? Le monde des soins à l'heure de la globalisation », *art cit.*, p. 18-19.

⁶⁰ *Ibid.*, p. 18.

portées par les acteurs indépendantistes kanaks des institutions provinciales sont donc à penser dans cette configuration particulière. C'est aussi pour des raisons économiques que la Province des Îles est plus encline à mettre l'accent sur la dimension sociale et communautaire des prises en charge – comme en témoigne l'intitulé de sa direction de l'« action communautaire et action sociale ». La relationnalité qui sous-tend l'idée de communauté apparaît notamment dans les réflexions sur les prises en charge des personnes âgées et dépendantes. Les formes d'institutionnalisation y sont décrites comme une source de ruptures avec le milieu familial et social à éviter. Elles représentent aussi des sommes importantes pour un budget provincial dont les coûts de la santé sont déjà importants. La mise en avant des soins familiaux et communautaires répond donc également à une pression économique.

Par ailleurs, cette dimension du soin est prise dans un ensemble de tensions sociodémographiques. Une part importante de la génération des parents s'est établie à Nouméa pour le travail⁶¹, y fixant un peu plus de familles et laissant reposer sur quelques noyaux familiaux, voire quelques personnes, le soin des personnes vieillissantes ou malades à Lifou. Le tissu social s'est un peu plus distendu en direction de Nouméa. Les familles qui y sont établies continuent de jouer un rôle dans les soins, en accueillant par exemple ceux qui viennent à Nouméa pour des raisons médicales ou pour visiter un proche hospitalisé.

L'éthique de la sollicitude qui caractérise les discours sur le soin à Lifou doit être examinée au prisme de sa dimension pratique. On peut suivre la démarche de Christelle Avril qui analyse les enjeux économiques qui tendent à se superposer à ce type de perspective et qui met en lumière le glissement des analyses pragmatiques du *care* vers les notions d'amour et de bienveillance⁶². Des tensions similaires sont retrouvées à Lifou entre des valeurs qui participent de la représentation identitaire kanake et chrétienne – la sollicitude, l'hospitalité, la relationnalité – et la dimension pratique des soins. M'inspirant de la démarche de Christelle Avril, je propose ici de prendre en compte le flou qui encadre l'éthique du soin proposée par certains de mes interlocuteurs, et de les rapporter aux pratiques concrètes que j'ai observées, afin de mettre au jour les économies morales qui sous-tendent leur projet politique.

⁶¹ Les différents recensements menés depuis 1989 indiquent un solde migratoire en baisse constante aux Îles Loyauté. De plus, si la population de Nouvelle-Calédonie a globalement augmenté, la Province des Îles Loyauté est la seule à voir sa population décroître, de 1,3% entre 1996 et 2009. Source : ISEE

⁶² Christelle Avril, « Sous le care, le travail des femmes de milieux populaires. Pour une critique empirique d'une notion à succès » dans Margaret Maruani (ed.), *Je travaille, donc je suis*, Paris, La Découverte, 2018, p. 205-216.

Il ne s'agit pas non plus de déconstruire le projet indépendantiste kanak mais plutôt, comme le propose Natacha Gagné, d'en ressaisir les tensions politiques et historiques⁶³. Pour cela, le portrait d'une guérisseuse que je retrace maintenant permet de montrer la part de pénibilité physique, affective et émotionnelle des activités de soins à Lifou, et la dimension pratique d'une éthique relationnelle du soin.

II. Portrait d'une guérisseuse

La dimension holistique et relationnelle qui est mentionnée comme caractéristique de la médecine kanake invite à adopter un angle large pour examiner les questions de santé à Lifou. La puissance des plantes s'ajoute à des compétences spécialisées autant qu'au soutien plus diffus de l'environnement social de la personne malade. Examiner les pratiques thérapeutiques implique donc aussi de prendre en considération les forces et contraintes implicites qui modulent les pratiques des guérisseuses et guérisseurs. Pour cela, s'intéresser aux parcours biographiques de quelques guérisseuses présente l'avantage de mettre au jour la diversité de ces contraintes – physiques, affectives, mentales, émotionnelles – et de comprendre comment l'activité thérapeutique se tient au-delà des questions de sollicitude et de souci des autres. Suivant la méthodologie de Pordié et Simon, le recours aux biographies fait accéder aux dynamiques plus larges dans lesquelles se déploient ces vies⁶⁴. Plutôt que de chercher à mettre en lumière un système localisé de médecine traditionnelle, j'examine des « carrières » de guérisseuses⁶⁵. Il ne s'agit pas de typifier des figures de guérisseuses, mais de les mobiliser dans une approche « multi-intégrative » qui situe les acteurs dans la diversité de leurs interactions sociales et qui rend compte, à l'échelle de l'individu, des tensions entre les logiques propres aux différents espaces sociaux (économique, religieux, culturel, politique)⁶⁶.

⁶³ Natacha Gagné, « Le Savoir comme enjeu de pouvoir » dans Didier Fassin et Alban Bensa (eds.), *Les Politiques de l'enquête*, Paris, La Découverte, 2008, p. 277-298.

⁶⁴ L. Pordié et E. Simon, « Que sont les guérisseurs devenus ? Le monde des soins à l'heure de la globalisation », art cit, p. 29.

⁶⁵ Pordié et Simon proposent de reprendre l'approche de Jean-Claude Passeron, qui considère comment se croisent dans les biographies la « décision subjective (transaction, négociation, conflit, abstention) » et « l'objectivité d'une contrainte de cheminement (cursus préétabli dans une institution) ». Jean-Claude Passeron, « Biographies, flux, itinéraires, trajectoires », *Revue française de sociologie*, 1990, vol. 31, n° 1, p. 3-22. Cité par L. Pordié et E. Simon, « Que sont les guérisseurs devenus ? Le monde des soins à l'heure de la globalisation », art cit, p. 29.

⁶⁶ L. Pordié et E. Simon, « Que sont les guérisseurs devenus ? Le monde des soins à l'heure de la globalisation », art cit, p. 29.

L'examen des vies singulières montre la complexité de leurs itinéraires, qui croisent d'autres formes de soins moins visibles mais pourtant indispensables. Plusieurs niveaux dans les pratiques de soins sont ainsi présentés, des thérapies spécialisées aux soins du quotidien, pour mettre en lumière l'environnement social du soin à Lifou.

Caractéristiques sociodémographiques des guérisseuses rencontrées

De la même façon que les hommes âgés sont ceux vers qui l'on est orienté quand on souhaite recueillir des savoirs sociopolitiques, ce sont vers les grands-mères qu'on oriente l'ethnologue, du moins quand c'est une jeune femme, pour enquêter sur les savoirs thérapeutiques – même si les hommes, dans le domaine thérapeutique, sont tout autant légitimes. C'est auprès d'elles que j'ai recueilli les principaux savoirs sur les soins et les catégories de la maladie mentale, en observant leur quotidien et en réalisant des entretiens auxquels ont parfois participé leur mari, parfois leur fils ou leur fille quand une traduction était nécessaire. J'ai réalisé des entretiens avec quinze guérisseurs, dont seulement deux hommes. La majorité des femmes rencontrées étaient des *qatr foe* [grands-mères] et quelques-unes des mamans d'une quarantaine d'années. Bien que cette surreprésentation des femmes dans mon panel d'enquêtés ne reflète pas exactement la répartition du genre chez les praticiens de la médecine kanake à Lifou, je choisis d'employer le féminin pour les désigner. Cette féminisation importante dans le panel d'enquêtés correspond en partie aux modalités de l'accès sur le terrain, puisque j'y ai été introduite le plus souvent par des femmes. Celles-ci ont montré une plus grande disponibilité à mon enquête, en trouvant un peu de temps entre leurs tâches domestiques et professionnelles. Le constat fait par certains interlocuteurs, selon lesquels c'est parce qu'elles étaient « plus sérieuses » et « plus patientes » que les hommes qu'on trouvait plus de guérisseuses que de guérisseurs, doit être nuancé au moyen d'une analyse des activités confiées aux unes et aux autres. Du reste, les quelques hommes guérisseurs que j'ai rencontrés, ou dont on m'a parlé, voulaient éviter la « publicité » et étaient plus « discrets », sans doute en partie car leur travail ne leur laissait guère de temps et non parce que leurs savoirs seraient plus ésotériques ou secrets comme on me l'a parfois suggéré⁶⁷. Ce sont finalement les grands-mères⁶⁷ qui sont les plus disponibles pour préparer des

⁶⁷ Certains considèrent que les hommes viennent souvent « quand il y a un mauvais sort », pour « arroser la maison », c'est-à-dire verser de l'eau de mer autour pour chasser le mauvais sort. Mais ces pratiques sont autant retrouvées chez les femmes. Si l'on constate parfois une répartition genrée des compétences thérapeutiques, elle ne repose pas sur une assignation des femmes aux petits soins de la pharmacopée familiale et des hommes aux

médicaments et pour converser avec l'ethnologue. Les « mamans » ont bien moins de temps car elles ont aujourd'hui pour la plupart un emploi salarié auquel s'ajoutent les tâches domestiques et les travaux coutumiers. Enfin, un nombre important de femmes et d'hommes appartenant à cette classe d'âge médiane se sont établis à Nouméa et ne reviennent à Lifou que pour des périodes courtes, ce qui bouleverse les modes de transmission des savoirs.

Aussi ce tableau résulte-t-il plutôt des caractéristiques sociodémographiques de la population de Lifou, où les migrations de travail précoces ont concerné les hommes davantage que les femmes. Pour comprendre cette féminisation importante, il faut également replacer l'histoire de ces femmes dans une analyse plus large de leur place dans l'organisation sociale à Lifou et de leur rôle dans les activités économiques et domestiques. L'organisation sociale à Lifou est structurée autour d'une hiérarchie établie en fonction de l'âge et du genre – jeunes filles et jeunes garçons, puis mamans et papas, enfin grand-mères et grands-pères. On attend des *qatr* [vieux, vieilles] qu'ils jouent un rôle dans le maintien d'une cohésion sociale, par le biais de la transmission des savoirs du clan et plus généralement de la culture quand il s'agit de répondre aux questions de l'ethnologue. Les « jeunes filles » auxquelles j'étais identifiée prennent soin de leurs aînés, en particulier des grands-parents, dont elles retirent le *manathith* [bénédiction] et l'instruction par la transmission des savoirs nécessaires. Les *qatr* rencontrées pendant mon enquête sont nées dans les années 1950, et la maman dans les années 1970. Elles font parties des premières générations de femmes à avoir occupé un emploi aux côtés de leur époux. Que ce soit dans le contexte des baleiniers et santaliers jusqu'à celui succédant au régime de l'indigénat, ce sont les hommes qui ont été mobilisés majoritairement pour travailler aux champs, sur les navires ou dans les mines de Nouvelle-Calédonie. Les femmes de Lifou ont pu occuper des emplois de domestiques, engendrant des migrations vers la Grande Terre de femmes seules ou avec leur époux. Mais elles ont été tenues relativement à l'écart de la main-d'œuvre réquisitionnée pour la colonie jusqu'à la fin de l'indigénat, qui prévoyait des limitations dans leur embauche. A ces limitations s'ajoutait un ethos véhiculé par les missionnaires qui insistait sur le labeur des femmes, dont elles devaient s'acquitter aux champs ou dans le foyer⁶⁸. Les femmes commencèrent à travailler à Nouméa dans les années 1950, mais sans que cela renverse un modèle dans lequel les hommes étaient ceux qui subvenaient aux besoins monétaires du foyer, quand l'épouse accomplissait les tâches

pouvoirs sorciers. Elle s'observe plutôt au niveau de certaines spécialités, les femmes maîtrisant par exemple tous les soins liés à la grossesse et à l'accouchement. Mais là encore, la répartition en fonction du genre est à nuancer, puisque des hommes peuvent être spécialistes du cancer du sein ou des femmes peuvent traiter le cancer de la prostate.

⁶⁸ Hélène Nicolas, *La Fabrique des époux : approche anthropologique et historique du mariage, de la conjugalité et du genre (Lifou, Nouvelle Calédonie)*, Université Aix-Marseille, Marseille, 2012, p. 718-719.

domestiques qui étaient attendues d'elles. Si bien qu'entre 1946 et 1970, les femmes kanakes étaient peu salariées et, restées seules à Lifou, elles avaient une charge de travail domestique importante⁶⁹. Les hommes de Lifou ont longtemps été ceux qui impulsaient les mobilités familiales, sous l'effet des opportunités économiques trouvées à Nouméa. Ce type de mobilités salariales a probablement favorisé la féminisation de la médecine kanake à Lifou. Ce sont les jeunes femmes qui sont majoritairement restées au foyer car elles génèrent des revenus moindres, ce qui permet une présence continue auprès des beaux-parents ou parents âgés dont elles s'occupaient. C'est donc d'abord vers elles que s'est faite la transmission des savoirs, plantes et pratiques de la médecine kanake. Plus de temps était laissé aux femmes pour la transmission d'une activité thérapeutique qui demande beaucoup.

Je présente ici le portrait d'une femme d'une soixantaine d'années, Meri, veuve depuis quelques années et qui m'hébergea pendant plusieurs mois, que je complète par des données tirées d'entretiens avec d'autres guérisseuses.

La vie de Meri : économie politique de l'hospitalité et du soin

J'ai été présentée à Meri par un médecin qui a soigné son mari avant qu'il ne décède et je me suis installée chez elle plusieurs mois, alors que je commençais au même moment mon observation des activités du CHS à Lifou. Meri est bien connue pour ses qualités de guérisseuse et pour son hospitalité. Nous sommes trois jeunes femmes européennes et quelques chats à vivre sur le *hnalapa*, moi dans le petit chalet en bois composé d'une pièce, deux enseignantes dans la petite maison en dur. Meri dort dans sa case, et je la rejoins parfois pour l'écouter me raconter sa vie, avant de nous endormir. Je l'ai beaucoup écoutée me parler de sa vie, ses déceptions, ses peines et ses joies, j'ai observé son quotidien et j'y ai vu comment les obligations communautaires et les besoins économiques s'entremêlaient à son activité thérapeutique. Sa vie incarne une des facettes de la sollicitude qui sous-tend les relations sociales à Lifou, et les ambivalences qu'elle suscite.

C'est à partir de son histoire que je présente ici, plus largement, le quotidien des femmes qui sont à Lifou impliquées dans les activités de soins.

⁶⁹ *Ibid.*

Le *hnalapa* d'une guérisseuse

Le *hnalapa* de Meri est planté de petits bosquets de plantes délimités par des lisières de bénitiers et d'autres coquillages. Aux « épines du Christ » et autres plantes florales se mêlent des plantes médicinales d'usage courant comme la citronnelle, le *hmitre* [*coleus sp.*] ou le *maea* [*coleus sp.*], deux espèces de *plectranthus* communément retrouvées aux abords des maisons et des champs d'ignames en Nouvelle-Calédonie, car réputées pour leurs vertus protectrices⁷⁰. Comme dans la plupart des jardins de Nouvelle-Calédonie, les feuilles rouges du *coleus*, planté aux abords de la maison, protègent les vivants des esprits des morts. Le jardin que traversent des nuées de papillons remplit des fonctions médicinales, esthétiques et protectrices. Il est toujours bien entretenu, sa pelouse ratissée chaque jour par Meri pour en ôter les feuilles tombées des arbres. Meri prend grand soin de sa maison et de ses hôtes, et leur consacre beaucoup de temps. La maison doit toujours être prête à recevoir d'éventuels hôtes et un thermos d'eau chaude est préparé chaque matin pour leur servir du thé. En son absence, c'est à moi qu'il revient de remplir ce devoir d'hospitalité en remplissant le thermos et en proposant du thé aux visiteurs.

Nous louons toutes trois notre chambre et elle nous prépare le repas du midi, que nous prenons ensemble après avoir prononcé le bénédicité. Il se dégage de cette maison une impression de bienveillance et de douceur qui est sans doute la raison pour laquelle on m'a orientée vers elle. Meri répond volontiers aux questions des étrangers qui s'intéressent à ses plantes, participant ainsi à la patrimonialisation des savoirs. Elle explique dans un français hésitant comment se préparent les médicaments, même si elle se contente souvent de ne présenter que les plantes communes que tous connaissent, comme le *hmitre*.

Quelques médicaments

Avec le *hmitre*, elle prépare un médicament pour le mal de tête, la sinusite ou le mal de gorge : elle cueille quelques brins de *hmitre* et de *maea*, les fait roussir au-dessus des flammes de la gazinière, puis les frotte et les émiette entre ses mains pour qu'ils puissent être inspirés par le nez et avalés. C'est un soin commun concocté avec des plantes ordinaires, qui fait partie de la pharmacopée familiale que possède toute famille de Lifou, et que l'on retrouve

⁷⁰ Pour compléter les informations botaniques données par mes interlocuteurs, j'utilise les travaux de Maurice Lenormand et ceux de Dominique Bourret et je propose la désignation latine quand je l'ai retrouvée. Maurice H. Lenormand, *Dictionnaire de la langue de Lifou. Le Gene Drehu*, Nouméa, Le Rocher à la voile, 1999, 538 p ; M.H. Lenormand, « Vocabulaire des noms de plantes médicinales et alimentaires utilisées par les Mélanésien de Lifou (Iles Loyalty) », art cit ; D. Bourret et H. (ill. . Boeglen, *Bonnes plantes de Nouvelle Calédonie et des Loyauté*, op. cit.

souvent dans les mises en scène de la médecine kanake. Mais sa réputation de guérisseuse repose sur des médicaments plus complexes. Des familles viennent de l'île entière pour prendre des bouteilles d'un médicament qui nettoie le sang. Dans de grandes marmites posées sur le feu de la cuisine extérieure, le médicament bout plusieurs heures, puis elle le verse dans des grandes bouteilles ou des bidons en plastique. Les plantes qui le composent ne poussent pas aux abords de la case, et il faut aller les chercher dans la forêt. Meri ne conduit pas et, si elle est seule, elle doit marcher jusqu'à la forêt de la tribu voisine pour y déterrer trois racines différentes, « avec la barre-à-mine et les pioches ». Avant la mort de son mari, ils y allaient tous les deux avec sa petite camionnette, et ils préparaient ensemble les médicaments. Après la mort de celui-ci, une jeune femme enseignante arrivée de métropole est venue louer la petite maison, et s'est rapproché de Meri au point de la considérer comme une mère adoptive. Accomplissant un rôle de *jajiny* du foyer, elle a aidé Meri dans la récolte des plantes et la préparation des médicaments, la culture du champ et les tâches domestiques quotidiennes. Aujourd'hui partie s'installer avec son compagnon, sa contribution à la vie du foyer se perpétue dans l'apport monétaire qu'elle fournit à Meri en échange de la garde de son enfant, et dans sa venue régulière pour passer du temps avec Meri, qu'elle appelle *nënë* [maman]. Ne bénéficiant plus de cette aide quotidienne pour aller aux champs ou dans la forêt chercher ce dont elle a besoin, Meri compte sur la venue régulière d'une nièce qui vient souvent avec son *pick up*, parfois accompagnée d'un groupe de jeunes gens venus aider Meri pour l'entretien du jardin, la réfection de la case, ou pour l'aider aux champs.

Mais c'est seule qu'elle prépare ensuite les médicaments, sous le petit abri de tôle qui protège la cuisine extérieure, où bouillent pendant plusieurs heures les préparations de plantes dans de grandes marmites.

Certains médicaments comportent seulement la préparation des plantes, que les malades viennent chercher dans des bouteilles avant de repartir chez eux. Mais parfois, le processus d'administration des soins prévoit que la personne reste avec la guérisseuse pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois, pour recevoir quotidiennement le médicament. C'est le cas des médicaments administrés aux personnes en état de décompensation psychiatrique, que décrit Pauline, une autre guérisseuse.

« Ils restent dans la case. L'autre garçon, (...) il est resté ici trois mois. Mais c'est bon parce que je suis là. (...) Je fais toujours médicament, tous les jours. Tous les jours. Comme le docteur, il soigne. Je fais comme ça. »

Chaque jour, Pauline s'occupe de la personne malade qui reste dans la case, et elle prépare un médicament. Parfois elle prononce des paroles, d'autres fois non. Parfois c'est un médicament qu'elle crache sur la tête, parfois elle se contente de le donner à la personne, en fonction du degré d'agressivité de la personne :

« Ça dépend des maladies parce que y a des personnes qui sont agressives. Quand il est devenu agressif on peut plus l'attraper, c'est là que je vais cracher. Mais sinon, je donne seulement le médicament. »

Pauline m'explique comment elle reste alors constamment auprès de la personne, qui va progressivement se calmer.

« Avec moi, eux ils vont devenir calmes. Ça marche. Des fois quand je sors dehors, parce que je vais même pas aller aux toilettes. J'ai pas le temps d'aller aux toilettes. Avec les gens comme ça, je peux pas aller aux toilettes. (...) C'est comme ça, on peut rien faire. Je vais vite rentrer dedans, mais quand je sors, je donne mon sac. Parce que pour la personne qui est malade, quand il attrape mon sac, on dirait que moi je suis avec lui. C'est quelque chose, ou bien mon pull, je donne, il va attraper, il va être tranquille. »

Ainsi, la présence continue aux côtés de la personne souffrante fait partie intégrante du soin, requérant une disponibilité totale de la part de la guérisseuse.

La quête thérapeutique des malades

Les visiteurs se présentent souvent chez Meri, seuls ou en famille, en fin de journée le plus souvent. Un soir, c'est une famille qui a roulé près d'une heure pour venir faire soigner une adolescente. La jeune fille ne travaille pas à l'école, elle est aux dires de Meri trop « fofolle ». Meri a préparé un médicament avant leur venue, à base de trèfles dont elle a séparé et compté chaque brin, avant de les rassembler par dizaines dans des petits paquets qu'elle a placés dans un sac plastique pour en conserver l'humidité. C'est un médicament pour « laver la tête », dit-elle, et toute la famille en consommera, parce que « quand on soigne l'un, on soigne l'autre ». Un autre soir, une jeune femme arrive accompagnée de ses parents et de son bébé. Ils remplissent un bidon du médicament de Meri, qui servira à renforcer la maman qui sort de chimiothérapie. Le même médicament sera aussi pris par une femme endeuillée, pour raviver son énergie. Il arrive aussi que Meri parte une semaine à Nouméa pour apporter son médicament à des proches qui le lui ont commandé.

Ces déplacements de personnes et de médicaments s'inscrivent dans la circulation des malades de guérisseuse en guérisseuse, qui vise à trouver le bon remède. La plupart des gens viennent pour récupérer les bouteilles remplies de cette décoction de plantes qui lave le sang, parfois directement, parfois après avoir consulté quelqu'un d'autre. La forte spécialisation des compétences thérapeutiques entraîne une grande circulation des patients, qui parcourent l'île à la recherche d'un remède, envoyés chez les unes et les autres en fonction de leur réputation et du lien de parenté. La quête du bon médicament, de guérisseuse en guérisseuse, est un élément central du parcours du malade, qui ne doit pas cesser de chercher. Il faut pour cela consulter différents guérisseurs, habitant parfois dans des endroits éloignés.

Une autre guérisseuse me disait que les malades ne doivent pas s'arrêter de « faire les médicaments parce [qu'ils n'ont] pas de sous, parce [qu'ils n'ont] pas de pièce pour demander. Non. Il faut chercher le médicament ».

La personne malade, accompagnée de sa famille, doit essayer sans relâche de trouver le bon médicament, en s'aidant d'abord de la pharmacopée familiale, puis en élargissant sa quête plus loin si celle-ci est inefficace. Les essais thérapeutiques aident à déterminer progressivement s'il s'agit d'une « vraie maladie » [*nyipi meci*] ou d'une « maladie posée ». A Lifou, ce qu'on considère comme des « maladies vraies » sont souvent attribuées à une mauvaise alimentation ou un défaut de sang⁷¹ et c'est donc dans les remèdes préventifs ou purgatifs de la pharmacopée familiale ou de celle d'une praticienne spécialisée qu'une solution est d'abord recherchée. A ce stade, le langage sur la maladie est « langage des symptômes » et non langage diagnostique, suivant la distinction proposée par Jean-Pierre Olivier de Sardan⁷². Les praticiens traditionnels peuvent être sollicités pour toutes les catégories de maladie. Ils deviennent incontournables quand il s'agit d'une « maladie posée » : si la maladie se maintient ou s'aggrave, le malade et son entourage vont rechercher une interprétation étiologique auprès d'un ou d'une guérisseuse dont les dons de voyance sont associés aux savoirs spécialisés sur une ou plusieurs plantes.

Les différents thérapeutes tiennent leur légitimité de leur renommée, accrue par un processus de transmission singularisé de leurs savoirs. Comme sur la Grande Terre, le défaut de guérison peut être imputé à un manque de volonté et de pugnacité dans la quête de soins⁷³. En

⁷¹ M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 197.

⁷² Jean-Pierre Olivier de Sardan, « La logique de la nomination. Représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger », *Sciences Sociales et Santé*, 1994, p. 15-45.

⁷³ Christine Salomon mentionne la quête de soins comme d'un combat contre une entité étrangère qui agresse le corps de la personne « et qui, si on ne combat pas son œuvre par un traitement assez fort, va prendre possession

ce sens, rares sont les maladies qui échappent à la thérapeutique kanake, et le pluralisme médical décrit par Lepoutre continue d'opérer pour la plupart des maux. Toutefois, au-delà d'un certain seuil de médicalisation se traduisant par plusieurs hospitalisations, un statut d'handicapé, ou une évacuation sanitaire vers l'Australie, la rigidité de la prise en charge biomédicale rend plus difficile l'accès aux médicaments kanaks.

La circulation des patients implique une grande disponibilité des guérisseuses, qui ne peuvent refuser de soigner car cela reviendrait à ne pas honorer les obligations réciproques inscrites dans le système d'échanges. Le pouvoir thérapeutique implique un ensemble de tâches qui viennent s'ajouter aux contraintes collectives et domestiques du quotidien.

Une vie de sollicitude

Meri a près de 65 ans quand je la rencontre, douze ans après la mort de son mari. C'est une belle femme, enjouée et avenante. Elle brosse ses longs cheveux lisses de « rouquine » chaque jour et les teint encore pour qu'ils gardent cette couleur prisée à Lifou. Elle porte des bijoux en or, quelques perles noires et met des fleurs dans ses cheveux de temps en temps, assorties à ses robes mission qu'elle repasse et range soigneusement pour les protéger de l'humidité. Le soir dans la case, sur les lits recouverts des draps qu'elle a cousus avec les tissus des coutumes reçues, elle me raconte sa vie.

Issue d'une famille de quinze enfants, elle a épousé un homme qui était l'aîné d'une fratrie de douze enfants. C'est chez eux qu'arrivaient les coutumes qui étaient ensuite redistribuées au reste de la famille. Meri était aide-maternelle et son mari soudeur-mécanicien. Après une violente dispute avec son patron à Lifou, il partit travailler dans l'entreprise d'un cousin, dans la zone industrielle de Ducos à Nouméa, et il revenait régulièrement retrouver Meri restée à Lifou.

Ils possédaient quelques vaches, des chèvres, des poules et beaucoup de cochons destinés aux coutumes de mariage. Régulièrement, ils posaient des pièges pour les crabes de cocotier et pêchaient au filet, avec les enfants dont ils s'occupaient, puis partaient vendre le produit de leur pêche à l'aérodrome.

Plusieurs enfants de la famille leur ont été confiés, sans qu'ils ne soient jamais formellement adoptés. Meri a élevé plusieurs enfants jusqu'à ce qu'ils soient assez grands pour partir rejoindre leurs pères veufs restés à Nouméa. « On a bien gâté leurs gosses ! », dit-elle,

du malade et finir par avoir raison de lui ». C. Salomon, *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, op. cit., p. 56.

racontant les crabes qu'ils leur amenaient et les Noël passés ensemble. « Un *ziliwa* [crabe] par assiette ! », dit-elle. Elle déplore qu'à part l'une des filles, ces enfants aujourd'hui adultes ne lui rendent pas visite.

Meri se fait parfois amère face à ce qu'elle considère comme un manque de reconnaissance. Son amertume est indicatrice de l'ambivalence des contraintes collectives, là où la relationnalité achoppe en certains points de son parcours.

La pratique thérapeutique dans le tissu social de la relationnalité

L'activité thérapeutique est une des composantes de ce qui circule entre les clans. Un présent coutumier peut être présenté par la personne malade à son arrivée chez la guérisseuse, mais le soin prodigué ne requiert pas un paiement supplémentaire. Au contraire, un don trop important pourrait être mal perçu et certains considèrent que cela amoindrirait l'effet du médicament. Le désintéressement de la pratique est parallèle de celui qui caractérise le geste coutumier. On donne parce qu'on sait que les réseaux de l'échange rapporteront le geste donné, d'une façon ou d'une autre. Meri s'offusque ainsi des malades qui arrivent avec des sommes d'argent trop importantes :

« Mais nous on fait pas les médicaments pour l'argent, on fait pour sauver les gens qui sont malades. (...) Il y a des gens qui sont arrivés de Maré (...) avec des tas d'ignames, avec de l'argent, 20 000, 10 000, mon mari il a dit "non, nous deux on fait les médicaments pour vous soigner. Mais c'est pas pour que vous ameniez à manger les ignames ou l'argent comme ça, parce qu'après, les médicaments ils marchent pas". Mais les gens (...) ils disent, "on est contents parce que nous on fait encore le champ, parce qu'on a été sauvés par votre médicament, c'est pour ça qu'on a amené les ignames. On a fait le champ grâce à vous, parce qu'on est sauvés". Ils disent ça (...). Si je fais les médicaments, c'est pas pour être payée ! Moi je gagne pas l'argent avec mon médicament, non ! Moi je donne la main [j'aide] pour sauver les gens qui sont malades ! Mais c'est pas pour avoir de l'argent ! »

Le plus souvent, les gens apportent un *qëmek*, « un *manou* ou 1000 francs », « pour dire que je suis arrivé pour demander pour boire le médicament ». Mais ils le feraient même pour une visite de courtoisie, puisqu'il est d'usage de présenter un don quand on arrive chez quelqu'un. Meri me fait remarquer que les jeunes femmes et jeunes garçons de la parenté proche, dont il est normal que les aînés prennent soin, ne donnent rien.

« T'as vu toutes les filles tout à l'heure, [elles sont arrivées, elles ont dit] “Nënë [maman] ! ” et elles sont parties derrière pour remplir les bouteilles pour aller boire [du médicament] ! [elle rit] ».

Sur le même principe de la circulation des dons coutumiers, Meri considère que la rétribution de ses soins lui revient toujours d'une façon ou d'une autre, par le biais du système d'obligations. Cette rétribution se fait ainsi indirectement, sous forme de produits de la pêche ou du champ qui lui sont donnés régulièrement par les uns et les autres, en dehors de la relation thérapeutique. Des gens passent régulièrement chez Meri déposer des crabes ou des poissons, ou s'ils la croisent avec le produit de leur pêche, ils lui donneront quelques poissons. Les groupes de jeunes filles et de jeunes garçons sont quant à eux sollicités pour les tâches domestiques, l'entretien du *hnalapa* et du champ de la grand-mère. Par exemple, ce sont les jeunes garçons du clan qui rempaillent les cases tous les deux ou trois ans. Les jeunes filles débroussaillent les champs ou le jardin, elles viennent aider à préparer la maison si une visite importante est prévue, comme la convention de Pâques⁷⁴. Le soin prodigué est payé par la sollicitude de la communauté, exprimée à tous les niveaux des groupes d'âge. La thérapeutique kanake, puisqu'elle s'inscrit dans les circuits relationnels de l'échange, est insérée dans une organisation sociale basée sur la sollicitude, la solidarité et l'entraide mutuelle. Elle rejoint ainsi une partie des principes implicites de la coutume. Meri poursuit son explication en mentionnant les valeurs coutumières :

« Mais chez nous, (...) y en a qui font pas la coutume parce qu'ils veulent pas donner. Parce qu'ils disent toujours que s'ils donnent, après ils n'en auront plus. Mais c'est pas vrai. Tu donnes, et un jour ça va revenir encore. Tu vas récolter encore ce que tu as donné à quelqu'un. »

L'activité thérapeutique implique donc non seulement une grande disponibilité de la part de ceux qui la pratiquent, mais aussi un soutien collectif plus large qui assure la redistribution. L'amertume qui pointe dans les propos de Meri traduit les contraintes qui pèsent sur ce système de solidarité – les besoins monétaires croissants, l'augmentation des activités coutumières et des activités génératrices de revenus ainsi que les tensions qu'elles suscitent. Elle déplore que les enfants qu'elle a élevés ne viennent pas lui rendre visite, critique tel ou tel voisin qui est trop « feignant », tel autre qui ne s'occupe pas de ses enfants, et tous ceux qui ne lui déposent pas un poisson au retour de leur pêche. Elle en soupçonne certains de lui

⁷⁴ La convention des protestants organisée à Pâques est un événement annuel qui rassemble toutes les tribus de l'île dans une seule tribu. Chaque *hnalapa* est alors aménagé pour accueillir les habitants d'une tribu étrangère, ce qui est l'occasion de nettoyer, rénover ou construire.

voler des biens, d'autres d'être jaloux, d'autres enfin de ne pas travailler et de ne pas jouer leur rôle dans la solidarité économique et matérielle du groupe. Son amertume cache également une situation économique fragilisée par la perte de son époux et pour laquelle les formes contemporaines de la solidarité communautaire ne suffisent pas.

Les besoins économiques

La mise en location de la petite maison et du chalet permet de pallier la perte de ressources monétaires qui a accompagné la disparition de son époux. Ce réajustement pour se saisir de nouvelles ressources économiques marque une reformulation économique des pratiques de l'hospitalité. Dans le quotidien besogneux de Meri, la préparation des médicaments kanaks, puisqu'elle ne permet aucune rémunération, est mise en tension avec un ensemble d'activités destinées à générer des revenus. L'hospitalité à l'égard de l'étranger, le soin prodigué aux enfants du clan, deux valeurs qui se traduisent par un ensemble de pratiques contraignantes, sont revisités pour générer des revenus. Meri continue de mettre en pratique ces valeurs mais, en les prodiguant à des *kamadra* en échange d'une rémunération, elles lui permettent à présent de subvenir à ses besoins monétaires. Ce faisant, les activités de sollicitude attendues d'elle depuis toujours sont devenues sources d'émancipation, puisqu'elle peut en partie choisir celles auxquelles répondre, en fonction des bénéfices monétaires qu'elle peut en tirer⁷⁵.

La garde d'un enfant et la mise en location sont les principales activités génératrices de revenus qui occupent sa journée. Comme toutes les grands-mères que j'ai rencontrées, Meri est levée très tôt, dès 5 heures du matin. Elle fait sa prière dans la case avant d'aller dans la cuisine prendre son petit déjeuner et commencer à préparer le repas que nous prenons à midi avec les deux autres locataires du *hnalapa*. Puis le petit garçon qu'elle garde lui est déposé pour la journée. A ces activités quotidiennes s'ajoute aussi la participation à des activités touristiques.

Trois matins par semaine, l'arrivée du paquebot de croisiéristes nous réveille tôt le matin, par le raclement de l'ancre sur les coraux qui résonne dans toute la Baie de Santal. Jusqu'à quatre mille touristes se déversent sur l'île pour la journée. De temps en temps, Meri va vendre quelques produits dans un des petits stands aménagés sur le débarcadère. Celui-ci a été

⁷⁵ Comme le souligne Christelle Avril, certains emplois salariés sont choisis comme forme d'émancipation par rapport à la sphère privée. C. Avril, « Sous le care, le travail des femmes de milieux populaires. Pour une critique empirique d'une notion à succès », art cit, p. 210.

réaménagé il y a peu de temps et un grand faré a été construit où, dans une vingtaine de stands, sont vendus des bibelots importés de Chine ou d'Indonésie, des produits tressés, des plats préparés. Les danseurs d'une des troupes du district font quelques représentations en costumes traditionnels. Dans les petits stands on trouve de tout, jusqu'aux masseuses nouvellement formées pour offrir cette prestation aux croisiéristes. Dans les cars pleins, des jeunes hommes ont été recrutés pour être guides touristiques sur leur île. Avec l'augmentation prévue de la fréquence des bateaux, les habitants de cette partie de l'île sont amenés à passer plus de quatre jours par semaine à répondre aux besoins de cette activité touristique. Meri me présente sa participation à ces activités comme une façon de « donner la main » [aider]. Il est vrai que les revenus générés par les activités sont centralisés par une petite association placée sous l'autorité du grand chef, et qu'ils sont ensuite redistribués dans les tribus. De la même façon, Meri se rend régulièrement aux « bingos » organisés par des familles ou des associations pour financer un projet ou les études en France d'un enfant. Sous les grands préaux, les grands-mères assises autour de leurs fiches cartonnées écoutent les numéros tirés et les plaisanteries faites par le meneur de jeu. On vient au bingo pour gagner une assiette de gâteaux, une glacière, un poste radio, une somme d'argent ou un voyage. Comme dans la communauté de Seaside qu'étudie Alice Servy à Port-Vila, les jeux de bingo d'une part contribuent à entretenir les liens communautaires grâce au partage d'une activité, d'autre part constituent de nouvelles formes d'échanges redistributifs et de sociabilité, surtout féminine, qui ne mettent pas en danger les systèmes d'échanges plus anciens⁷⁶. Participer à un jeu de bingo organisé dans le voisinage permet de contribuer à un projet de la communauté et de montrer sa solidarité au groupe, même si l'argent et le temps mobilisés sont aussi source de critiques. Meri fait mine de ne pas vouloir y aller, mais comme beaucoup des femmes que je retrouve au bingo, elle prend plaisir à y retrouver ses proches. Elle déplore comme beaucoup un surcroît d'activités et réduit autant qu'elle le peut le temps passé aux obligations coutumières et communautaires.

Dans cette économie domestique fortement mobilisée autour des activités qui génèrent des revenus ou de celles correspondant aux obligations religieuses et coutumières, la place laissée à la thérapie kanake est fragilisée. En effet, de toutes les activités qui occupent Meri, la préparation des médicaments est la plus longue, la plus fatigante et la seule qui n'apporte aucune rémunération. Pour une autre guérisseuse âgée d'une soixantaine d'années, c'est une

⁷⁶ Alice Servy, « Bingo et enjeux sociaux : l'exemple de la communauté urbaine de Seaside Tongoa à Port-Vila (Vanuatu) », *Journal de la Société des Océanistes*, 2011, n° 133, p. 285-298.

activité qui mobilise tellement d'énergie qu'elle a dû l'arrêter car elle vieillissait et tombait malade.

« J'ai abandonné tout (...). Je me suis arrêtée, je veux plus faire (...). Là je vais toujours voir le docteur, j'ai la tension, j'ai le cholestérol, et je suis vieille. Je veux plus faire. Parce que pour soigner, il faut être en forme. »

La valeur morale du « partage » qui recouvre la médecine kanake et qui est mobilisée par mes interlocuteurs pour qualifier la coutume et la vie sociale à Lifou est ici ébranlée par la complexification des activités économiques, à laquelle s'ajoute le vieillissement d'une population qui ne sait plus à qui transmettre les savoirs thérapeutiques. Dans l'accroissement des activités qui entretiennent les liens communautaires, les valeurs qui sous-tendent l'activité thérapeutique deviennent une contrainte importante pour les guérisseuses. Christelle Avril a analysé, à partir d'une sociologie des professions d'aide-ménagères ou d'aides-maternelles en France, la part de pénibilité du travail de soin, notamment le point à partir duquel les valeurs traditionnellement attachées aux activités de soins se transforment en surcroît de pénibilité au travail⁷⁷. Elle montre que le *care* et ses valeurs se traduisent par une injonction fortement intériorisée – injonction à l'amour, à sourire, à la bienveillance, pour des tâches qui ne l'induisent pas nécessairement. Cette intériorisation est d'autant plus forte que les personnes sont soumises à une autorité hiérarchique forte. Dans le tissu social de Lifou, l'intériorisation des valeurs de la coutume est confortée par les mécanismes de l'autorité d'une société fortement hiérarchisée en fonction de l'âge et du genre. Les changements socioéconomiques qui ont influencé la répartition des compétences et des activités soignantes ont aussi eu des conséquences sur les modes de transmission des savoirs médicaux et par conséquent les modes de légitimation des pouvoirs thérapeutiques.

III. Caractéristiques du pouvoir thérapeutique kanaks

L'évolution des modes de légitimation des savoirs médicaux et de ceux qui les pratiquent traduisent la reconfiguration des formes du pouvoir thérapeutique⁷⁸. Celui-ci peut être

⁷⁷ C. Avril, « Sous le care, le travail des femmes de milieux populaires. Pour une critique empirique d'une notion à succès », art cit.

⁷⁸ Didier Fassin, *L'Espace politique de la santé : essai de généalogie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1996, p. 123-198.

indifférencié ou personnel, pour reprendre la distinction proposée par Didier Fassin, deux caractéristiques qui sont combinées chez les guérisseuses et guérisseurs rencontrés à Lifou. Ce pouvoir est d'une part indifférencié, car il émane de la puissance du *men*, qui est susceptible d'intervenir sur des maux plus larges que ceux du corps – les récoltes, la chasse, la guerre.

Il est d'autre part personnel, puisqu'il est attaché à la personne et conforté par une transmission singulière.

La transmission des savoirs sur les plantes est au cœur de la constitution du pouvoir thérapeutique et la fréquente mise en récits de cet épisode de la trajectoire des guérisseuses réactive sans cesse l'autorité de ce pouvoir. Les récits ici rapportés, confiés par des guérisseuses, mettent les mères et belles-mères au cœur des mécanismes de circulation des savoirs entre les individus et entre les clans. A partir de ces récits, je décris ici les puissances impliquées dans le pouvoir thérapeutique, les mécanismes de transmission, leurs reconfigurations contemporaines et les implications qu'elles ont en termes de légitimation du pouvoir thérapeutique.

L'ambivalence du *men* et de ses détenteurs

Le pouvoir thérapeutique naît de la conjonction entre une plante, un *hmalapa* et une personne, autour de laquelle se concentre une puissance issue du monde des esprits, le *men* [puissance]. La plante et celle ou celui qui la manie sont d'abord les supports des forces du monde invisible, ce qu'une de mes interlocutrices désignait par des « fluides ». Dans les définitions de Lepoutre comme de Lenormand, le *men*, dérivé de la même souche austronésienne que *mana*, renvoie à la vertu d'une plante, mais aussi au pouvoir d'une personne ou de sa lignée, tenus d'un lien particulier avec le monde invisible. Il désigne aussi les animaux médium de celui qui détient le *men*, en particulier le hibou qui est considéré comme le médiateur par excellence du sorcier. Dans la définition que propose Keesing du *mana*, celui-ci est synonyme d'efficacité, de potentialité et de puissance⁷⁹. A ce titre, la puissance du *men* est toujours à activer par le geste rituel que seuls les praticiens sont autorisés à réaliser.

Si les médicaments peuvent être préparés de différentes façons, c'est par le souffle [*hutr*] que le *men* trouve son actualisation la plus forte : les feuilles crues sont mâchées puis crachées directement sur la partie du corps concernée par le trouble ou sur les orifices. Salomon

⁷⁹ Roger M. Keesing, « Conventional Metaphors and Anthropological Metaphysics: The Problematic of Cultural Translation », *Journal of Anthropological Research*, 1985, vol. 41, n° 2, p. 201-217.

souligne l'importance du souffle, de la parole et de la salive dans le soin⁸⁰, si bien que les plantes crachées sont selon elle « l'exosmose des forces ancestrales »⁸¹.

Les explications de Lenormand et Lepoutre concernant le *men* renvoient en premier lieu à un pouvoir surnaturel qui est ordinairement associé à la sorcellerie plus qu'aux autres pratiques thérapeutiques, en particulier chez Lenormand. Les guérisseuses et guérisseurs rencontrés dans mon enquête témoignent d'une plus grande labilité des catégories de thérapeutes que celles décrites par Lenormand et Lepoutre, signe que ces catégories se recourent et se redéfinissent en fait constamment.

Cette fluidité des catégories de thérapeutes rejoint celle associée aux termes désignant les divinités ou les ancêtres. Comme sur la Grande Terre, où Christine Salomon avait relevé la grande polysémie des termes désignant les forces ancestrales⁸², les façons de les désigner à Lifou sont difficilement isolables et classables. A Lifou, les *haze*, les *u* et les *tepolo* ou encore lutins sont les ancêtres, esprits génies qui peuplent le monde invisible. Les définitions recueillies de ces différentes entités varient d'un interlocuteur à l'autre, elles peuvent être prises les unes pour les autres dans les récits recueillis, si bien qu'il n'est pas possible d'en établir une définition stable. Le propos de mes interlocuteurs rejoint le constat de Lepoutre selon laquelle l'arrivée de la religion et les interdits concernant ces entités ont transformé la perception et les dénominations qui en étaient faites, expliquant la difficulté de mes interlocuteurs à distinguer et définir chaque terme⁸³. Les *haze* sont présentés comme les ancêtres déifiés ou les totems du clan qui apparaissent par le biais de leur pouvoir sur la fertilité des femmes, la santé, les récoltes, la pêche ou la guerre. L'arrivée de la religion a remplacé les *haze* par le *haze* du dieu chrétien, *Ca haze* [dieu un]. Les *haze* croisent les *tepolo*, de l'anglais *devil* [diable], qui sont présentés comme des ancêtres mythiques et décrits comme mi-hommes, mi-dieux et sont aussi définis comme les « vieux du clan ». Ils se rapprochent des *satana*, aussi associés à la perception chrétienne négative des entités ancestrales, mais que l'on retrouve moins dans le parler quotidien. *Haze* et *tepolo* hantent les espaces non habités comme des cavernes et en sortent à l'aube ou au crépuscule pour se rapprocher des espaces habités. Leurs lieux d'habitation sont connus de tous et pour cela évités, en particulier dans ces moments liminaux. Même s'ils sont aussi associés à cet espace-

⁸⁰ C. Salomon, *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, op. cit., p. 129-134.

⁸¹ *Ibid.*, p. 131. Lenormand relève également le rôle thérapeutique de la salive [*hmunewhë*] comme vecteur essentiel du *men*. M.H. Lenormand, « Connaissance du corps et prise en compte de la personne chez le mélanésien de Lifou (îles Loyalty) », art cit, p. 51.

⁸² C. Salomon, *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, op. cit., p. 25-31.

⁸³ M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 178-179.

temps liminal, les *u* [esprits] sont distincts des *haze* et *tepolo* dans la mesure où ils sont perçus comme étant les esprits de personnes décédées plus récemment, et non de lointains ancêtres fondateurs du clan.

Plus qu'à la personne qui a transmis le médicament, c'est à ce monde invisible et à ces forces qu'est affiliée la puissance de chaque guérisseuse. La fluidité des termes désignant les praticiens de la thérapeutique kanake, comme celle des termes désignant des entités du monde invisible, s'est rigidifiée sous l'influence du contexte colonial. Affinant la définition proposée par Lenormand des *trene men* [détenteurs de puissance]⁸⁴, Lepoutre décrit les différentes sous-catégories que recoupe le terme – *trene haze*, *trene i öni*, *trene drösinöe*. Les *trene haze* sont les détenteurs d'un *haze*, une force surnaturelle autant bénéfique que maléfique qui est mobilisée pour protéger les vivants, contre les attaques extérieures ou pour anéantir les ennemis. Ils servent aussi à soigner par le biais de pierres de magie, de petits paniers ou paquets⁸⁵. Lepoutre réinscrit les *trene haze* dans le jeu d'équilibre des pouvoirs de la chefferie. Dans son analyse, les *trene haze* représentent un contrepouvoir aux *trenadro* [maîtres de la terre], qui sont les détenteurs officiels des pouvoirs et ont un droit de remontrance contre le chef, ainsi qu'aux *atresi* [hommes d'essence divine (litt.), conseillers suprêmes du chef], qui protègent le grand chef, gardent les pouvoirs surnaturels et sont un contrepouvoir des *trenadro*⁸⁶. Dans cette définition, le pouvoir des *haze* est ainsi éminemment politique, mobilisé ou contré dans le but de contenir ou de protéger la place du chef.

Lepoutre décrit ensuite les *trene i öni*, ceux qui détiennent des médiums animaliers⁸⁷, toujours négativement associés à des formes maléfiques, capables de revêtir une forme animale ou humaine pour attaquer leurs victimes⁸⁸. Lenormand les définit comme des « jeteurs de sorts », des détenteurs de pouvoir maléfiques et définit le *iöni* comme un « pouvoir maléfique », un « sortilège », un « boucan »⁸⁹, tout en précisant que les termes « emboucanneur ou sorcier » ne recouvrent que le pouvoir de faire du mal et ignorent le pouvoir bénéfique qui lui est

⁸⁴ Pour Lenormand, les *trene men* sont les chefs ou les personnes âgées, et il les distingue des autres catégories de détenteurs de puissance, alors que Lepoutre en fait une catégorie qui les englobe. M.H. Lenormand, *Dictionnaire de la langue de Lifou. Le Qene Drehu*, op. cit., p. 347.

⁸⁵ M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 230.

⁸⁶ *Ibid.*

⁸⁷ *Ön*, *öni* désigne l'animal.

⁸⁸ M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 230.

⁸⁹ Le boucan est un terme calédonien désignant une forme de magie noire, qui se présente le plus souvent sous la forme d'un paquet de feuilles, de phanères, ou d'animaux morts. Il est difficile d'établir qu'il s'agit d'un apport purement occidental comme le fait Lenormand. La grande polysémie que recouvre le terme boucan et sa diffusion dans l'ensemble des milieux socioethniques de Nouvelle-Calédonie, en font plutôt un terme écran qui devrait inviter sans cesse la déconstruction. M.H. Lenormand, *Dictionnaire de la langue de Lifou. Le Qene Drehu*, op. cit., p. 276.

toujours associé dans la tradition océanienne. Outre les mediums animaliers comme le hibou [*men*], le lézard [*thu*] ou le serpent [*un*], les *trene i öni* utilisent des plantes, des os, des phanères et, aujourd'hui, la cigarette, l'alcool ou la voiture. Au final, seuls les *trene drösinöe*, qui possèdent les plantes médicinales [*drösinöe*, littéralement feuille de l'arbre] et soignent les « vraies maladies »⁹⁰, sont présentés comme légitimes.

Les distinctions dans les acceptions de la thérapeutique kanake résultent d'une configuration coloniale caractérisée par l'évangélisation. Lepoutre note que c'est au niveau des *trene haze* que les changements ont été les plus importants, puisque le *Ca haze*, c'est-à-dire le « Dieu unique » de la religion chrétienne est venu supplanter tous les *haze*. Les *haze* et les *trene haze* associés aux pratiques rituelles précoloniales ont alors été affublés d'une connotation négative, puis l'ensemble des forces qu'ils manipulaient – anciens dieux présentés comme diables, démons, *tepolo* – et leurs objets et pratiques interdits⁹¹. « C'était avant, avec la coutume, avec les vieux » m'expliqua un jour une jeune femme, associant les *trene haze* à une époque révolue, comme l'ont fait tous mes interlocuteurs.

Derrière ces pouvoirs maléfiques « d'avant » se dissimulent des modalités du pouvoir guerrier qui se sont effacées à la suite de l'évangélisation.

Déplacements des contours du pouvoir thérapeutique

Le pouvoir thérapeutique jouait un rôle dans l'équilibre des pouvoirs qui s'est reconfiguré sous l'influence de la religion. Un chef de clan d'une cinquantaine d'années, Pierre, m'expliquait ainsi que le pouvoir des *haze* était, avant la religion, ce qui était mobilisé dans les guerres territoriales :

« Avant la religion, chacun avait ses pouvoirs. Tout le monde, dans leur fief, leur tertre en fait, ils défendaient leur terre, et de temps en temps ils allaient gratter un peu de terrain, dans les alentours. Avec leur pouvoir les gens, en fin de compte avec la force physique mélangée aux pouvoirs qu'ils avaient, et ben ils grapillaient, grapillaient, grapillaient, pour avoir un peu d'espace en fait. Avant. Avec le pouvoir des *haze* (...) voilà. Quand il y a eu la religion, on dit que c'est un autre *Haze*. *Ca Haze*. Quand il est

⁹⁰ M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 230.

⁹¹ C'est la raison pour laquelle les pierres de magie occupent une place centrale dans les objets ramenés par Emma Hadfield des Îles Loyauté.

arrivé, la religion, en accord avec les grands chefs du moment... ils se sont mis d'accord pour, comment dire, pour arrêter. »

Dans ce jeu d'équilibre des pouvoirs, chaque clan jouait un rôle particulier dans l'organisation de la chefferie, certains clans possédant des pouvoirs guerriers de protection. Ainsi du clan de Pierre, clan guerrier ayant pour totem une liane dont le rôle est de relier les *men* des autres clans. L'une des familles de ce clan concentre les pouvoirs de tout le clan et son oncle en est le détenteur privilégié. Pierre décrit ainsi l'évolution du pouvoir thérapeutique, jouant un rôle protecteur dans les guerres précoloniales, avant d'être reconfiguré par son association à la religion chrétienne :

« J'ai mon oncle, tout le monde, le grand chef, tous les gens de brousse, tous les blancs, tous les Chinois ils vont chez mon oncle ! (...) Ben il soigne tout. Il soigne tout le monde, même ceux qui sont renvoyés de l'hôpital. Ben lui, c'est simple. Déjà notre clan, c'est un clan formé de douze familles. C'est un clan, disons, guerrier. Il y a douze familles en fait, et c'est cette famille-là qui a les pouvoirs du clan. Donc quand ils partent faire la guerre, c'est ce clan-là qui récupère le boucan [maléfice] et l'arme pour aller à la guerre. Les autres ils sont cuistots. Chacun son rôle. Il y a ceux qui applaudissent, ceux qui poussent à la guerre, mais eux c'est eux qui sont à la guerre, c'est-à-dire ce sont les guerriers. Et lui, quand son père est mort, ben il a continué. Avec la religion, tout a été mis de côté, mais lui il a continué, il a pris un peu les dons de sa famille, c'est-à-dire les pouvoirs qu'ils avaient dans le temps. Et puis bon, avec ses connaissances, il travaillait avec d'autres, et puis, vu qu'il est la plupart du temps dans la religion, il travaille aussi avec l'esprit du seigneur. Ça fait qu'il relie un peu tout... avant c'était des guérisseurs que par rapport aux plantes et puis aux esprits des ancêtres. Lui, il prend tout ça (...). En plus lui comme il est vraiment croyant, et même pratiquant, donc par rapport à tout ça, c'est l'esprit du Seigneur qui le pousse à aider les gens. »

Ainsi l'évangélisation a-t-elle bouleversé les modalités du pouvoir thérapeutique qui, garant du liant et de la protection du groupe, s'est déplacé en partie des structures politiques kanakes vers les pouvoirs religieux – le pasteur, le prêtre, leur dieu et leurs valeurs. Le pouvoir des *haze*, associé aux pouvoirs maléfiques du paganisme de l'époque précoloniale, s'est vu reformulé dans l'évangélisation. Celle-ci en a neutralisé la charge négative en les associant à la sorcellerie si elles n'y incorporaient pas des valeurs chrétiennes de bonté, adossées à la validation scientifique propre à la légitimité de type rationnel-légal.

Dans le déplacement opéré dans l'évangélisation, les valeurs associées au *men* se modifient aussi. Les pouvoirs mobilisés par les *trene haze* et les *trene i öni* sont présentés comme maléfiques et propres à l'époque précoloniale, caractérisée de « païenne ». Les guérisseuses rencontrées se distinguent systématiquement de ce type de pouvoirs pour s'inscrire plutôt dans le registre de la bonté chrétienne :

« Moi c'est pas comme les autres, ceux qui ont les mauvais médicaments. Moi c'est pour aider les jeunes. » (une guérisseuse d'une soixantaine d'années)

Puisque l'imposition de la médecine a d'abord été le fait des missionnaires, ce ne sont pas tant les savoirs biomédicaux mais plutôt les valeurs chrétiennes qui se sont superposées aux savoirs sur les plantes dans les pratiques thérapeutiques⁹². Les soignants y croisent plusieurs registres de savoirs et de pratiques, et donc plusieurs formes de légitimité. La religion est devenue l'un des pôles de la légitimation des pratiques thérapeutiques. Une jeune femme d'une trentaine d'années m'expliqua ainsi que

« les guérisseurs qui travaillent avec la Bible sont les véritables *trene drösinöe*. Ils sont vraiment guérisseurs et en même temps voyants. »

L'amour chrétien complète et légitime l'usage du *men* transmis par les ancêtres. La pratique thérapeutique devient alors expression du *manathith* [bénédiction]. Le guérissage est présenté comme une activité désintéressée, précisément parce que ce qui agit dans le soin est la puissance des ancêtres, et la plante et celle qui la manie ne sont que les mediums par lesquels passent ce *men*. La guérisseuse ne recherche que la guérison du malade et elle accomplit une mission qu'elle n'a pas choisie – elle a été choisie. Marie, une guérisseuse de soixante-dix ans, m'explique qu'elle fait le médicament pour « *ka tru tremen ihnim* », avec « plein d'amour, plein de compassion », pour reprendre sa traduction.

« Parce que, il y en a d'autres qui font des médicaments pour (...) 500 francs, ou 1000 francs, tu vois. (...) Moi, non. C'est pas pour de l'argent. Je dis "si vous guérissez, si vous venez me dire merci, voilà, ça va pour moi". (...) Parce que c'est pas nous qui allons guérir. C'est les vieux. Quand je fais mon médicament, c'est les vieux qui nous donnent. T'as vu, tous les arbres, là ? Je dis aux autres que c'est les vieux qui ont planté tout ça. (...) Je dis : "c'est Dieu qui m'a donné le médicament, je vais le faire pour guérir". »

⁹² Doris Bonnet et Lainé montrent comment les guérisseurs du Bénin ont intégré les nouveaux savoirs de la biomédecine sous l'imposition de la médecine coloniale et de son autorité. Les soignants y croisent plusieurs registres de savoirs et de pratiques, et donc plusieurs formes de légitimité. D. Bonnet et A. Lainé, « Conflits de légitimité autour d'une maladie génétique au Bénin », art cit, p. 42.

A la dimension chrétienne de l'obligation de soigner s'ajoute celle de rechercher la guérison, au pouvoir des ancêtres s'ajoute le pouvoir du dieu chrétien. Dans les récits des guérisseuses rencontrées, le surnaturel continue donc d'agir en plusieurs endroits de la thérapeutique – dans la transmission et la réception puis dans le quotidien du soin, dans la plante et sa préparation – et il est associé aux valeurs chrétiennes de bonté et d'amour, qui lui donnent une légitimité.

Les *trene i öni* continuent d'être associés à la « sorcellerie » et au « boucan ». A l'encontre de Lenormand, qui considère la sorcellerie et le boucan comme des apports coloniaux, on peut plutôt les voir comme des transformations dans les modes de règlements de la conflictualité, sous l'effet de la colonisation. Avec le transfert de la violence légitime vers l'Etat colonial, la conflictualité ne se résout plus par la guerre, mais au contraire par une inflation des procès de sorcellerie⁹³. Ce terme est à analyser comme un discours-écran, car il recouvre un modèle explicatif de mise en accusation de l'autre qui permet de mentionner la conflictualité tout en étant suffisamment englobant et flou pour ne pas avoir à désigner explicitement le sujet à l'origine du conflit.

Un certain nombre de phénomènes surnaturels sont aussi attribués aux *trene i öni*, comme les boules de feu inexplicables et vues à la nuit tombée et plus généralement, les maux qui restent inexplicables et pour lesquels aucune solution n'est trouvée. Voici comment le résumait une femme d'une quarantaine d'années :

« Quand tu vois une boule de feu par exemple, c'est un *trene i öni*. Tu ne vois pas ce qu'il fait derrière toi. Il tape derrière ton dos. Par exemple, il a des médicaments pour te pourrir la vie. C'est un sorcier. Il y en a beaucoup. C'est pour ça que je crois en Dieu. »

Sous cet ensemble de significations, le *trene i öni* est associé à la jalousie et peut être utilisé en guise d'insulte – pour dire de quelqu'un qu'il est jaloux d'un autre. Il constitue un modèle de mise en accusation de l'autre et reflète à ce titre les tensions sociales entre individus ou entre groupes⁹⁴.

Bien que les *drösinöe* [plantes, médicaments] relèvent d'une thérapeutique dont la légitimité fait consensus, le *men* continue d'opérer dans leur préparation et le surnaturel et l'invisible sont implicitement mobilisés dans les soins. Cette puissance réapparaît dans les forces qui

⁹³ Michel Naepels, *Conjurer la guerre : violence et pouvoir à Houaïlou, Nouvelle-Calédonie*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2013, 287 p.

⁹⁴ Sylvie Fainzang, *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1989, vol.29, 112 p.

transmettent le savoir dans le secret et qui accompagnent le ou la guérisseuse dans son quotidien.

Logiquement, la sorcellerie est toujours le fait de l'autre, comme dans le bocage de Jeanne Favret-Saada. En parlant des « gens qui nous en veulent », et qui font le médicament pour *hna san* [jeter des sorts], une guérisseuse me dit qu'ils sont « comme les sorciers », et que

« ça existe (...). Mais les *trene i öni*, on ne sait pas qui sait. Il y a des gens qui savent. (...) qui savent que lui là-bas, il est *trene i öni*. Parce qu'ils ont des médicaments exprès pour [voir qui est *trene i öni*]. »

Puis elle mentionne une personne de son entourage dont les pouvoirs jouent sur l'ambivalence du bénéfique et du maléfique propre à la sorcellerie : cette personne possède des médicaments qui sont réputés lutter contre les *trene i öni*, et elle soigne ceux qui sont victimes d'une attaque de sorcellerie, mais on la soupçonne aussi d'avoir utilisé ses médicaments pour « tamponner », c'est-à-dire tuer, son mari.

Au final, les *trene drösinöe* occupent une place prépondérante dans les discours et incarnent la pratique légitime, leur usage des plantes ayant obtenu d'abord l'aval des missionnaires une fois qu'il était expurgé de ses éléments diaboliques, et avant qu'il ne reçoive une validation scientifique de leur efficacité. Lepoutre tend à considérer leur pratique comme limitée aux soins des « vraies maladies »⁹⁵. C'est-à-dire que dans la distinction faite entre maladies posées par la sorcellerie, la jalousie, l'infraction, en somme par les forces invisibles ou maléfiques et maladies vraies ou naturelles, le *trene drösinöe* ne serait convoqué que pour intervenir par des plantes sur les maladies vraies. Lepoutre formule toutefois l'hypothèse que si l'acception *trene haze* a disparu, ce qu'elle recouvre s'est en fait glissé dans les attributions des *trene drösinöe*⁹⁶. De fait, la plupart des guérisseuses que j'ai rencontrées étaient en mesure de soigner à la fois un certain nombre de « maladies vraies », et une grande partie des maladies posées. En ce sens, le partage des savoirs thérapeutiques qui a accompagné l'évangélisation a donné aux manipulateurs de plantes une légitimité dès qu'ils se distinguaient des savoirs « païens » et a apposé la binarité du bien et du mal à ce qui évoluait sans doute dans une relation plus dynamique⁹⁷. On ajoutera que cette binarité s'efface dans la résolution pratique des cas de maladies qui sont soumises au diagnostic des guérisseuses, comme le montre l'itinéraire thérapeutique présenté au chapitre 7.

⁹⁵ M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfance : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 232.

⁹⁶ *Ibid.*, p. 237.

⁹⁷ *Ibid.*

Mécanismes de la transmission

La circulation des savoirs thérapeutiques des guérisseuses rencontrées à Lifou s'inscrit dans un lien avec leur mère, leur tante, leur belle-mère, lien qui est aussi continuité des puissances ancestrales et parfois soutenu par le rêve.

Dans le récit détaillant les conditions de la transmission, les guérisseuses mentionnent d'abord l'héritage transmis par une mère ou une belle-mère. Ainsi, Paulette aurait été choisie par ses beaux-parents pour reprendre l'activité thérapeutique. Pour son mari, c'est parce qu'elle était « sérieuse ». Pour Paulette, c'est parce qu'elle était toujours avec eux qu'ils l'auraient choisie. Puisqu'après le mariage, l'épouse rejoint son mari et s'occupe de ses beaux-parents, les belles-filles sont plus prédisposées à recevoir les savoirs sur les médicaments.

« Comme je suis toujours avec les deux vieux, ma belle-mère et mon beau-père, ben elle a fini par me le transmettre. Parce qu'à chaque fois qu'elle fait les médicaments, je suis là à la regarder... et des fois, c'est elle qui me dit "tu peux aller chercher ce médicament-là ?". Alors je vais chercher le médicament, jusqu'à ce qu'elle me dise un jour, "je veux que ça soit toi qui continues..." Après, j'ai commencé à faire devant elle. Et puis maintenant qu'elle est à Nouméa, ben c'est moi qui le fait. (...) Avant c'était à sa maman, la maman à elle. Tous les médicaments. Après, elle lui a transmis, et maintenant c'est à moi ». (guérisseuse d'une quarantaine d'années)

Apprendre à préparer les médicaments se fait progressivement, par la fréquentation et l'observation quotidienne de la guérisseuse, qui choisit dans son entourage une personne sérieuse et patiente. Pour que la transmission soit possible, il faut être présent de façon quotidienne, pendant longtemps, accompagner la personne recueillir les médicaments, les préparer, autant de tâches qui nécessitent, plus que du sérieux, du dévouement et du temps.

Le choix de transmettre à sa belle-fille plutôt qu'à sa fille correspond aussi à un choix stratégique qui a des conséquences sur la puissance du clan. Transmettre à sa belle-fille permet de s'assurer que le médicament ne quittera pas le clan. Transmettre à sa fille revient à donner les médicaments au clan qu'elle rejoindra une fois qu'elle partira se marier.

Les mères ou belles-mères apparaissent de façon quasi constante dans les récits de transmission, mais la transmission peut aussi se faire par le biais du rêve. Soit la personne qui détenait le médicament est venue en rêve le révéler à celui ou celle qu'elle a choisi pour prendre sa succession. Soit un ancêtre, un vieux, une vieille, un lutin ou un *tepolo* vient dans

le rêve montrer la plante et le chemin pour y accéder. C'est le cas de Lise, une guérisseuse d'environ soixante-dix ans, qui raconte que les plantes lui ont été transmises en rêves, par des lutins. Lorsqu'elle est partie se marier dans une tribu voisine, les lutins l'ont suivie et ont continué de lui montrer les médicaments.

Le mécanisme de transmission par le rêve peut donner lieu à des récits plus complexes. Sophie me raconte dans un récit plein de rebondissements comment le rêve est intervenu à plusieurs moments dans la transmission. Son récit commence par une attaque provoquée par la jalousie dont sa mère aurait été victime. Une femme jalouse de l'emploi qu'elle avait obtenu à l'école cacha les clefs de l'école. Craignant de perdre son emploi, la mère de Sophie rêva alors de la plante qui lui permettrait de retrouver les objets. Plus exactement, elle rêva d'une grand-mère d'un autre clan qui lui indiqua la plante pour retrouver les objets perdus. Connaissant la famille de cette grand-mère décédée, elle se rendit alors chez le fils de celle-ci pour s'assurer qu'elle était autorisée à utiliser un médicament de ce clan. Le fils donna l'autorisation, car la *qatr foe* [vieille femme] ne lui avait pas transmis à lui le médicament avant de partir. De retour à la maison, Sophie et sa mère firent le médicament et la clef fut retrouvée. La nouvelle de son pouvoir fit le tour de l'île et rapidement, de nombreuses personnes vinrent la consulter. Sophie, enfant, puis adolescente, accompagnait sa mère et l'observait préparer les plantes, car celle-ci l'avait choisie pour prendre la suite de l'activité de guérissage. Mais Sophie était jeune, et elle ne prit pas au sérieux cet apprentissage qui lui semblait trop contraignant :

« Moi j'étais jeune, quand (...) elle m'a dit à moi de regarder. Comme ça quand elle va partir, ben moi je vais m'occuper du médicament. Quand je la voyais partir chercher les trucs, souffler, tout ça, je me disais, "ah non non non, c'est trop pour moi !". Tu vois, en ce temps-là, ben nous on était jeunes, on pensait à autre chose et puis, bon j'ai dit "ah non ! laisse ! je m'occupe pas de ça !" »

Mais Sophie vint à perdre un objet important et à regretter de ne pas avoir écouté et observé sa mère, alors décédée. Le rêve vint alors pallier les failles de la transmission, un rêve qui vint non chez elle mais chez une vieille aveugle de Hienghène habitant dans sa belle-famille. La vieille, dont la cécité ajoutait aux dons de voyance, rêva un jour de la mère de Sophie et lui dit :

« Tu sais, j'ai rêvé de ta maman hier soir (...). Elle est venue, elle m'a montré le médicament pour trouver les choses »

Alors Sophie retrouva le chemin du médicament :

« Ben tu vois, là, c'est comme si c'était une route tracée : je pars à la maison, et c'est comme si je revoyais la plante. (...) La vieille aveugle, elle me dit "ben c'est ça". »

Dans cet emboîtement de rêves qui communiquent le pouvoir d'un médicament, on voit se composer les différents principes de la transmission des savoirs thérapeutiques. D'abord la jalousie qui provoque la quête d'une solution pour remédier au tort fait, puis l'arrivée d'une résolution communiquée par une grand-mère apparue en rêve. Dans un deuxième temps, l'autorisation prise auprès de la descendance de cette grand-mère, pour s'assurer que le médicament peut être utilisé sans en déposséder la famille qui le détenait initialement. Une fois venu le temps de la transmission, l'oubli puis la récupération du médicament par le rêve cette fois fait par une autre grand-mère, aveugle de la Grande Terre possédant des dons de voyance.

Le médicament circule ainsi par la voie onirique, porté par des lutins ou des grand-mères proches des forces du monde invisible. Le rêve indique des plantes appartenant à d'autres clans, montre des chemins pour y accéder. Il joue alors un rôle d'auxiliaire central dans la transmission, en palliant aux ruptures de transmission – induites par l'évangélisation et les interdits, mais aussi par les aléas de la vie⁹⁸. Il intervient aussi dans le quotidien du soin, puisqu'il revient régulièrement amener de nouvelles plantes et de nouvelles clés de résolution.

Implications politiques de la transmission

La particularité de la transmission des savoirs thérapeutiques a plusieurs implications et doit être replacée dans le cadre des mécanismes de transmission du savoir en Mélanésie. Fredrik Barth a montré comment en Papouasie Nouvelle-Guinée, le *conjurer* [chaman, sorcier] tient une partie de son prestige du secret qui encadre son savoir et de la façon dont celui-ci est transmis. Il le garde secret et ne le communique qu'à un nombre limité de novices, par le biais de la performance rituelle. Il en découle une forme de savoir limitée en masse et en abstraction⁹⁹. Les modalités de transmission du savoir sont une des dimensions structurantes

⁹⁸ Plusieurs travaux ont mentionné le rôle du rêve dans la transmission, pour d'autres aires linguistiques de la Nouvelle-Calédonie et concernant d'autres sujets. On mentionnera par exemple Naepels qui y consacre quelques pages dans son chapitre sur les « Enjeux de la transmission ». Michel Naepels, *Histoires de terres kanakes : conflits fonciers et rapports sociaux dans la région de Houailou (Nouvelle-Calédonie)*, Paris, Belin, 1998, p. 135-138. Isabelle Leblic décrit aussi le rêve et son rôle de substitut des mécanismes de transmission Isabelle Leblic, « Les Kanak et les rêves ou comment redécouvrir ce que les ancêtres n'ont pas transmis (Nouvelle-Calédonie) », *Le Journal de la Société des Océanistes*, 2010, n° 130-131, p. 105-118.

⁹⁹ Fredrik Barth, « The Guru and the Conjurer: Transactions in Knowledge and the Shaping of Culture in Southeast Asia and Melanesia », *Man*, 1990, p. 641.

de l'espace politique kanak, qui est organisé en partie sur la base d'un certain rapport au secret, comme l'a montré Christine Demmer¹⁰⁰.

Les thérapeutes à Lifou sont choisis par un ou une aînée qui reconnaît en elle les qualités de patience et de sérieux nécessaires, mais aussi qui les maintiendra dans le clan ou au contraire étendra les savoirs du clan par le biais des chemins de l'alliance. L'apprentissage se fait ensuite par l'imitation, en accompagnant l'aînée dans l'activité rituelle du soin, en allant chercher les médicaments dans la forêt, en les préparant et en les soufflant. Une entité issue du monde invisible apporte la caution du pouvoir au moment de la transmission et souvent en rapportant régulièrement de nouvelles plantes dans les processus thérapeutiques.

Il en découle une grande difficulté pour l'ethnologue à recueillir des informations sur ces pratiques. Le savoir thérapeutique ne se transmet pas comme les *ifejicatre* [contes, histoires] racontées le soir dans la case aux enfants. Il n'a pas non plus la forme des savoirs politiques qui déroulent par exemple les récits mythiques et historiques sur la constitution de Lifou et des chefferies. Le savoir thérapeutique kanak se transmet par l'initiation rituelle, la coprésence et la pratique. Comme un grand nombre de médecines dites traditionnelles, il se verbalise peu et ne se systématise pas. Il faut pour le comprendre assister aux soins ou recueillir des témoignages de malades et de leur guérison. Cette singularité se manifeste dans les réticences de certains à parler de leurs médicaments.

En ce sens, la difficulté de la transmission à l'ethnologue témoigne des enjeux politiques que recouvre un pan des savoirs kanaks. Ainsi Lise, une guérisseuse d'une soixantaine d'années, ne cesse de me répéter au cours de notre entretien qu'elle ne peut pas me parler de son médicament. « Je peux pas vous montrer, je peux pas... c'est sacré ». Il lui est arrivé de montrer l'endroit où étaient situées ses plantes, quand ses proches l'y ont emmenée en voiture, mais elle n'a jamais « expliqué comment faire ». Puisque ces médicaments appartiennent aux ancêtres qui les lui ont transmis et que leur puissance est liée au secret/sacré¹⁰¹ qui les entoure, il ne faut pas les communiquer hors du clan et hors d'une transmission qui soit aussi un transfert de cette puissance. Faute de quoi, le médicament risque de perdre ses propriétés. Lise est ainsi en colère contre ceux qui ont choisi récemment de révéler ce type de savoirs, parfois même à des journalistes.

¹⁰⁰ Christine Demmer, « Secrets et organisation politique kanake », *L'Homme*, 2009, n° 2, p. 79.

¹⁰¹ Sur l'ambiguïté entre le secret et le sacré, on peut reprendre l'analyse de Demmer su mot qui à Canala désigne le silence collectif sur les récits généalogiques – *xwâfâ* – mais qui ne signifie pas tant « secret » mais « limite sacrée », « mur » à ne pas franchir si l'on veut éviter les ennuis et qui pose implicitement les limites de l'appartenance ou de l'extériorité au groupe. *Ibid.*, p. 97.

« (...) c'est sacré. Je dis, je peux pas, ça c'est à moi tout ça. On peut pas parler de ça, parce qu'après, si je parle de ça, et si je vais vous montrer, y a plus d'effet, et ça marche plus. Y a plein de Kanaks qui montrent leurs médicaments à la télé. Moi j'aime pas. Je suis toujours en colère après eux. Parce qu'après... C'est vrai que y a l'effet, mais, dans les années qui viennent, y aura plus d'effets. Parce que ça se fait pas de montrer. (...) Parce que les gens qui montrent leur médicament à la télé, moi j'aime pas. Je suis toujours en colère. A chaque fois qu'ils montrent à la télé, je suis en colère. Parce qu'il faut pas montrer. Les médicaments kanaks, il faut pas montrer. Même, il y a des endroits aussi, il faut pas montrer. Ça c'est des endroits pour nous tout seuls. Faut pas montrer, c'est pas bien. Après, c'est mauvais... c'est plus sacré, et puis, c'est pas bien. »

Elle ne cesse de répéter durant l'entretien qu'elle ne sait pas bien pourquoi elle a accepté de me parler, si ce n'est qu'elle comptait m'expliquer qu'elle ne parlerait pas de ses médicaments et qu'il ne fallait pas que les Kanaks révèlent leurs savoirs sacrés. A l'inverse, l'un de ses voisins qui a accepté de montrer des endroits sacrés à des journalistes m'avait expliqué que son savoir risquait de disparaître s'il ne l'avait pas fait, car les mécanismes de la transmission s'étaient trop fragilisés sous le coup du départ des générations plus jeunes à Nouméa. Toutefois, pour Lise, il a brisé un interdit.

« Tu vois les choses comme ça, les endroits, c'est pas pour publier, c'est pas pour montrer aux gens ! C'est des endroits sacrés, c'est entre nous tout seuls. Parce qu'ici à Lifou, il y a des endroits, s'il y a un bateau il arrive, ou si c'est des ennemis, et que nous on est aux champs, on fait tourner le bateau, on fait renverser le bateau. Comme ça, il va pas venir ici. Mais c'est comme l'endroit où lui il amène des gens... Il faut pas montrer, parce qu'après si jamais il arrive quelque chose, ça n'a plus d'effets. Il y a des endroits qu'on va aller ensemble, et il y a des endroits qu'on peut pas aller ensemble. Tu vois à [nom d'un lieu-dit], ça c'est à mon tonton. Là maintenant ils se sont chamaillés entre eux les gens de la tribu. (...) Mais c'est pas à eux, c'est à mon tonton. Y a des endroits, personne ne va là. Il faut pas montrer. C'est seulement à nous. C'est chez ma mère. C'est ma mère qui... mais là-bas y a de l'eau, y a tout. Y a une grotte on peut dormir dedans, on fait tout. Mais c'est pas pour tout le monde. »

L'inquiétude et la colère de Lise quant à la transmission des endroits secrets et sacrés traduisent l'amenuisement des formes de gestion des rapports de pouvoir et des modes de résolution de la conflictualité entre les clans, mais aussi les difficultés pour pallier aux ruptures de la transmission. De fait, la plupart des guérisseuses que j'ai rencontrées ne savaient pas encore à qui elles lègueraient leurs connaissances. Leur fille, belle-fille ou petite fille travaillant ou partant au lycée à Nouméa, le quotidien ne permettait plus aux mécanismes

de transmission de se perpétuer. Lise elle-même ne sait pas à qui elle transmettra son médicament car elle doit trouver une personne en qui elle ait entièrement confiance, « mais si y a pas, y a pas ». Les deux jeunes nièces qui sont présentes ce jour-là vivent à Nouméa et ne sont venues que quelques jours pour l'aider à préparer la maison en prévision de la convention de Pâques. Il n'y a autour de Lise personne qui, présent de façon quotidienne, pourrait avoir la patience et le temps nécessaires à l'apprentissage par l'imprégnation et l'observation des pratiques thérapeutiques.

Conclusion

Les pratiques thérapeutiques kanakes et plus largement, les soins prodigués par les familles et les communautés à Lifou, ont fait l'objet d'un intérêt tardif dans le projet indépendantiste kanak. Ils apparaissent dans le contexte qui suit les Accords de Matignon, où de nouvelles politiques publiques s'élaborent autour d'un projet indépendantiste qui met en avant les ressources culturelles kanakes. Sous l'angle de la santé, la richesse du patrimoine ethnobotanique de Lifou est mise en avant aux côtés d'un ensemble de valeurs d'hospitalité et de sollicitude. Ces valeurs véhiculent une morale de l'être et du bien-être fondée sur la dimension « holistique » de l'humain, économie morale qui se pose comme contrepoint de la dimension hégémonique de la biomédecine issue du projet colonial. Les acteurs kanaks construisent ainsi leurs propres légitimités dans la reconfiguration politique contemporaine.

Mais c'est aussi dans le cadre d'une économie politique marquée par le développement des activités touristiques qu'émerge cette mise en valeur. Celle-ci rejoint alors la patrimonialisation des savoirs d'une part, les tensions suscitées par une augmentation des besoins monétaires et des activités pour générer des biens d'autre part. Les mobilités de travail et l'accroissement des tâches qui en résultent laissent peu de place à la temporalité de la thérapeutique kanake. Les soins, mais aussi la transmission, requièrent un temps et une disponibilité qui sont de plus en plus contraints. Quand l'économie du développement croise l'éthique du soin, il en ressort une forte pression sur celles et ceux qui se trouvent à ce point de croisement et a fortiori sur la dimension relationnelle qui caractérise l'économie morale du soin à Lifou.

Un examen des pratiques de soin au quotidien des guérisseuses montre les contraintes qui pèsent sur les économies domestiques et communautaires les encadrant. C'est à partir des mondes moraux de ces guérisseuses et de leur expérience tant de bénéficiaires que de

dispensatrices des soins que sont maintenant présentées la représentation du malheur et de la maladie, leurs modalités de résolution et, à partir de ces représentations, les catégories de la maladie et de la santé mentale à Lifou.



Chapitre 5 – Catégories et étiologies du malheur et des troubles mentaux

Dans mon souci de ne pas assigner d'emblée à mon objet d'enquête des catégorisations relevant d'une psychopathologie biomédicale, j'ai laissé dans un premier temps mes interlocuteurs me guider vers ceux qui étaient selon eux concernés par la « maladie mentale ». Cette ouverture initiale a laissé à mes interlocuteurs l'initiative des classements et a favorisé l'indispensable va-et-vient entre observation et réflexion, classements locaux et notions a priori de l'observateur¹. A partir de ces classements, ce chapitre cartographie les principales catégories de la maladie, non pour dresser une taxinomie², mais pour mettre en lumière les significations sociales et symboliques ainsi que les raisonnements moraux qui sous-tendent les énoncés sur la maladie mentale. Puisque la place qui est faite aux individus concernés par un trouble mental dépend de l'agencement des statuts et de l'ordre social d'une communauté³, il s'agit de comprendre les différentes places possibles données à la maladie mentale dans le contexte des communautés kanakes contemporaines.

Dans ces communautés, la maladie se confond avec les catégories plus vastes du malheur et de l'infortune⁴. Il convient donc d'adopter un angle large qui englobe les troubles mentaux et le malheur, sans se focaliser sur un trouble spécifique. J'aborde donc dans ce chapitre, aux côtés des troubles mentaux de la nosographie biomédicale, tout ce qui marque une altération du bien-être individuel et de l'harmonie sociale, ainsi que les formes variées que peut prendre

¹ Florence Weber, *Le Travail à-côté : étude d'ethnographie ouvrière*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2001, 207 p.

² Revenant sur l'évolution de l'anthropologie de la santé, Doris Bonnet met en garde contre les taxinomies. Doris Bonnet, « La Taxinomie des malades en anthropologie : aperçu historique et critique », *Sciences sociales et santé*, 1999, vol. 17, n° 2, p. 5-21.

³ Marcel Calvez, « Le Handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité », *Sciences Sociales et Santé*, 1994, vol. 12, n° 1, p. 61-88.

⁴ Marc Augé, « Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'événement » dans Marc Augé et Claudine Herzlich (eds.), *Le Sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives contemporaines, 1984, p. 39.

le malheur⁵ : j'inclus donc l'ensemble des troubles mentaux dits communs⁶ ou grave⁷, mais aussi les perturbations plus générales du bien-être qui incluent la maladie mais aussi les difficultés personnelles, familiales ou professionnelles, enfin tout ce qui relève du handicap. En effet, l'introduction récente en Nouvelle-Calédonie d'un régime spécifique de prise en charge du handicap⁸ a été largement réappropriée par les familles et communautés, si bien que « les handicapés » étaient une dénomination constante de mes interlocuteurs, indissociables des autres troubles mentionnés. Cette acception large du malheur et de la maladie ne recoupe qu'en partie les catégories spontanément énoncées par mes interlocuteurs et celles des classifications biomédicales : pour le psychiatre, le malheur n'entre pas dans son champ de compétence (alors que le sorcier cherche à résoudre la répétition inexplicée du malheur⁹) ; pour les guérisseuses, les catégories de la psychiatrie n'offrent pas de prise à l'action thérapeutique, même si elles interviennent souvent dessus. Cet angle large permet ainsi d'éviter la segmentation artificielle du savoir et de la pratique puisque, dans la pratique, les acteurs font face à des problèmes qui n'entrent pas dans des catégories conceptuelles¹⁰. Il permet également de contourner l'écueil consistant à mettre l'accent sur des représentations cognitives abstraites ou idéalisées et de s'intéresser aux conditions sociales, économiques et politiques qui contraignent la maladie mentale¹¹.

Reprenant une démarche classique de l'anthropologie de la santé, les classifications formulées sont examinées à partir des causes supposées du malheur et des troubles mentaux¹², afin de

⁵ Par santé mentale, j'entends l'ensemble des troubles mentaux dits communs – dépression, trouble généralisé anxieux, trouble panique, trouble obsessionnel compulsif, stress post-traumatique, anxiété sociale – ou grave – troubles qui se distinguent des premiers par leur gravité, leur durée et l'invalidité qu'elles provoquent, comme les symptômes psychotiques, la schizophrénie, le trouble schizo affectif, et la forme sévère des autres troubles comme la dépression grave et le trouble bipolaire.

⁶ Dépression, trouble généralisé anxieux, trouble panique, trouble obsessionnel compulsif, stress post-traumatique, anxiété sociale.

⁷ Troubles qui se distinguent des premiers par leur gravité, leur durée et l'invalidité qu'elles provoquent, comme les symptômes psychotiques, la schizophrénie, le trouble schizo affectif, et la forme sévère des autres troubles comme la dépression grave et le trouble bipolaire.

⁸ Notons qu'en Nouvelle-Calédonie, la *Loi du pays n° 2009-2 du 07 janvier 2009 portant création d'un régime d'aides en faveur des personnes en situation de handicap et des personnes en perte d'autonomie* englobe le handicap physique, mental, psychique et cognitif. Elle ne précise pas de régimes spécifiques pour ces différents types de handicap, comme le prévoit la législation française de 2005. Cette indistinction se retrouve dans les propos de mes interlocuteurs, qui désignent sous le terme « handicapés » des personnes souffrant de handicaps très divers.

⁹ Jeanne Favret-Saada, *Les Mots, la mort, les sorts*, Paris, Gallimard, 1985, 427 p.

¹⁰ Ellen Corin, « Présentation. Les détours de la raison. Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie », *Anthropologie et Sociétés*, 1993, vol. 17, n° 1-2, p. 5-20.

¹¹ *Ibid.*

¹² François Laplantine, *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentation étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot, 1986, 411 p ; András Zempléni (ed.), *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*, Paris, Société d'Ethnographie, 1985, vol.81, 218 p.

saisir le « sens du mal », pour reprendre la formule de Marc Augé et Claudine Herzlich¹³. Car ce qui est en jeu pour le malade et l'entourage, c'est moins la possibilité de nommer que celle d'expliquer la maladie, et donc de faire du désordre observé le signe d'une altération sociale, c'est-à-dire un « événement biosocial »¹⁴.

Les énoncés sur la maladie parlent de l'individu (sa définition, ses composantes, son destin, ses accidents), autant qu'ils parlent de la société (les causes sociales de la maladie, les atteintes aux valeurs et situations sociales structurellement déterminées en termes d'hérédité, de filiation, d'alliance)¹⁵. L'interprétation de la maladie est, pour reprendre Sindzingre, « un avatar des relations sociales et des représentations propres à une société »¹⁶. Le handicap et les troubles psychiatriques, par le statut liminal qui les caractérise¹⁷, sont indicateurs de l'ordre et des statuts des groupes sociaux¹⁸.

C'est donc dans leur contexte d'énonciation qu'il faut ressaisir les catégories formulées. Un premier ensemble de classifications formulées par des personnes en position d'érudition – guérisseuses, représentants religieux ou chefs coutumiers – est d'abord examiné, ensemble d'énoncés que j'inscris dans la construction d'un régime discursif d'autochtonie propre au contexte de décolonisation (I). C'est notamment autour de la distinction classique entre maladies de naissance et maladies survenues plus tard que j'explore les économies morales qui traversent l'interprétation de la maladie mentale à Lifou. J'expose ensuite la place que tient le monde invisible dans l'étiologie des troubles et dans les soins qui les préviennent ou les apaisent (II) : je reprends en partie les modèles explicatifs mis en lumière par Lepoutre et Salomon, qui distinguent « maladies vraies » et « maladies posées », que j'examine dans le cadre des étiologies contemporaines des troubles mentaux et du malheur, qui font intervenir la catégorie du handicap mais aussi celle de la consommation de cannabis.

Puisque ces modèles sont formulés « en surplomb », hors de situations cliniques pour la plupart, ils sont confrontés aux chapitres suivants à des études de cas qui montrent la complexité des itinéraires thérapeutiques, à partir des récits de l'expérience des bénéficiaires des soins.

¹³ Marc Augé et Claudine Herzlich, *Le Sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives contemporaines, 1984, 278 p.

¹⁴ M. Augé, « Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'événement », art cit.

¹⁵ *Ibid.*, p. 40.

¹⁶ Nicole Sindzingre, « La Nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les Senufo » dans Marc Augé et Claudine Herzlich (eds.), *Le Sens du mal*, Paris, Éditions des Archives contemporaines, 1984, p. 95-96.

¹⁷ Robert F. Murphy et al., « Physical disability and social liminality: A study in the rituals of adversity », *Social Science & Medicine*, 1 janvier 1988, vol. 26, n° 2, p. 235-242.

¹⁸ M. Calvez, « Le Handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité », art cit.

I. Classifier les troubles : énoncés profanes et savants sur la maladie mentale

Les façons différentes de classifier les troubles sont représentatives des positions d'énonciation variable sur les savoirs culturels à Lifou et des modes de légitimation de l'autorité culturelle. Trois positions sont ici présentées, correspondant aux trois modes d'entrée sur le terrain qui ont été adoptés – savoirs « profanes » des jeunes femmes d'une part, savoirs culturels « savants » formulés par des acteurs impliqués dans les institutions médicales et des coutumiers d'autre part. Tous forment deux dimensions essentielles : ils procèdent à une distinction entre maladies de naissance et maladies survenues à la suite d'un « accident » de la vie, distinction communément retrouvée pour donner un sens à ces troubles et qui suscite des interprétations faisant intervenir des considérations morales¹⁹; ils postulent une forte intégration des personnes malades ou handicapées dans leurs communautés et décrivent le respect qui leur est voué, réponse sociale qui est indicatrice du type d'organisation des communautés kanakes²⁰, comme je l'expose plus loin. Derrière l'uniformité apparente des signifiants sociaux qu'elles recouvrent, les maladies mentales font émerger, en fonction de leur contexte d'énonciation, un ensemble plus large de significations morales et politiques constitutives de la réponse au handicap et à la maladie mentale à Lifou.

Retrouver les « catégories kanakes » : discours érudits sur les « enfants de la terre »

La formulation de catégories est plus souvent le fait d'érudits, qui donnent ainsi à voir ce qu'ils entendent mettre en avant de la culture kanake. Dans l'étape préalable au cours de laquelle j'ai présenté mon projet de mener une recherche anthropologique sur la maladie mentale à Lifou, les premiers interlocuteurs kanaks vers qui j'ai été orientée pour leur érudition sur la culture kanake ont suggéré de m'intéresser en premier lieu aux *nekö i dro*, littéralement les « enfants de la terre ». C'est ainsi que, lors de mon terrain préparatoire, alors

¹⁹ Ellen Corin et H. B. M. Murphy, « Psychiatric Perspectives in Africa. Part I: The Western Viewpoint », *Transcultural Psychiatric Research Review*, 1979, vol. 16, n° 2, p. 147-178 ; *Ibid.*

²⁰ M. Calvez, « Le Handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité », art cit.

que je recueillais des autorisations autant que de premiers éléments de compréhension, l'infirmière kanake de l'Antenne Médico-Psychologique de Lifou m'invita à travailler sur les « enfants de la terre ».

Un médecin travaillant au dispensaire depuis une trentaine d'années m'orienta vers un certain nombre de personnes disposant selon elle des clés pour saisir les cadres de compréhension de la maladie à Lifou – pasteurs, guérisseurs, petits chefs, chefs de clan ou infirmiers de Lifou ont proposé des définitions de cette catégorie de personnes concernées par les troubles mentaux. J'étais établie à Lifou depuis plusieurs mois quand je rencontrai Katia et Maurice chez eux, dans un village éloigné de celui où je m'étais installé. Petit chef coutumier de sa tribu, Maurice occupe également des responsabilités dans les discussions coutumières sur l'écriture du droit et des valeurs kanakes. C'est aussi une présence disponible pour les *kamadra* [Européens] qui cherchent à en savoir plus sur sa culture ou pour ceux impliqués dans l'administration sanitaire, sociale mais aussi policière de Lifou, comme ce nouveau chef de brigade accompagné d'un garde mobile qui interrompirent notre entretien pour venir se présenter à Maurice. Signe de l'ouverture qu'ils prônent, Maurice et Katia ont ouvert un petit gîte et organisent des visites de sentiers botaniques menées par des jeunes de la tribu qu'ils forment pour cela. Je les retrouve chez eux, sous le petit faré ouvert sur la mer où ils accueillent les touristes et où ils vendent des pizzas préparées par Katia.

Assis toute l'après-midi autour de l'enregistreur et du café posés sur la table, parfois interrompus par leur fils ou d'autres visites de courtoisie qui s'immiscent dans notre discussion, nous déroulons ensemble les différents problèmes de la tribu. Envoyée par ce médecin dont ils sont proches et avec qui ils collaborent régulièrement dans le cadre de campagnes de prévention diverses, je suis accueillie avec bienveillance et ils prennent soin de m'expliquer comment ils perçoivent les troubles mentaux et, plus généralement, les désordres dans la tribu. Puisqu'il est petit chef, Maurice essaie de les comprendre, si ce n'est d'y apporter une résolution : les problèmes d'alcool, les derniers suicides survenus, tel papa en difficulté avec son enfant pris en charge par l'Antenne Médico-Psychologique, tel jeune « *perdu* », telle guérisseuse qu'il me faudrait rencontrer. Comme dans un certain nombre d'entretiens, l'allusion à quelques personnes bien connues pour déambuler à Lifou nous sert de fil pour dérouler la « trame intertextuelle »²¹ de la maladie mentale, et dessiner parmi elles les lignes des catégories locales de la maladie et du désordre. Ces personnes que l'on voit marcher sur la route et dont le discours est incohérent sont présentés par ce type

²¹ E. Corin, « Présentation. Les détours de la raison. Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie », art cit, p. 15.

d'interlocuteurs comme des *nekö i dro*, des « enfants de la terre ». Ils ne furent désignés comme tels que dans le contexte d'énonciation de catégories savantes de la maladie mentale, parfois reliés à des pratiques et représentations sur le point d'être perdues²².

Maurice commença par distinguer les problèmes relevant de la déficience mentale des autres troubles de l'esprit²³. Maurice les décrit comme des « gens simples », d'autres dirons qu'ils sont « un peu retardés », ou encore « ka retard », littéralement « qui est en retard » – une désignation que l'on retrouve pour désigner des enfants suivis à l'Antenne Médico-Psychologique pour leurs difficultés scolaires.

Au propos de Maurice se mêle une sémantique biomédicale qu'il tire probablement de la fréquentation régulière des agents et des programmes médico-sociaux, et il mentionne par exemple l'absence de « moyens cognitifs » des *nekö i dro* pour les distinguer de ceux qu'ils désignent comme des « fous ». Robert, un chef de clan d'une cinquantaine d'années, formula en ces termes la distinction entre folie et déficience du *nekö i dro* :

« Il leur arrive parfois de perdre un peu la mémoire, d'être amnésique un peu. Mais ça dure pas longtemps. Ça dure des fois une semaine, des fois un mois, et puis après ils reviennent à la normale, quoi. Mais ça veut pas dire qu'ils sont fous. Ils sont pas fous en fait. Quand on leur parle, ils sont un peu dans le vague, ils sont ailleurs, quoi. Et ça ce sont des *nekö i dro*. (...) Ils sont normaux, et de temps en temps ben ils sont amnésiques, ils sont un peu en dehors du temps, de la réalité. »

La plupart des descriptions proposées mettent en avant la dimension liminale des *nekö i dro*, une caractéristique qu'ils partagent avec les « handicapés » tels que les analyse Robert Murphy. Pour cet anthropologue, la liminalité caractérise la position des personnes handicapées, qui se trouvent dans une situation intermédiaire, ni vraiment malades ni en bonne santé, ni en dehors de la société ni à l'intérieur²⁴.

²² Il faut relever sur ce point une erreur dans le dictionnaire de Maurice Lenormand : il ne mentionne pas les *nekö i dro* mais plutôt les *nekö i drehu*, désignation que je n'ai jamais retrouvée chez mes interlocuteurs, mais qui traduit la même idée puisque Lenormand propose la traduction d'« enfant simple d'esprit ». Maurice H. Lenormand, *Dictionnaire de la langue de Lifou. Le Gene Drehu*, Nouméa, Le Rocher à la voile, 1999, p. 357.

²³ Christine Salomon avait déjà souligné le pragmatisme des catégories kanakes de la maladie mentale, qui distinguent avec précision les problèmes relevant de la déficience mentale, des problèmes relevant des maux de l'esprit, et de ceux suscités par les peines de cœur. Christine Salomon, *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, Paris, Presses Universitaires de France, 2000, p. 54-56.

²⁴ R.F. Murphy et al., « Physical disability and social liminality », art cit.

Les signifiants sociaux rattachés aux « enfants de la terre »

Formulée comme une catégorie savante, le *nekö i dro* est replacé dans les propos de mes interlocuteurs kanaks dans une représentation du monde qui en intègre les éléments invisibles, dans la dynamique d'une organisation sociale qui repose, entre autres, sur les valeurs de respect et d'hospitalité, enfin dans la continuité de la période précoloniale et donc menacée de disparaître. Leur liminalité se cristallise au seuil du monde invisible et du monde des humains. La traduction littérale de « fils de la terre » ou d'« enfant de la terre de Lifou »²⁵ permet à mes interlocuteurs d'inscrire dans une description cosmologique faisant intervenir le sacré en même temps que d'infantiliser les personnes atteintes d'une forme de déficience. Cette ambiguïté du *nekö i dro*, autant déifié qu'infantilisé, recoupe une grille de lecture de la déficience mentale fréquemment établie dans les groupes sociaux dans lesquelles le handicap n'est pas formalisé comme catégorie de l'intervention sanitaire et sociale d'un Etat centralisé²⁶. Comme la folie, la déficience mentale y est associée à un ensemble d'attributs divins qui sont source de crainte autant que de fascination²⁷. S'il faut certes manier avec prudence des définitions que mes interlocuteurs me présentent comme *traditionnelles*, et se garder de les idéaliser, les variations dans la perception de la déficience peuvent en revanche être une indication des conceptions de la personne et de l'organisation sociale à Lifou que mes interlocuteurs souhaitent mettre en avant. Une telle démarche est celle prônée par les premiers travaux d'anthropologie sur le handicap, qui invitent à la prudence vis-à-vis des visions exotisantes et essentialisantes pouvant être source d'idéalisation autant que de stigmatisation et qui, pour dépasser cet écueil, privilégient plutôt une analyse des conceptions variables de la personne et de l'organisation sociale qui se dégagent des représentations du handicap²⁸.

Marcel Calvez propose ainsi d'examiner comment la liminalité s'exprime différemment en fonction des structures sociales. Il montre que des biais culturels distincts existent en fonction des formes d'organisation sociale, biais qui produisent des assignations différentes sur le

²⁵ Un interlocuteur a proposé une définition alternative « d'enfant sale », *dro* signifiant aussi sale, mais que nous ne retenons pas car elle est incohérente avec l'éventail des descriptions et significations attachées aux *nekö i dro*.

²⁶ Irving Kenneth Zola, *Missing Pieces: A Chronicle Of Living With A Disability*, Philadelphie, Temple University Press, 1982, 256 p. On retrouve aussi cette grille de lecture une fois le handicap devenu une catégorie d'intervention sanitaire, mais pour caractériser certains traits des personnes handicapées, comme la sexualité : entre infantilisation autour de la figure de « l'ange » et au contraire mise en place de la figure monstrueuse incontrôlable de la « bête ». Alain Giami, Chantal Humbert et Dominique Laval, *L'Ange et la Bête. Représentations de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs*, Paris, Editions du CTNERHI, 2001, 128 p.

²⁷ Michel Foucault, *L'Ordre du discours*, Paris, Gallimard, 1971, 88 p.

²⁸ Susan Reynolds Whyte et Benedicte Ingstad, « Disability and Culture: An Overview » dans Benedicte Ingstad et Susan Reynolds Whyte (eds.), *Disability and Culture*, Berkeley, University of California Press, 1995, p. 11-12.

statut des personnes handicapées²⁹. Dans les groupes caractérisés par une forte hiérarchisation sociale, l'expérience des individus serait limitée par les frontières du groupe et organisée par une assignation de rôles et statuts différenciés et interdépendants. Dans de tels groupes, la seule déviation inacceptable serait la trahison, et les déficiences seraient acceptées dès lors qu'elles ne remettraient pas en cause le groupe. L'existence d'une classification des individus à l'intérieur du groupe permettrait d'attribuer aux personnes en situation de handicap un statut qui est parallèle d'une catégorie existante³⁰. Elles ne seraient donc pas assignées au stigmate de la déviance comme Erving Goffman l'analyse dans des groupes caractérisés par une organisation sociale plus égalitaire³¹. L'analyse proposée par Calvez pour les groupes sociaux qu'il qualifie de hiérarchiques et holistes recoupe certains traits de la réponse sociale faite au handicap à Lifou. Les *nekö i dro* ne constituent pas une menace pour l'harmonie du groupe et ne sont donc pas perçus comme une déviance inacceptable. En outre, l'existence d'une classification hiérarchique en fonction des classes d'âge permet de les assigner à une catégorie sociale existante parallèle, celle des enfants. Ils bénéficient donc de la même bienveillance et protection qui est prodiguée aux enfants. Puisqu'ils sont également assimilés aux esprits des ancêtres, ils suscitent aussi crainte et respect.

Maurice m'explique « qu'ils n'ont peut-être pas tous les moyens cognitifs pour pouvoir faire une maison, mais ici ils sont vénérés ». Il indique par-là que la diminution des capacités intellectuelles et physiques des *nekö i dro* ne leur permet pas d'accéder au statut d'*atr*, d'homme adulte, puisque la construction de la maison, à la suite du mariage, consacre l'entrée dans le groupe des hommes mariés et, plus généralement des *nypi atr* [vraies personnes, adultes]³². Le *nekö i dro* est toutefois « vénéré » ou encore « sacré », précisément parce qu'il n'est pas tout à fait inscrit dans le monde social des *atr*, mais dans un espace liminal.

²⁹ Il propose pour cela une typologie relativement rigide opposant sociétés individualistes, égalitaires, hiérarchique et d'isolement, que l'on ne retiendra pas. On gardera toutefois l'idée d'une grande variabilité des réponses sociales, qui permet de nuancer l'analyse que propose Goffman de la déviance. M. Calvez, « Le Handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité », art cit.

³⁰ *Ibid.*, p. 79-81.

³¹ Erving Goffman, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les éditions de minuit, 1975, 176 p. Calvez montre que le modèle de Goffman fonctionne dans les groupes dits « égalitaires » où le contexte social pousse à vouloir l'égalité et produit donc le stigmate associé à une situation de marginalité par rapport à la norme. Il n'est en revanche pas adapté à rendre compte du handicap dans les autres structures sociales. M. Calvez, « Le Handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité », art cit, p. 67.

³² La construction de la maison suit le mariage, qui sanctionne l'entrée de l'homme et de la femme dans le groupe des *nypi atr* [adultes] (cf. Hélène Nicolas, « Devenir époux/épouse. Les premiers amours comme socialisation à une conjugalité violente (Lifou, Kanaky-Nouvelle-Calédonie) », *Genre, sexualité & société*, 2016, n° 15, p. 6.). Les *nekö i dro* mentionnés dans les différents entretiens faits ne sont jamais mariés. J'ai toutefois rencontré certains handicapés mentaux qui l'étaient ou qui étaient sur le point de se marier, mais ils ne m'étaient jamais présentés comme des *nekö i dro*, mais plutôt comme des personnes malades, handicapées [*sine wezipo*].

Refaisant avec moi le récit des origines de Lifou, Maurice situe le *nekö i dro* entre les *atr* [hommes] et le *wananathin* [divinité de Lifou] :

« Et après le *wananathin*, il y a les gens simples. Ceux qui sont atteints mentalement, ou ceux qui sont atteints d'une maladie. On dit que eux, ils sont sortis du *wananathin*. C'est le *nekö i dro*. Les *nekö i dro*, en langue lifou, ils sont fils de la terre, c'est-à-dire que eux, ils ont pas de limites, ils ont pas de frontières. On les vénère, on les respecte, parce qu'ils détiennent un pouvoir auquel on doit faire attention. Après le *nekö i dro*, arrive seulement le *atr*. L'homme. [il marque une pause puis égrène les étapes] Caillou. Deux grands-mères, deux jeunes filles, *wananathin*, *nekö i dro* et le dernier arrivé, *atr*. »

La place que tiennent les *nekö i dro* dans le récit des origines de Lifou les rapproche des *nyämânyä* de la Grande Terre, que décrit Christine Salomon, même si ces derniers ne désignent jamais des personnes réelles, sauf sur le mode de la plaisanterie. En dépit de cette différence, on pourra reprendre l'analyse qu'elle propose des *nyämânyä* pour comprendre la portée des descriptions proposées sur les *nekö i dro*. En pays *ajië*, les *nyämânyä* renvoient à des êtres ayant précédés les hommes et à une ancestralité qui sous-tendrait la culture kanake, en même temps qu'ils désignent des personnes parlant en débit du bon sens ou atteint de déficience. Le *nyämânyä* est en premier lieu le « fondement de la culture », les origines³³. Plus fort que le terme « coutume », il serait notamment employé pour marquer l'ancestralité de la médecine kanake. Il désigne aussi le premier peuplement de l'île, par une espèce antérieure aux hommes, qui lui aurait légué les acquis fondamentaux de sa civilisation. Le mot désigne ainsi des créatures caractérisées par leur bizarrerie et leur petite taille ainsi que les personnes qui parlent de façon incohérente. Préhominiens encore ignorants mais néanmoins doués de génie, ils seraient à l'origine des tarodières ainsi que des magies agraires, et ils auraient légué entre autres des comestibles issus de la brousse pour se soigner, équilibrer son régime et prévenir les maladies. Enfin, ils sont responsables d'un processus complexe d'hominisation que rapportent les mythes, mais aussi de la survie et de la croissance de chaque individu, en somme ils incarnent la continuité entre les forces ancestrales et les hommes³⁴.

A Lifou, les « enfants de la terre » sont aussi rattachés aux origines mythiques, présentés sous l'angle d'une ancestralité précédant la venue des *atr* [êtres humains] sur terre, et dotés de pouvoirs qui les positionnent à la jonction du monde visible et invisible, marque la plus saillante de leur position liminale.

³³ C. Salomon, *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, op. cit., p. 21.

³⁴ *Ibid.*, p. 21-24.

Son épouse, Katia, complète les propos de Maurice sur les *nekö i dro* :

« Ils sont en communication avec la nature, quoi. Pour nous, c'est des gens qui peuvent très bien communiquer avec des oiseaux. Et des fois quand ils parlent, on fait attention parce que, je sais pas, ils vont parler d'un truc, ben nous on dit "eh, attention, il est en train de prévoir que peut-être il va y avoir le mauvais temps". Ils sont dans leur monde. C'est comme s'ils étaient plus communicatifs avec la nature, quoi. Ils sont comme les oiseaux, tout ça, qui annoncent le mauvais temps, ou qui annoncent un deuil, c'est un peu comme eux. Pareil. »

Le lien à la terre est fondamental puisqu'il renvoie au monde souterrain et invisible et explique le caractère sacré et le respect qui est dû au *nekö i dro*. Les discours tenus depuis cette position de l'autorité culturelle donnent à voir le monde moral local que ces acteurs entendent revaloriser auprès de l'ethnologue et dans les politiques publiques.

Les représentations mobilisées pour décrire les *nekö i dro* permettent ainsi de rapporter les personnes affectées à une structure sociale des places qui prend en compte le monde invisible. Pour reprendre Calvez, « leur déficience est exploitée comme une ressource culturelle pour affirmer le consensus et les valeurs propres au groupe »³⁵. Elle est l'occasion de réaffirmer les valeurs de respect et de sollicitude, puisqu'elle met en avant le mérite de ceux qui les appliquent à l'égard des *nekö i dro*.

Ces premières élaborations autour des troubles mentaux, insistant sur le caractère sacré et la proximité avec le monde invisible, se rapprochent de la conception de la folie circulante au Moyen-Âge, telle que la décrit Michel Foucault : celle-ci circulait, était en rapport avec l'autre monde et n'était pas cachée. La Renaissance marqua selon Foucault le passage à l'idée d'une folie faisant l'objet d'un traitement social et associée au déchaînement des instincts³⁶. A Lifou, mes interlocuteurs indiquent aussi implicitement un changement dans la perception et dans la prise en charge de la folie. En outre, les interlocuteurs plus jeunes ou ceux qui ne se disent pas légitimes à expliciter des notions de la culture kanake n'en ont souvent jamais entendu parler. Pour eux, d'autres significations sociales interviennent, qui font intervenir de façon première la catégorie institutionnelle du « handicap ».

³⁵ M. Calvez, « Le Handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité », art cit, p. 81.

³⁶ Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1961, 688 p.

Enoncés profanes sur la maladie mentale et le handicap

Les connaissances profanes sur la maladie mentale se déploient sur des registres moins formalisés, par des interlocuteurs qui se considèrent comme peu légitimes à intervenir dans l'enquête ethnographique. C'est le cas des jeunes femmes qui m'ont accompagnée dans les premiers temps de mon enquête, qui ne savaient pas ce qu'étaient les *nekö i dro*, et dont les représentations de la maladie mentale se déployaient à un autre niveau que celui des savoirs savants sur le monde kanak. Pour elles, c'est l'institution socio-médicale qui sanctionne un statut « d'handicapé », accompagné d'aides spécifiques.

Mes premières interlocutrices préféraient m'accompagner chez les personnes dont elles estimaient qu'elles possédaient l'érudition et la légitimité nécessaires pour répondre à mes questions. Elles m'aidèrent aussi à entrer en contact avec les familles des personnes concernées par la maladie mentale, ce qui permit d'accéder à d'autres discours et expériences sur la maladie mentale. Pour rencontrer des malades et leur famille sans passer par l'institution médicale, j'ai sollicité dans un premier temps mes réseaux de connaissance, en l'occurrence mon amie Paula. Bien qu'originaire de Lifou où elle s'était installée comme institutrice une douzaine d'années auparavant, elle se disait non légitime pour me proposer des explications sur la dimension culturelle de la maladie, car elle avait grandi à Nouméa. Elle joua donc surtout un rôle pour m'orienter vers les bonnes personnes, qu'il s'agisse d'érudits ou de familles de malades. Elle facilita mon installation dans le premier village où j'ai résidé et m'indiqua un premier groupe de personnes susceptibles d'entrer dans le cadre de ma recherche sur la maladie mentale. Soucieuse de m'aider, elle avait entrepris de recenser de façon informelle les personnes malades du district. Après avoir pris connaissance de l'objet de ma recherche, Paula réfléchit aux personnes susceptibles de m'intéresser, d'éventuels « fous » connus dans la tribu, des « fofous » ou « gens qui pètent les plombs », « handicapés », *ka menu la hë* [malades de la tête], *ka wezipo* [malades] ou *sine wezipo* [à moitié malade, handicapés] selon les termes que nous employèrent toutes deux lors de nos premiers échanges. Un jour qu'elle patientait dans la salle d'attente du médecin généraliste avec sa fille malade, peu avant de me retrouver pour rediscuter de ma recherche, elle croisa quelques jeunes originaires du district où je devais m'installer, et leur demanda qui étaient les malades de la tribu et du district. De cette discussion informelle sortit une liste griffonnée sur une feuille de papier, liste qui me servit de point d'entrée symbolique autant que pratique. Elle m'accompagna dans les premiers temps de mon enquête, la sortant de temps à autre de mon journal de terrain pour la discuter avec des guérisseuses, des pasteurs, des chefs de clan. C'est

à partir de ces quelques noms glanés qu'une première discussion s'établit lors de ma première visite à Kalanëti. J'étais restée avec Paula relativement évasive sur ma définition de la maladie mentale, souhaitant à la fois couvrir l'éventail des possibles que recouvre la « santé mentale » sans imposer mes propres catégories. La liste griffonnée par Paula comportait une demi-douzaine de noms de personnes, qui furent complétés progressivement. Quand elle m'introduisit à Kalanëti auprès de Wasako et sa fille, elles y ajoutèrent une dizaine d'autres noms et énoncèrent les maux dont étaient selon elles atteints les uns et les autres. Chacune d'entre elles m'aida soit à préciser le nom, soit à écrire le surnom, et surtout à m'expliquer les liens de parenté et de premiers éléments sur les troubles dont ils souffraient selon elles, ce que je notai dans mon journal de terrain.

Lolo et Patoche, dont je raconte l'histoire au chapitre suivant et qui m'étaient représentés dans les discours érudits comme des « *nekö i dro* » y furent mentionnés, mais comme des « handicapés ». Les enfants qui figurent sur la liste griffonnée relèvent de ce premier ensemble de troubles mais ne sont jamais dits « *nekö i dro* ». C'est plutôt l'institutionnalisation qui est signifiante : la prise en charge précoce à l'école, signalée par la venue d'une ambulance qui vient régulièrement les chercher, les placent dans la catégorie du handicap. Ainsi d'un enfant que Wasako décrit comme « malade, retardé » et au sujet duquel Paula, qui est institutrice, précise : à l'école il est « pris en charge », « transporté » par l'ambulance et il manque un jour d'école par semaine. L'institution scolaire et l'Antenne Médico-Psychologique récemment établie à Lifou jouent un rôle central dans le dépistage des troubles de l'enfance (cf. chapitre 8). Les aides mises en place (aides de vie scolaire, ambulances, participation des enfants à des groupes thérapeutiques) sanctionnent le statut « d'handicapé ». Le handicap mental devient alors, comme en France métropolitaine, une « anormalité d'institution » liée à l'institution scolaire³⁷.

Dans ce premier ensemble, la chronicisation des troubles les exclut des maladies posées : la maladie devient « vraie », car toutes les thérapeutiques kanakes pour régler une éventuelle maladie posée ont été épuisées, alors que la mise en place au même moment d'un accompagnement spécifique de « l'anormalité d'institution » fait exister le handicap. La prise en charge par l'infrastructure médicale marque l'entrée dans le registre institutionnel et médical. Puisque la biomédecine est perçue comme étant, si ce n'est efficace en termes de guérison, du moins présente dans le suivi au long cours, il s'agit de « vraies maladies ». Deux dynamiques sont à l'œuvre dans ce processus. D'un côté l'évolution de la maladie qui se

³⁷ Romuald Bodin, *L'Institution du handicap. Esquisse pour une théorie sociologique du handicap*, Paris, La Dispute, 2018, 181 p.

stabilise dans une forme de chronicité et de stagnation qui fixe le malade dans une catégorie médicale ou institutionnelle, et qui se superpose à son identité sociale. De l'autre, le recours à l'institution, plus présente qu'autrefois dans les prises en charges, la médicalisation qui l'accompagne, la venue plus fréquente d'infirmiers, confirme cette nouvelle identité sociale de la personne qui devient « handicapée ».

Dans ces énoncés profanes, les « handicapés » correspondent à l'équivalent institutionnel des *nekö i dro*. La réponse sociale est la même en termes de respect et d'inclusion au groupe, mais c'est dans l'institution scolaire ou médicale, parallèles du monde invisible, que se cristallise la liminalité.

Deux grandes catégories se détachent des propos de mes interlocutrices, qui recourent la distinction des discours d'érudition tout en la déplaçant légèrement.

Significations morales de la distinction entre maladies de naissances et accidents de la vie

La catégorie du handicap, déplacement de celle des *nekö i dro*, s'oppose à un autre ensemble de troubles qui surviennent plus tard au cours de la vie, et qui revêtent une dimension morale différente. Autour de cette distinction courante, l'ensemble de mes interlocuteurs identifiaient une première catégorie de personnes qui sont « nés comme ça » et décrits tantôt comme « handicapés », tantôt comme « *nekö i dro* » [enfants de la terre], ou encore « *sine wezipo* » [à moitié malade] et une seconde, qui « sont nés normaux, ils ont vécu normaux pendant un certain temps et puis d'un coup, ils tombent malades ». C'est autour de ce basculement que surgit la dimension morale attachée à la perception de la maladie mentale.

La seconde catégorie de troubles correspond à des manifestations explosives violentes, observées le plus souvent chez des jeunes hommes, suivies d'une hospitalisation sous contrainte. La consommation de substances – alcool, parfois datura, mais surtout cannabis – est systématiquement mentionnée. Du côté du suivi médical, ces personnes entrent dans la catégorie médicale des « schizophrènes » ou des « psychotiques lourds », pour reprendre les dénominations formulées par le personnel de l'hôpital psychiatrique. Ces terminologies médicales sont toutefois absentes des discours recueillis à Lifou.

Voici un ensemble d'énoncés qui mentionnent cette distinction et qui laissent voir la perception morale qui est rattachée aux deux catégories formulées :

- Un pasteur m'explique qu'il existe « deux filières » de la maladie mentale : d'une part, les « handicapés de naissance », « Voilà, c'est comme ça » ajoute-t-il ; d'autre part, les « jeunes qui pètent les plombs à un moment, qui choisissent un autre chemin, le chemin du handicap ».
- Ceux pour qui la catégorie de *nekö i dro* continue d'être signifiante considèrent que les troubles observés parmi les générations plus jeunes ne peuvent qu'être dus au cannabis. A mon étonnement de ne pas trouver de *nekö i dro* dans les exemples qu'ils mentionnent, ils répondent que les « plus jeunes, c'est par le cannabis ». Pour une interlocutrice, « c'est autre chose, ça rentre en ligne de compte avec les abus ». Pour un autre, « ça c'est les neurones. Ceux qui sont *nekö i dro*, ils ont les neurones complets. Mais, là, les cannabis, c'est incomplet. Y a des neurones qui sont éliminés. Ils sont tués. Et ils deviennent anormal. »
- Un chef de clan formulant des hypothèses sur les causes des troubles mentaux constatés au sein d'une fratrie procède à la même distinction :

« Eux, y en a qui était malade, qu'est parti à Nouméa, qui rentre en soins, là. Et lui il était pas malade. Il paraîtrait qu'il a fumé des... il a fumé trop jeune, à l'époque, il a fumé du cannabis. Mais il était normal, l'autre là. Enfin, pas comme l'autre, là [qui est handicapé de naissance]. »
- Une fois la chronicité installée, la maladie, même provoquée par le cannabis, peut rentrer dans le même régime discursif que le « handicap » et être décrite comme une « vraie maladie ». Par exemple, d'un homme d'une quarantaine d'années, dont on me dit que c'est « un « vrai malade », « Il est marié. Il sort de Nouville, mais il n'est pas encore rétabli. Il va tout le temps à Nouville. Il a trop fumé de cannabis avant. Mais là, il est vraiment perdu ». Pour ce malade que je retrouverai dans le cadre des prises en charge du CHS, la perception du trouble dans l'entourage évolue, d'abord provoquée par le cannabis, puis devenant « vraie maladie » le patient vieillissant et entrant dans un circuit institutionnel.
- Wasako, qui parle de jeunes neveux de la tribu, associe la cause de leur agressivité, symptôme premier de la maladie, au cannabis. Quand elle recense avec moi les personnes souffrantes, elle conclut qu'à part deux ou trois personnes, pour la plupart, « c'est surtout le cannabis ».
- Sa fille complète : « il y a les deux frères qui ont pété les plombs parce qu'ils fument. Et des fois ils se déshabillent, ils vont sonner la cloche [du temple] », « et puis le jeune qui a

brûlé la case, il est au CHS ». Pour ce dernier jeune homme, la famille a appelé les gendarmes puis il a été envoyé à Nouville en évacuation sanitaire.

- Au sujet de ces jeunes hommes, un chef de clan de la tribu les distingue ainsi des *nekö i dro* :
 - «W. : non non non, lui il a pété les plombs, c'est pas pareil. Lui, c'est cannabis, ça rentre pas dans le cadre, lui c'est cannabis. Par contre *nekö i dro*, c'est depuis, c'est à la naissance.
 - N. : et l'autre qu'est en ce moment à Nouville...
 - W. : ah oui, lui c'est cannabis aussi. (...) Lui y a pas d'autre explication... [*il rit*] lui c'est cannabis pur ! »

C'est autour de cette rupture dans le parcours de la personne que la maladie se fait « événement biosocial », pour reprendre la formule d'Augé³⁸. Les énoncés attribuant la causalité de la maladie à la consommation de cannabis sont à considérer comme des discours-écrans, que Catherine Alès définit comme « faits de justifications stéréotypées, qui ont peu de rapport avec le réel, mais qui se sont imposés dans leurs énoncés comme une vérité officielle »³⁹. Ils constituent sans doute une « réalité première de la société » mais aussi un déplacement métonymique qui sert à « refouler une situation embarrassante »⁴⁰, en l'occurrence une forme de déviance qui renvoie au manque d'autorité des aînés sur les plus jeunes (cf. chapitre 8). Le cannabis indique une rupture de l'harmonie sociale et cérébrale, métonymie du trouble et de la personne : d'un côté les enfants de la terre, de l'autre « les cannabis ». Il vient « détruire les neurones » et affaiblir le cerveau, fait passer de normal à « anormal », et est associé à l'agressivité perçue comme caractéristique de cette déviance. L'excès aboutit au manque, à l'incomplétude du cerveau et se traduit par la rupture qui rend « anormal ».

Il faut se garder de systématiser dans ces énoncés une opposition franche entre « handicapés » et « fumeurs de cannabis », ou entre « vrais » et « faux » malades. Les lignes qu'ils dessinent sont mouvantes et varient en fonction de la position et des conditions d'énonciation. Par ailleurs, la binarité apparente des modalités explicatives ne rejoint pas la diversité de celles retrouvées dans les récits des malades ou de leurs proches. Ces explications sont formulées dans le contexte d'une entrée sur le terrain où les attentes projetées sur ma personne et mes

³⁸ M. Augé, « Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'événement », art cit.

³⁹ Catherine Alès, « Ethnologie ou discours-écrans ? Fragments du discours amoureux yanomami » dans Bertrand Masquelier et Jean-Louis Siran (eds.), *Pour une anthropologie de l'interlocution. Rhétoriques du quotidien*, Paris, L'Harmattan, 2000, p. 227.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 230-231.

intérêts sont teintées de l'ambivalence qui encadre les soins médicaux et l'enquête sociosanitaire tels qu'ils furent longtemps mis en place dans les tribus. Elles correspondent à la reformulation des données sous l'influence de la présence de l'enquêteur, ensemble de perturbations à prendre en compte dans l'analyse⁴¹.

Puisqu'une partie de mes interlocuteurs m'attribuent une fonction proche de celle des administrateurs de la santé, fonction marquée par une ambivalence entre soin et contraintes, leurs remarques visent en partie à qualifier les régimes de soins existants. Ils mettent en exergue l'importance d'améliorer les prises en charge à domicile des personnes handicapées, au détriment de considérations sur le soin des autres troubles mentaux.

Ainsi, alors que Marie Lepoutre considéraient que « fous » et « handicapés de naissance » sont dotés de la même aura qui intime respect et soin⁴², la distinction dans l'étiologie de ces maux implique un régime de soins spécifiques et d'autres considérations morales.

L'importance donnée au handicap comme catégorie structurante de la perception de la maladie et de son soin résulte de la proximité de la « loi de pays » sur le handicap adoptée en 2009 et mise en œuvre progressivement. Si bien que ma présence s'inscrivait aussi dans la continuité des visites de recensement des handicapés effectués l'année précédente et qui s'était traduit par des aides sociales et matérielles visibles dans la communauté. Enfin, les « *nekö i dro* » apparaissent ainsi comme un contre-discours mobilisé dans le régime discursif de l'autochtonie, c'est-à-dire par des personnes en position d'autorité qui entendent réhabiliter certaines pratiques et valeurs présentées comme « traditionnelles » et incarnées selon eux par les *nekö i dro* et les pratiques de soins qui les entourent. En somme les *nekö i dro* apparaissent plutôt dans le cadre des discours de l'autorité culturelle kanake, au même titre que les discours relevant fréquemment de l'authenticité culturelle en Mélanésie.

Ces discours dessinent donc des positions d'autorité et laissent donc voir aussi les valeurs morales qui structurent ces formes d'autorité. Car, implicitement, d'autres valeurs encadrent ceux dont on pense qu'ils sont malades pour avoir abusé des substances. Ce n'est pas tant la dimension illicite du cannabis qui est incriminée, mais plutôt l'excès qu'il recouvre, comme l'alcool, et les implications punitives associées à la gestion de cet excès dans un régime de soins coloniaux.

⁴¹ Jean-Pierre Olivier de Sardan, « La Politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête. Archives de la revue Enquête*, 1995, n° 1, p. 71-109.

⁴² Marie Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfentement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, EHESS, Marseille, 1997, p. 212.

Les *nekö i dro* sont inconnus des plus jeunes, qui désignent plutôt ces personnes comme des handicapés. De ce point de vue, l'institutionnalisation du handicap vient construire la réalité sociale⁴³.

C'est dans ce contexte qu'il faut lire la façon dont se posent les lignes de l'ordre et du désordre et les économies morales qu'elles recourent.

Le régime de soins des maladies causées par le cannabis

Pour reprendre les analyses de Calvez, alors que les *nekö i dro* ne remettent pas en cause le groupe et permettent au contraire d'en souligner les valeurs et la cohésion, les jeunes hommes qui sont soupçonnés d'avoir « choisi » une « filière » du cannabis entrent dans un cadre de déviance qui remet en question la cohésion du groupe et le rôle d'autorité des aînés. Comme dans les troubles associés à l'alcoolisme dans la population observée par Calvez⁴⁴, le jugement social conduit à revendiquer l'enfermement des jeunes ayant consommé du cannabis et à en transférer le soin vers une institution psychiatrique décrite essentiellement sous un angle répressif. Ils entrent alors dans un régime de soins médicalisés justifié généralement par un diagnostic de schizophrénie. L'entourage de ces jeunes hommes considère souvent qu'ils « tombent malades » au cours d'un événement qui marque un tournant, autrement dit une décompensation violente qui n'appelle plus d'autre réponse qu'une réponse punitive – une évacuation sanitaire contrainte souvent accompagnée par les gendarmes, puis une hospitalisation souvent marquée par l'isolement.

La signification donnée aux schizophrénies de jeunes hommes résonne avec l'étiologie plus large du malheur puisque, pour reprendre Christine Salomon, « l'harmonie est synonyme de bien-être, tant de l'individu que de son milieu social ou naturel, tandis qu'au contraire, l'excès, le manque ou le conflit, menaçants pour l'équilibre, sont causes de malheurs : catastrophes naturelles, guerres ou maladies »⁴⁵. L'adhésion aux explications axées sur la consommation de cannabis, courantes dans le régime discursif médical, rencontre ainsi une forme classique d'explication par l'excès des déséquilibres du corps. Logiquement, seules deux résolutions sont envisageables : l'arrêt de la consommation de la substance pour rétablir l'harmonie corporelle, l'internement à l'hôpital, qui purge le corps social de ses désordres.

⁴³ Ian Hacking, *The Social Construction of What?*, Cambridge, Harvard University Press, 1999, 272 p.

⁴⁴ M. Calvez, « Le Handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité », art cit, p. 80.

⁴⁵ C. Salomon, *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, op. cit., p. 49.

Pour les guérisseuses, le cannabis se présente comme problème auquel leur thérapeutique ne peut répondre. « Il y a ça aussi », me dit Paulette, avec qui je passe en revue les différents troubles psychiques qu'elle est susceptible de soigner. Dans l'ensemble des troubles sur lesquels elle peut intervenir, celui qui est associé à la consommation de cannabis pose une difficulté. Car si on attend des malades qu'ils essaient tous les médicaments à disposition, allant de guérisseuse en guérisseuse, évacuant les troubles du crâne, chassant les esprits ou combattant les maladies posées, cette démarche devient inutile si le cannabis est incriminé.

« Je dis toujours aux gens que si un jour ils rencontrent des gens qui ne sont pas bien il faut venir me voir. A chaque fois je leur dis. J'essaie, et on ne sait pas si ça guérit. Si ça guérit, tant mieux. Si ça ne guérit pas, ben il faut essayer les autres médicaments. Mais il ne faut jamais rester comme ça sans rien faire. Il y a pas mal de jeunes qui se trouvent dans cette situation. Mais il y en a que, c'est le cannabis des fois. (...) Et ça ça fait des nouvelles maladies. (...) C'est ce que j'ai dit au fils à A. On lui a demandé. Et ben, il nous a dit qu'il fumait. Il fume ça. Je lui ai dit, "si tu veux retrouver le toi d'avant, ben tu arrêtes ça. Et déjà, le médicament il peut pas soigner si tu continues à fumer. Parce qu'après, le médicament il va pas te soigner si tu continues à fumer. Le médicament ça soigne ceux qui vraiment, qui ont les esprits, qui sont ailleurs, et qui marchent avec les mauvais esprits ou les... mais si tu continues ça et que ça va pas avec ton cerveau, ben tu vas finir par..." »

Avec le cannabis émerge une nouvelle catégorie qui mobilise le registre du « cerveau », des « neurones », qui ne sont pas mobilisés dans les autres troubles évoqués et qui suppose l'impuissance des médicaments kanaks. Associé à la jeunesse, et en particulier aux jeunes hommes plutôt qu'aux jeunes femmes, le cannabis est aussi jugé responsable des conduites suicidaires. Il ouvre une autre dimension du soin. Une autre guérisseuse, plus âgée que Paulette, pose une distinction plus franche encore entre « la folie des vieux d'avant » et celle des jeunes d'aujourd'hui.

« C'est des nouvelles maladies. Avant il y avait que les vieux qui étaient fous. Maintenant, c'est l'alcool et le cannabis qui rend *hmo* [fou]. (...) Avant, avant quand y avait les anciens, et ben c'était les *nekö i dro*, il y a que eux qui sont *hmo*, oui, voilà, *ka hmo*, qui sont fous. Mais en fait aujourd'hui, ben maintenant, aujourd'hui, ben les gens on dit qu'ils sont *menu*, ils sont *wezipo*, c'est à cause de l'alcool, du cannabis. T'as vu, maintenant, à Wé, quand tu vois des gens ils marchent, ils ont une maladie mentale, et ben c'est parce qu'ils ont trop abusé sur l'alcool et le cannabis, la drogue. Mais avant, le seul *ka hmo*, c'est les *nekö i dro*. Y a que les *nekö i dro*. »

Plus qu'une maladie de la modernité, le cannabis est associé à la génération des plus jeunes et pose la question du rapport entre les jeunes gens et leurs aînés, de l'attention qui est donnée à la jeunesse et de ce qui s'y transmet. Je demande à cette guérisseuse plus âgée si elle a des médicaments pour ces *ka hmo* [fous] qui sont *wezipo* [malades] à cause du cannabis ou de l'alcool.

« Non mais il y a pas des médicaments pour l'alcool. Non y a pas. (...) C'est bon taper les autres !

Nathanaëlle : faut les taper ?! [*nous rions*]

La guérisseuse : faut les taper ! Faut qu'ils arrêtent de prendre ça. Ben il faut leur dire, il faut qu'ils arrêtent de... »

Alors qu'elle vient de m'expliquer qu'elle avait trouvé des médicaments pour soigner les cancers du sein et de l'utérus, qui compte parmi les maladies nouvelles, elle n'en a pas pour celles causées par la consommation d'alcool ou de cannabis. Comme Paulette, elle considère qu'aucun des médicaments qu'elle possède n'est alors efficace, à moins d'avoir arrêté au préalable de consommer les substances incriminées. Pour une autre grand-mère, ces jeunes ne « méritent pas » d'être soignés – même si je la verrai prodiguer quand même des médicaments à certains d'entre eux. Car il ne s'agit pas exactement d'une « vraie » maladie : puisque la substance incriminée est connue, il suffit d'arrêter de la consommer pour guérir le trouble.

Pour les guérisseuses et guérisseurs, les *nekö i dro* ou les personnes ayant consommé du cannabis entrent dans un régime de soins des troubles sur lesquels elles interviennent plus quotidiennement. En effet, d'autres distinctions apparaissent dans leur pratique, puisque celle-ci prend pour principe de déterminer d'abord s'il s'agit d'une « maladie posée » dans laquelle seraient impliquées les puissances du monde invisible. C'est à partir de leur pratique thérapeutique, qui insiste sur les causes plus que sur les symptômes, qu'apparaît l'importance du monde invisible dans l'harmonie individuelle et collective.

II. L'influence du monde invisible sur les troubles psychiques

Une partie des explications faites du malheur et des troubles mentaux à Lifou est associée aux « maladies posées » ou corrélée au monde souterrain dans lequel évoluent les entités invisibles décrites plus haut. Les guérisseuses agissent à partir de cet espace, en *voyant* la

maladie, en déterminant s'il s'agit d'une maladie posée ou ce qui dans ce monde a pu être perturbé, et en y puisant leur *men* [puissance]. C'est donc aussi à partir de ce cadre que l'on peut énoncer un certain nombre de symptômes et de soins qui concernent des troubles psychiques et tracer une autre cartographie du malheur et des maladies mentales.

Deux principes sont centraux pour comprendre les logiques sous-jacentes de ces modèles explicatifs : d'une part l'influence des différentes entités associées au monde invisible, influence variable aux différentes étapes de la vie d'une personne ; d'autre part la distinction entre « maladies vraies » et « maladies posées ». Car avec l'évolution ou la non résolution de la maladie, le langage sur celle-ci, d'abord langage des symptômes de « maladies vraies », passe à un langage sur les causes et à une recherche étiologique qui relève alors plus des « maladies posées »⁴⁶. Je reprends ici en partie les distinctions formulées par Lepoutre et Salomon, qui distinguent maladies vraies et maladies posées, en les examinant dans le cadre des étiologies contemporaines des troubles mentaux et du malheur.

Les maladies posées

Les « maladies posées » sont les maladies qui ont fait l'objet du plus grand nombre de description de la part d'observateurs extérieurs, souvent schématiquement réduites à des phénomènes de sorcellerie ou de boucan. Si bien que la richesse des thérapeutiques kanakes en a été occultée, hormis dans les travaux de Christine Salomon, Marie Lepoutre et Yoram Mouchenik. Les sorts et autres maladies posées tiennent en effet une place importante dans l'étiologie du malheur et de la maladie mentale, mais ce registre tend à masquer la richesse des modèles explicatifs kanaks et la complexité de ce qui se trame sous les accusations de sorcellerie. La sorcellerie, le boucan ou la jalousie sont à considérer d'abord comme des écrans à déconstruire pour saisir les rapports de conflictualité qui les mettent en mouvement – ce que je propose dans une étude de cas au chapitre 7. Derrière la sorcellerie ou le boucan se déploie en fait une grande diversité de formes par lesquelles un sort peut être posé.

C'est en partant de la liste des maladies posées que propose Lepoutre que j'ai discuté de leur pertinence contemporaine avec certaines de mes interlocutrices ou à partir de situations

⁴⁶ « D'abord décrite par le symptôme, la maladie ne fait l'objet d'une interprétation étiologique bien souvent que lorsque la maladie se prolonge dans le temps et s'installe véritablement dans le corps du malade ». Jean-Pierre Olivier de Sardan, « La logique de la nomination. Représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger », *Sciences Sociales et Santé*, 1994, p. 15-45.

singulières⁴⁷. Le *hna ngazon* [qui a fait du mal, qui a maudit]⁴⁸ continue d'être l'une des formes les plus totalisantes de ces perturbations, et se rapproche de la compréhension populaire du boucan. Elle implique l'intentionnalité d'une personne extérieure, qui a cherché à attaquer la personne soit en faisant appel à un sorcier, soit en utilisant ses propres *drösinoe* [plantes, médicaments kanaks]. La personne que l'on soupçonne et le mode d'action n'apparaissent qu'après coup, en rêve ou en vision, et ne sont pas divulgués le plus souvent. Le *hna ejin* indique une malédiction cette fois causée par l'infraction de la personne ou d'un de ses ancêtres. Un exemple couramment mentionné est le manque de respect à un aîné dont la colère se répercuterait sur toute la descendance du fautif, allant jusqu'à causer l'extinction du lignage qui ne donnerait plus naissance à des garçons. Le *xötre pu* [suite d'un rêve] donne une autre indication de la puissance des rêves : si quelqu'un rêve qu'une personne a un accident, ou qu'elle est « tombée », c'est-à-dire morte dans un endroit tabou, il faut aller voir cette personne pour qu'elle fasse le *xötre pu*, le cas échéant avec la personne du clan à qui appartient l'endroit vu en rêve. Le regard est aussi puissant, puisqu'un simple regard peut anéantir les cultures ou une personne [*hna göen*, qui a été regardé], un regard émerveillé [*hna haiin*] sur une autre personne ou un bien est à proscrire – aussi évite-t-on de regarder avec trop d'émerveillement les bébés, ou de louer la beauté d'une personne. Enfin, on se protège du *hna ithuan*, l'empoisonnement, quand on prévoit de manger chez quelqu'un d'autre ou dans un mariage car même des personnes proches peuvent chercher à nous nuire en empoisonnant la nourriture.

Les différentes formes de maladies posées et les explications qui en sont faites apportent plusieurs éléments à la compréhension des mécanismes du maintien de l'équilibre social et individuel. Les accusations de jalousie, les sorts jetés, les malédictions peuvent impliquer des individus de la parenté proche. Même si les raisons de l'animosité ne sont pas toujours clairement énoncées – souvent pour éviter d'attiser les conflits – plusieurs éléments reviennent de façon récurrente. On est plus facilement susceptible de « tomber » à l'occasion d'une manifestation collective au cours desquelles s'affrontent les groupes ou les individus.

⁴⁷ Lepoutre énumère huit modalités de maladies posées : le mauvais sort [*hna ngazon*], l'émerveillement [*hna haiin*], l'empoisonnement [*hna ithuan*], l'appel des morts [*hna hën*], la fuite avec les esprits [*hna kötre fë u*], le regard [*hna göen*] ou l'être vu [*hna ön*], la malédiction [*hna ejin*]. Le *hna kotre fë u* ne me semble toutefois pas relever des maladies posées, même s'il implique un lien avec les entités du monde invisible. En effet il n'implique ni la jalousie, ni le sort jeté, ni la malédiction liée à une infraction commise par la personne ou ses ancêtres. En outre, ce qu'elle désigne par *hna ön* est probablement la confusion de deux homonymes : le substantif *ön* qui correspond à l'épilepsie (le sens premier de *öni* est dans ce cas-là l'animal) et le verbe *ön* qui signifie déceler, trouver quelque chose et qui renvoie par extension à une acception qui n'est plus usitée pour désigner les devins autrefois (*atre ön*). M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 199.

⁴⁸ Le préfixe *hna* indique le résultat d'une action passée, par exemple *hna ngazon*, « qui a été maudit ».

Un mariage, un match de cricket, de volley-ball ou de football, donnent lieu à l'exposition des richesses ou des forces et donc à l'affrontement symbolique des groupes. Les maux qui apparaissent à leur issue sont perçus comme la sanction d'un succès trop affirmé. La réussite d'un projet individuel (mise en place d'une activité touristique ou commerciale, réussite politique ou dans les études) peut aussi susciter la « jalousie » et la maladie qui en découle, si celle-ci est trop visible.

En somme, ces maux sont indicateurs des modalités du maintien de l'équilibre social : la réussite sociale, bien qu'importante, ne doit pas dépasser certaines limites, afin de ne pas mettre en péril l'harmonie entre les individus ou les groupes. Les personnes atteintes sont souvent de jeunes adultes, dans la force de l'âge, que l'attaque vient affaiblir. En touchant ces jeunes personnes, le sort vient menacer le lignage et son avenir.

Le trouble suscite l'inquiétude de la famille proche et l'intervention des guérisseurs de la parenté ou d'autres guérisseurs plus éloignés, jusqu'à ce qu'un apaisement soit trouvé. En plus de l'entourage familial, les soins nécessitent la présence quasi constante du thérapeute, dont le médicament vise à couper ou défaire [*seng*] le sort, à chasser les esprits et à ramener à l'équilibre un état qui se manifeste surtout par l'excès (excès de pensée, d'agressivité, de fièvre ou de température) ou un dysfonctionnement social lié au contraire au déficit (la personne n'arrive plus à se lever ou à effectuer les tâches quotidiennes). Même si le recours au dispensaire peut être envisagé, le guérisseur doit intervenir auparavant pour *voir* l'origine du trouble organique, car le médecin du dispensaire n'est pas doté du pouvoir de voir mais seulement de celui d'apaiser les symptômes.

Le rôle des esprits des ancêtres dans les troubles psychiques

Les différentes façons de qualifier le bien-être ou le trouble psychique et les causes qui les affectent impliquent de retracer les grandes conceptions de la vie et de la mort à Lifou.

Face à la pointe Nord de Lifou, sur un récif peuplé de bancs de requins, s'étend le pays des morts, le *zilihu*. On dit qu'après la mort, l'esprit du défunt parcourt un chemin à travers Lifou, passe par un ensemble de « trous » – des grottes ou des clairières dans la forêt – avant de se jeter dans la mer pour rejoindre le pays des morts. Constatant l'importance que tenaient les esprits des défunts dans la phénoménologie des troubles psychiques et percevant un lien avec les cauchemars que moi ou mes interlocuteurs pouvions faire, j'ai rencontré le gardien du chemin des morts, qui habite sur le rivage opposé au *zilihu*. C'est ce même gardien qui, peu

de temps avant mon enquête, avait emmené une équipe de journalistes et d'archéologues sur les traces de ce chemin, suscitant les critiques de ceux qui considèrent que ces savoirs ne doivent pas sortir des clans. Assis un soir avec son épouse, il m'expliqua les conceptions de la vie et de la mort, et me décrit le chemin que parcouraient les morts avant de sauter d'un rocher promontoire dans la mer. Lui et sa famille entendaient leur passage et le bruit de leur chute dans l'eau, à tel point que l'un des membres de sa famille, pour qui ces présences étaient devenues trop gênantes, avait été hospitalisé au CHS. Nous parlâmes aussi des rêves, car dans mes séjours à Lifou, notamment quand je dormais dans des cases avec des grands-mères, il m'était arrivé d'avoir des hallucinations nocturnes que mes hôtes attribuaient à la visite d'un membre de la parenté proche récemment décédé – une visite jugée normale. Ces hallucinations rejoignant par ailleurs les hallucinations visuelles couramment rapportées concernant les proches récemment décédés, je rencontrai Xatie pour comprendre le rôle des défunts dans la phénoménologie de la maladie mentale. De notre entretien où se mêlèrent interprétation de rêves, témoignages familiaux et récits explicatifs sur l'organisation du deuil et la conception de la mort, je perçus l'enchevêtrement de la vie et de la mort à certains moments clés de l'existence marqués par leur caractère liminal – naissance, décès, maladie, deuil, aube, crépuscule – et que symbolise spatialement le chemin des morts :

« Ce chemin, c'est le chemin des morts et des vivants. Quand je vous dis que c'est le chemin des morts et des vivants, c'est là où débute la mort, et c'est là où débute la vie. C'est là qu'il y a la mort et qu'il y a la naissance. Par exemple, vous êtes un enfant, et vous naissez. Quand il y a l'union du spermatozoïde et de l'ovule, c'est le début de la grossesse. C'est ça le début de l'homme. (...) Et puis ce sont les vieux, enfin, les vieux qui ne vivent plus là, qui ont raconté. (...) Vous voyez, il y a un récif là, le *zilihu*. Le récif Jouan, c'est un cimetière. Pour nous, c'est un cimetière. Il y a le *Heo* à Ouvéa. *Heo* c'est à Ouvéa. J'ai pas été, mais je sais que d'ici, on va à *Zilihu*, et puis on va à *Heo*⁴⁹. Moi maintenant, j'aperçois *Heo*, par exemple, c'est l'horizon. (...). C'est peut-être là *Heo*, c'est l'horizon. C'est le ciel, c'est l'univers. Et puis, la vie et la mort, on ne meurt pas. On ne fait qu'un cycle. On ne fait que tomber. On tombe. On ne meurt pas. Je vous ai parlé de naissance et de mort. Vous naissez, vous mourrez pour revivre. Parce que vous, c'est votre mère, c'est votre père, ils sont pas morts. Vous êtes là. [*Il rit*]. Et puis, leurs esprits, ils sont avec vous là. Oui, ils ne sont pas morts. Nous, là là. Moi, ma mère et puis mon père, ils sont au cimetière, ils sont au cimetière. Mais je sais qu'en ce moment, ils sont avec moi. » (Xatie, soixante ans environ)

⁴⁹ Les deux récifs, situés au Nord des deux îles, se situent sur la partie émergée de la ride reliant Lifou à Ouvéa.

La proximité entre vivant et mort apparaît ainsi dans les états troubles de la naissance et de la mort, puis se manifeste tout au long de la vie par la proximité des défunts – parents proches ou ancêtres – parfois sous la forme de visions ou en déclenchant des maladies, comme je l’examine plus loin. Même parvenus jusqu’au *zilihu*, les *u* « reviennent, ils sont tout le temps avec nous », me dit Xatie.

C’est dans cet état transitoire à la lisière du pays des morts que s’étend le monde invisible, peuplé d’esprits en errance qui peuvent venir troubler le bien-être de ceux qui y sont sensibles. Plus généralement, ce sont les états liminaux qui caractérisent une part importante des modèles explicatifs de la santé mentale. Les *nekö i dro*, les handicapés, les enfants, les malades mentaux et les femmes enceintes ont pour dénominateur commun d’être sensibles voire vulnérables au monde des esprits, les *u*. Sur la Grande Terre la même importance est donnée aux moments de passage de la vie à la mort. En pays *ajië*, Christine Salomon a montré comment l’état intermédiaire du malade, en équilibre entre la vie et la mort se rapprochait alors des deux autres états extrêmes de la personne humaine, c’est-à-dire les quelques jours qui suivent la naissance, et ceux qui suivent la mort⁵⁰. A partir d’une analyse des *vivaa* [discours cérémoniels] collectés dans la même région, Julia Ogier-Guindo décrit le rôle que continue de jouer les morts dans la société des vivants⁵¹.

La gestation et la petite enfance sont alors au cœur de l’étiologie des troubles mentaux ou physiques qui surviennent ultérieurement dans la vie, ce qui apparaît plus clairement quand on examine la dimension préventive de soins prodigués pour protéger le fœtus puis le nouveau-né de l’influence des esprits des morts.

Protéger la grossesse des esprits

« Parce que c’est la maman qui a marché dans un lieu tabou. (...) Enfin on pense que, l’enfant il a été pris par l’esprit. Et nous, les femmes enceintes ne doivent pas sortir la nuit. On leur interdit de sortir la nuit, parce que sinon les esprits ils balancent, quand tu te balades... les esprits errants. (...) C’est comme les bébés, on dit qu’ils sont encore entre deux mondes. Tu vois, ils ne connaissent pas encore. Ils ne savent pas la différence entre le monde des esprits et

⁵⁰ Les quelques jours qui suivent la naissance, avant la présentation aux utérins qui lui insufflent le souffle de vie ; les quelques jours après la mort, quand le défunt rend le souffle et que l’on dit que « sa respiration a sauté dans le vide » (c’est-à-dire que son souffle s’est éteint), mais que sa mort n’est pas considérée comme définitive tant que son esprit rejoint le pays des morts et « saute dans le vide ». C. Salomon, *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, op. cit., p. 56-57.

⁵¹ Julia Ogier-Guindo, « Le Pays invisible. Représentations de la mort dans les discours cérémoniels kanak (Nouvelle-Calédonie) », *Cahiers de littérature orale*, 2011, n° 69, p. 79-106.

le monde des vivants. C'est comme les femmes enceintes, elles ne doivent pas sortir, parce qu'elles portent cet esprit qui est une habitation vierge. (...) Parce que l'esprit qui est en elle, il se balade. Tu vois, il est en elle, mais lui il est encore... c'est un deuxième être qui va arriver, mais il est encore vierge. C'est une habitation vierge encore. » (Katia, environ 45 ans)

Ni vraiment être humain, ni totalement esprit, le fœtus est toujours susceptible de rejoindre le pays des morts ou d'en garder un certain nombre de caractéristiques. Cette vulnérabilité est à l'origine du grand nombre d'interdits qui encadrent la grossesse. Parmi ceux qui sont encore pratiqués, on mentionne la dissimulation des départs des hommes à la pêche : les femmes enceintes ne doivent pas savoir que les hommes partent pêcher, parce que l'esprit en elle « il écoute, il voit par eux et il va suivre », explique Katia. Les hommes se cachent alors pour partir sur le récif, espace liminal associé au pays des morts, pour éviter que l'esprit ne les suive et ne soit retenu au récif.

L'intérêt porté à la période de la grossesse comme élément explicatif de maux ultérieurs est aussi à relier au souci de la perpétuation du lignage. Les femmes considérées comme les « fleurs et les fruits de l'alliance »⁵² maintiennent la vitalité du lignage de leur époux en portant les enfants. Ceux-ci expriment la vitalité du lignage et la continuité des ancêtres honorés. Dans la structure symbolique que décrivent Christine Salomon et Hélène Nicolas, l'enfant reçoit de son père un nom, attaché à des terres et à un ancêtre tutélaire, et de sa mère le sang et le souffle de la vie⁵³. Les soins donnés aux femmes pendant la grossesse et les interdits qui l'encadrent s'inscrivent dans cet horizon. On relèvera les interdits alimentaires, comme la consommation de langoustes, jugée responsable de bec-de-lièvre, et l'interdiction de marcher dans certains endroits habités par des esprits qui provoqueraient des malheurs ou des malformations ultérieures. Pour les mêmes raisons, les enterrements et les cimetières doivent être évités. Hadfield avait déjà relevé l'importance de ces interdits mais sans en saisir toute la portée⁵⁴. En outre sa description des pratiques d'accouchement, orientée par une grille d'observation hygiéniste, est passée à côté de l'étendue des connaissances des sages-femmes kanakes⁵⁵. Celles-ci sont plus largement décrites par Lepoutre qui met en relation les interdits entourant la grossesse avec l'organisation sociale. Comme elle le relève, les précautions qui encadrent la grossesse concernent aussi le père – qui ne doit pas contrarier la femme enceinte – mais le contrôle social est bien plus important pour la femme, dont on attend qu'elle

⁵² C. Salomon, *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, op. cit., p. 33.

⁵³ *Ibid.*, p. 35-46 ; Hélène Nicolas, *La Fabrique des époux : approche anthropologique et historique du mariage, de la conjugalité et du genre (Lifou, Nouvelle Calédonie)*, Université Aix-Marseille, Marseille, 2012, p. 192-193.

⁵⁴ Emma Hadfield, *Among the Natives of the Loyalty Group*, Londres, Macmillan and Co. Limited, 1920, p. 204-206.

⁵⁵ Elle se contente d'en déplorer la saleté. *Ibid.*, p. 190.

respecte les règles sociales, coutumières, religieuses et familiales. C'est elle qui est désignée comme responsable des maux ultérieurs de l'enfant, sans qu'il y ait toutefois l'idée implicite d'une culpabilité⁵⁶. Aussi la santé de l'enfant est-elle selon Lepoutre un indicateur de l'insertion ou de la précarité de la situation de l'épouse dans le nouveau lignage ainsi que de son respect des règles établies par la famille⁵⁷. Bien que les accouchements se déroulent aujourd'hui tous à Nouméa, ce qui entraîne le départ de la mère un mois avant le terme, ces interdits continuent d'être suivis et symbolisent le poids social qui pèse sur les femmes. Les esprits des ancêtres qui peuplent les espaces du nouveau clan marquent ainsi également les limites symboliques et géographiques qu'elles ne peuvent franchir. Si bien que le départ à Nouméa, un mois avant le terme, où elles sont hébergées dans une maison réservée aux femmes des îles et de brousse, est vécu par certaines comme un soulagement.

La fin des accouchements au dispensaire s'est accompagnée de la disparition des accoucheuses qui pratiquaient souvent aux côtés du médecin au dispensaire, de la fin des rituels accompagnants la naissance – comme le « rituel du détachement » [*seng*] qui devait faciliter l'accouchement⁵⁸, ou l'enfouissement ou la transmission du cordon ombilical à la famille adoptive le cas échéant⁵⁹.

En revanche, les soins destinés à protéger le nouveau-né et le petit enfant de l'influence des esprits continuent d'être observés par une grande partie des mères qui reviennent à Lifou quelques jours après leur accouchement. Ces soins continuent de tenir une grande importance dans la mesure où ils préviennent de maux pouvant se déclarer ultérieurement, jusqu'à l'âge adulte.

C'est au moment intermédiaire du lever ou de la tombée du jour que l'on fait le plus attention et on évite de sortir les enfants la nuit, car c'est le moment où les *u* sortent de leurs « trous » - trous d'eau, grottes, cavités rocheuses où ils résident.

« Chez nous, dès l'aube ou dès l'aurore, quand c'est presque nuit, on dit que c'est le moment où les esprits sortent (...). Les grands-mères disent que normalement il faut faire rentrer les enfants, il ne faut pas qu'ils restent dehors. Parce que c'est là où les esprits passent sur la route. L'esprit des morts, l'esprit des vieux, l'esprit en général. C'est pour éviter qu'ils emportent l'âme des enfants, pour éviter qu'ils amènent une maladie, tu vois, ou qu'il tue les enfants ». (Infirmier kanak d'une quarantaine d'années)

⁵⁶ M. Lepoutre, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfance : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, op. cit., p. 314.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 315.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 333-340.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 363-364.

Quand on ne peut éviter de sortir les enfants la nuit, on veille à placer des branches de *hmaca atresi* [*claoxylon insulanum*] plante centrale de la thérapeutique kanake, qui les protègent des esprits mais aussi des attaques de sorcellerie, du regard des autres [*hna goën*, maladie provoquée par le regard] ou de toute autre menace potentielle. Planté non loin des maisons ou placé au-dessus de l'entrée des cases, il chasse les esprits : *hmaca* signifie arrêter et *atresi* dans cette expression renvoie au guerrier, au combattant ou au mauvais esprit.

Les soins de la fontanelle : *hutri he, cai kaqa*

La fontanelle joue un rôle central dans la prévention des maux causés par les esprits et on continue d'expliquer un certain nombre de troubles de l'adolescence ou de l'âge adulte par un problème de fontanelle qui n'aurait pas été traité dans la petite enfance. Car c'est au niveau des orifices du corps, en particulier la luelle et la fontanelle, portes d'entrée des perturbations du monde invisible, que se portent les diagnostics des troubles de la petite enfance⁶⁰. Si la disparition des rituels de naissance fait que l'oncle utérin ne vient plus souffler au niveau de la fontanelle de l'enfant pour lui insuffler l'esprit du lignage, celle-ci reste centrale toute la vie⁶¹. Avant sa fermeture, de grandes précautions entourent les nouveau-nés car, ouverture vers le monde des *u*, elle est la marque physique de cette période transitoire entre le monde des morts et des vivants. En outre, de nombreux problèmes affectant l'enfant – problèmes respiratoires, diarrhée, vomissements, fièvre, fatigue, pleurs, insomnies – sont diagnostiqués au niveau de la fontanelle, dont on vérifie l'état d'ouverture puis de fermeture. Entre 0 et 2 ans, fontanelle et luelle sont les centres de diagnostics de l'enfant. On s'assure alors qu'elle « respire bien » pour la première, ou qu'elle soit « bien descendue » pour la seconde⁶². Les soins consisteront le plus souvent à rétablir de façon symbolique et pratique les déséquilibres qui les atteignent. On retrouve la même importance attribuée à la fontanelle en Papouasie Nouvelle-Guinée, où les Yafar s'assurent aussi de sa bonne soudure, gage de bonne santé et d'équilibre⁶³.

A l'âge adulte toutefois, la fontanelle n'est plus le cœur de l'intervention thérapeutique, dans la mesure où il n'est plus possible d'intervenir dessus, mais elle reste un élément diagnostic et

⁶⁰ *Ibid.*, p. 205.

⁶¹ *Ibid.*, p. 209.

⁶² *Ibid.*, p. 319.

⁶³ Bernard Juillerat, *Les Enfants du sang. Société, reproduction et imaginaire en Nouvelle-Guinée.*, Paris, Les Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 1986, 574 p.

des médicaments peuvent être crachés sur le crâne, notamment au cours d'une crise violente semblable à une décompensation psychotique.

A Lifou, le registre des soins prodigués au niveau de la fontanelle est d'une grande élaboration et, pour la plupart des guérisseuses rencontrées, cette partie du crâne est à l'origine d'une profusion de description et d'explications thérapeutiques.

Pour m'expliquer comment les grands-mères vérifient la bonne santé des petits enfants, Maria *qatr*, une guérisseuse d'environ soixante-dix ans, enserme de ses mains le crâne de sa petite fille de deux ans qu'elle garde auprès d'elle pendant notre entretien. Désignant les deux côtés du front, elle m'explique en le palpant « on va toucher ici », et elle ajoute que sa petite fille n'a pas « les fêlures, des deux côtés ici, et puis ici, qui s'écartent », précisément parce que sa grand-mère lui a administré le soin qu'elle appelle *hutri he*⁶⁴ : quelques semaines après sa naissance, elle a mâché puis craché un médicament sur le crâne de l'enfant. Pour Maria, de nombreux problèmes peuvent survenir si ce soin n'a pas été fait aux enfants. Elle m'explique que, de façon générale, c'est grâce aux soins prodigués pendant les premières semaines de la naissance que sa petite fille est aujourd'hui en bonne santé, mais que ce médicament-là est particulièrement important. La racine de la plante qu'elle utilise est aussi la paille qui sert à la construction des bases, si bien que Maria quand elle me parle de cette plante l'appelle en français « les racines de la case », ce qui renvoie symboliquement à « l'assise » si souvent rappelée pour qualifier le bien-être d'une personne :

« C'est important. Quand vient de naître le bébé, on va chercher les racines de la case. C'est important ça. »

A contrario, s'ils n'en bénéficient pas, les os latéraux du front risquent de présenter de légères fêlures et d'être la source de maux ultérieurs, en particulier à l'adolescence, quand jeunes garçons et jeunes filles ont les « têtes folles ». Car ultérieurement, un comportement agité peut être attribué à la fontanelle, qui continue d'être l'objet des soins dont l'intensité augmente alors en fonction de l'âge. La grand-mère décrit une gradation dans l'intensité des soins en fonction de l'âge, qui sont modulés grâce à la puissance des plantes utilisées, « il faut toujours monter, un peu plus fort ».

⁶⁴ Littéralement « cracher sur la tête », le *hutri hē* désigne pour d'autres guérisseuses un soin fait à l'âge adulte pour soulager le stress et le surplus de pensée, « quand on pense beaucoup, qu'on travaille beaucoup, qu'on a des examens ». Après avoir fait roussir les feuilles de *hmaca atresi* au-dessus de la gazinière, elle en effleure le crâne et le visage de la personne en disant « *tro pi* ! » [va-t-en !] comme pour en chasser le surplus de pensées ou encore, ou pour reprendre son expression, pour « aérer la tête ».

« le *hutri he*, c'est pour les bébés d'une semaine. Mais un mois, un mois, deux mois, trois mois, c'est d'autres [médicaments]. On va changer. La dose elle augmente. (...) Il faut toujours monter, un peu plus fort. »

Maria possède alors d'autres médicaments pour les enfants un peu plus grands qui sont appliqués de la même façon – mâchés puis crachés sur le crâne.

Le passage à l'adolescence fait intervenir une nouvelle catégorie de soins qui s'intéressent toujours à l'état du crâne. Un certain nombre de troubles qui apparaissent à cette période sont associés à la mauvaise soudure de la fontanelle. L'agitation, mais aussi le mal de tête, une voix nasillarde, les yeux rouges ou qui coulent, sont associés au *kaqa he*, littéralement « tête fêlée », mais que l'on peut aussi traduire par « tête folle, insensé » comme le propose Lenormand⁶⁵, ou « fofou et fofolle » selon une de mes interlocutrices. Le soin prodigué consiste alors à « recoudre la tête » [*cai kaqa*], en appliquant des emplâtres de plante sur la tête, qui est ensuite recouverte d'une étoffe pouvant être gardée plusieurs jours, voire plusieurs semaines.

Maladies des esprits des défunts : *kotrë fë u*

Les esprits des morts continuent d'être incriminés dans un certain nombre de troubles psychiques dans lesquels la mauvaise fermeture de la fontanelle n'est plus impliquée. Dans ces cas-là, la personne est rendue plus vulnérable car elle traverse un deuil, processus au cours duquel il est normal de recevoir la visite des personnes récemment décédées. Les pratiques et discours qui accompagnent ces visions sont indicatrices des processus de gestion de la tristesse et du deuil à Lifou, ainsi que des soins prodigués dans le cas d'hallucinations.

Dans cette période transitoire au cours de laquelle les esprits des défunts n'ont pas encore rejoint le pays des morts, il est commun de les voir hanter leurs proches. Cette présence ne devient problématique que quand elle dure trop longtemps, car elle peut être à l'origine de différents maux. Le soin alors prodigué, le *kötre fë u* [fuir avec l'esprit], consiste à chasser les esprits. « Si quelqu'un qui est partie, mais elle peut pas... elle vous aime beaucoup et puis vous aussi, vous deux vous [êtes] attachés beaucoup l'un à l'autre, alors il faut faire [le] médicament pour ça » m'expliqua Pauline. Guérisseuse, Pauline m'expliqua pourquoi elle

⁶⁵ M.H. Lenormand, *Dictionnaire de la langue de Lifou. Le Qene Drehu, op. cit.*, p. 310.

refusait de faire le *kötre fë u* pour elle-même, précisément car elle refusait de voir partir l'amie qu'elle avait perdue.

« S'il y a quelqu'un de ta famille, ou ton ami cher, ou bien si tu as un amoureux ou un mari qui est mort, il s'attache beaucoup à toi. Par exemple, comme moi et mon amie. Depuis qu'elle est partie, je suis pas bien. Je suis tombée malade. J'ai des médicaments, mais je veux pas les faire. Parce que si je les fais, elle va plus me voir, elle va plus savoir où je suis, elle va me chercher partout. Je suis restée comme ça. Il y a ma famille qui est venue me voir pour me dire "fais le médicament !". Mais je veux pas. Après sa mort, je suis tombée malade... ça fait deux ans. (...) Mais je veux pas me soigner. (...) Parce que si je vais me soigner elle va plus me voir. »

Pauline pleure en me parlant de son amie. Celle-ci lui revient régulièrement sous la forme de visions qui attristent Pauline tout en la réconfortant du signe de sa présence – « c'est bien, elle est ici. On est toujours ensemble, tout le temps ».

La vision s'accompagne pour le deuilleur d'autres formes somatiques de fixation mélancolique, insomnies, absences, maladies inexplicables qui, si elles durent trop longtemps, sont le signe que la personne est trop proche du monde des morts, qu'elle est partie avec l'esprit, et qu'il faut la ramener auprès des vivants.

Quand les visions perdurent au-delà d'une année, moment de la levée du deuil, ces troubles deviennent très préoccupants et nécessitent une intervention. La guérisseuse détermine alors, en observant le visage de la personne, si elle est touchée par un boucan ou non :

« Parce que je vois dans son visage. Elle est pas bien. On dirait qu'elle plane. Et puis elle a pas dormi la nuit. »

Le *kötrë fë u* semble appartenir aux troubles les plus inquiétants, d'autant plus qu'il affecte souvent des personnes jeunes, dans la force de l'âge que le deuil prive de leurs forces vitales. Ils se mettent alors à « parler tout seul », ou à « chanter avec les morts ». Telle cette jeune fille qu'Elizabeth, une autre guérisseuse, croisa un jour au dispensaire avec sa grand-mère.

« Elle était en train de chanter. Elle parle des gens qui sont morts. (...) Moi je me suis dit, c'est sûr que ce jour-là elle va partir, elle va nous quitter aussi. Heureusement que j'ai vu. Je l'ai vu elle et sa grand-mère à l'hôpital. Et puis, quand je les ai vus, tout de suite, moi j'ai toujours de l'affection envers les gens qui sont malades... on dirait que quand je regarde les gens qui sont malades, ben moi, il faut que je fasse mon médicament. Alors j'ai dit à la grand-mère, j'ai un médicament, je vais essayer de le faire. »

La jeune femme délirait au point de ne plus reconnaître sa mère et d'oublier qu'elle avait un fils. Au dispensaire, les médecins impuissants se contentèrent de prendre sa tension, sa température et de lui donner des médicaments pour la fièvre. Alors Elizabeth demanda à la grand-mère si elle pouvait venir les voir pour faire son médicament. Le soir même, elle prit son vélo et parcouru les quelques kilomètres qui séparent les deux tribus.

« Pour elle, je me suis dérangée pour faire mon médicament, parce que c'est grave. Il fallait toujours qu'elle soit entourée. Elle dit qu'il y a des gens qui l'appellent. Et quand on lui dit, "dis leur que tu peux pas", eh ben elle va pleurer. Ah ouais...Mais quand je l'ai vu, mais j'avais pitié, j'avais pitié d'elle ! Et c'est pour ça j'ai dit à sa grand-mère, "mais qu'est-ce qu'elle a ?", et puis ses yeux, on dirait que quand elle regarde, on dirait que son esprit est ailleurs. (...) on dirait qu'elle a fumé du cannabis »

Après avoir fait le médicament, la jeune femme reprit conscience et commença à raconter que cela faisait près de quatre jours qu'elle avait des visions de plusieurs cousins de la tribu décédés récemment. Pour cette jeune femme, c'est Elizabeth qui s'était déplacée face à la gravité qu'elle avait constatée. Mais les personnes malades sont d'habitude amenées par leur famille pour être soignées dans la case. Le soin est fait deux fois par jour pendant plusieurs jours, à l'aube et au crépuscule, moment où « les esprits circulent », « sortent des cimetières » et viennent dans la tribu. Si la personne habite trop loin pour se déplacer à chaque fois, elle reste avec Suzanne et sa famille pendant plusieurs jours. Le médicament prodigué inclut systématiquement le *hmaca atresi* associé à d'autres plantes qui varient selon les guérisseuses et qui sont mâchées et crachées sur le crâne.

Une affliction à part : tristesse, fatigue, dépression

Ces troubles considérés comme graves, qui mobilisent pour leur résolution un grand nombre de personnes, correspondent au moins pour certains à l'expression locale de la souffrance humaine. Dans d'autres cadres socioculturels, celle-ci s'exprimerait sous la catégorie nosographique de dépression – c'est notamment ce qu'indique le *hna kötrë fë u* qui, par son association avec le deuil, rappelle la fixation mélancolique sur la personne de l'objet du deuil, lien pathologique que le thérapeute va tâcher de défaire.

On sait depuis les travaux d'Arthur Kleinman en Chine que l'affliction s'exprime différemment selon les contextes socioculturels : la dépression est d'abord une catégorie biomédicale construite dans un cadre occidental qui ne se retrouve jamais à l'identique dans

d'autres environnements socioculturels⁶⁶. La symbolisation de la souffrance s'infléchit selon l'environnement culturel, linguistique, et politique. Suivant la perspective adoptée par Kleinman, il est donc plus intéressant d'observer les variations dans l'expression linguistique et somatique de la souffrance, plutôt que de tâcher de retrouver la traduction dans des vocables indigènes des symptômes considérés par les catégories biomédicales comme celle du Manuel Diagnostique des troubles mentaux (DSM) comme indicatifs d'une dépression. Ces variations sont d'autant plus intéressantes à observer dans les contextes sociopolitiques où leur expression verbale risquée, comme la Chine des années 1980 où Kleinman réalise ses recherches⁶⁷. Dans ce type de contexte, la souffrance personnelle et interpersonnelle s'exprime plus facilement dans le registre des plaintes physiques. C'est donc sur la résolution de ces somatisations que porte la recherche d'une résolution thérapeutique⁶⁸. Pour saisir les formes de la souffrance humaine, Kleinman suggère de considérer la dépression sous l'angle des émotions plutôt que sous celui de la maladie, et de saisir ces émotions comme résultat d'une « interaction entre des processus biologiques, des situations psychosociales, et des versions culturelles du monde depuis lesquelles les dimensions partagées et particulières de l'expérience dépressive émergent »⁶⁹.

A Lifou, outre les hallucinations visuelles que le deuil favorise et que les thérapeutes chassent quand elles deviennent pathologiques, on trouve d'autres formes de symbolisation de la tristesse et de l'affliction. Les hallucinations sont perçues comme graves mais acceptables du point de vue social, puisqu'elles ne remettent pas en cause la solidarité familiale : au contraire, en s'inscrivant dans les formes codifiées du deuil elles semblent plutôt la renforcer, puisque la mobilisation de l'entourage rappelle l'importance de la relationnalité dans le souci des autres. En outre, la « dépression » est parfois interprétée à Lifou comme une forme d'explosion, de trop-plein et d'excès qui est aussi toléré. Ainsi une jeune femme me confiait être souvent déprimée, et décrivait ses symptômes sous le vocable de l'explosion des nerfs et de la surpression plutôt que du vide habituellement comprise dans la définition biomédicale de la dépression. Cette compréhension profane de la dépression concorde avec certains résultats de l'enquête sur les représentations de la santé mentale menée en 2006 en Nouvelle-

⁶⁶ Arthur Kleinman, *Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia and Pain in Modern China*, New Haven, Yale University Press, 1986, 264 p.

⁶⁷ Dans l'étude de Kleinman menée dans la Chine des années 1980, ce n'est pas la dépression qui est exprimée mais la neurasthénie, forme de somatisation de la souffrance socialement plus acceptable que la dépression, dont l'expression aurait constitué une mise en cause les promesses de cohésion sociale du régime communiste. *Ibid.*

⁶⁸ *Ibid.*, p. 51.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 50.

Calédonie, qui ont montré que la dépression pouvait être associée à des manifestations explosives et à la perte du contrôle de soi ou l'abus de substance⁷⁰.

La forme littéralement déprimée de la souffrance, c'est-à-dire celle de la tristesse, du vide et du manque d'énergie, appelle d'autres explications et d'autres modes de résolution. Ainsi m'a-t-on parfois suggéré que l'idée de déprime pouvait se traduire par l'expression *kuca kuca*, c'est-à-dire « être fatigué ». Exprimer sa fatigue suscite l'inquiétude de l'entourage, car une telle fatigue renvoie implicitement à une défaillance du groupe. On évite alors de faire part de sa fatigue, ou on l'excuse et la minimise. La fatigue d'une personne endeuillée est tolérable, mais ne doit pas perdurer au-delà de la période d'un an prévue par le deuil. Hors de ce cadre, elle est peu tolérée car elle indique une fragilité du lien social et menace plus la cohésion sociale que les formes explosives des autres troubles mentaux. Car l'état dépressif renvoie à une défaillance du soutien des oncles maternels, qui sont les garants de la force vitale de l'individu. Quand une personne ne va pas bien, quand un couple est en difficultés, c'est vers l'oncle maternel qu'on se tourne. Si aucune résolution n'est trouvée et que le mal-être persiste, ce sont donc les utérins qui sont pointés⁷¹. Pour les mêmes raisons, la dépression d'une femme malheureuse dans son mariage sera cachée, pour ne pas mettre en cause le lien matrimonial, les utérins, et plus largement, les alliances entre les clans que symbolise cette union. Aussi les souffrances des femmes, en particulier mariées, sont-elles difficilement acceptées, tant il est normal que celles-ci « endurent » dans leur vie d'épouse⁷².

Ainsi, si l'on entend souvent dire que le malade mental a sa place dans le groupe, le déprimé suscite plus de réserves. On dira d'un homme déprimé qu'il est « faible » ou « diminué » comme me l'indiqua une infirmière kanake. Aussi renvoie-t-on la dépression à une pathologie moderne, occidentale, qui n'arrive dans la tribu que par le biais des formes d'individualisme associées à la société occidentale, individualisme qui questionne les principes de la relationnalité.

⁷⁰ Benjamin Goodfellow et al., « Images of the “Insane”, the “Mentally Ill”, and the “Depressed” in Nouméa, New Caledonia: A Mental Health Survey in the General Population », *International Journal of Mental Health*, 2010, vol. 39, n° 1, p. 89.

⁷¹ Alban Bensa indique que « dans une logique où l'oncle utérin est pensé par tout homme ou femme comme le référent de sa vie physique et spirituelle, comme l'origine de son corps et de son âme, la moindre défaillance de ce lien vital ne peut que retirer à l'individu de la force », si bien que l'état dépressif d'une personne est interprété comme une « faiblesse du soutien que doivent lui accorder ses parents maternels ». Alban Bensa, « Père de Pwädé. Retour sur une ethnologie au long cours » dans Didier Fassin et Alban Bensa (eds.), *Les Politiques de l'enquête*, Paris, La Découverte, 2008, p. 24.

⁷² Hélène Nicolas montre en quoi l'entrée dans la vie d'épouse marque l'entrée dans une vie de souffrance. H. Nicolas, *La fabrique des époux*, op. cit.

Conclusion

Pour reprendre Ellen Corin, « les discours relatifs à la folie et à la marginalité dans une société particulière parlent en fait d'autre chose, de la façon dont le groupe cherche à définir son identité et à cerner un espace collectif viable et pensable dans un contexte sociopolitique particulier »⁷³. Ils s'inscrivent dans une « trame intertextuelle plus large »⁷⁴ qui se déploie à Lifou sur différents niveaux. D'une part, cette trame reprend les modalités explicatives de la maladie mentale qu'énonçaient les premiers psychiatres de Nouvelle-Calédonie qui, faute d'une prise en charge des populations kanakes et donc de l'élaboration d'une clinique approfondie, ne considéraient comme pathologique que l'abus de substances apportées avec le monde colonial. L'importance du cannabis et de l'alcool dans les modèles explicatifs proposés à Lifou témoigne ainsi des processus de subjectivation propre à la configuration coloniale de Nouvelle-Calédonie. Les modèles explicatifs énoncés dans un contexte de consolidation des pouvoirs postcoloniaux indépendantistes montrent la place que tient la gestion du désordre social dans la production discursive de l'autochtonie. Comme à l'âge classique en Occident, la mise en place progressive d'une gestion de la folie et de ses excès fait émerger progressivement d'autres formes de marginalité⁷⁵. Le jugement social manipule les catégories culturelles et socio-médicales à partir des « biais culturels » de l'organisation sociale, pour définir sa propre classification des individus et déterminer la responsabilité collective à leur égard⁷⁶. En opposant enfants de la terre ou handicapés et jeunes fumeurs de cannabis, deux régimes de soins sont implicitement énoncés. Le « handicap », catégorie socio-sanitaire d'introduction récente, fait émerger un nouvel ensemble de discours mettant en avant la sollicitude et la dimension relationnelle du groupe, parallèle de l'introduction d'une aide institutionnelle et médicale. Avec la consommation de cannabis attribuée aux jeunes schizophrènes, la folie entre dans un régime de soins distincts, où la thérapeutique kanake n'est plus active, et où la réponse punitive associée à l'internement psychiatrique est

⁷³ E. Corin, « Présentation. Les détours de la raison. Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie », art cit, p. 15.

⁷⁴ *Ibid.*

⁷⁵ M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, op. cit.

⁷⁶ M. Calvez, « Le Handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité », art cit, p. 81.

privilegiée. Ce faisant, les aînés délèguent en partie aux procédés de gestion coloniale des troubles la prise en charge de la jeunesse.

Ces deux « filières », sont opposées à un ensemble de troubles plus acceptables socialement et moralement. La perturbation du monde invisible dont ils résultent permet l'intervention de la médecine kanake ainsi que la mise en place des mécanismes de sollicitude du groupe. Ces troubles que la médecine kanake peut prévenir ou guérir sont les traces d'une conception de la folie comme désordre d'un monde invisible dont l'ambivalence est le miroir de celle de la folie. Ce dernier champ dessine un ensemble labile de troubles tolérés et sur lesquels le groupe comme les thérapeutes kanaks peuvent intervenir. Ce qui relève des troubles psychotiques rejoint les symptômes du deuil, et les troubles des enfants sont pris dans un ensemble plus vaste destiné à veiller à leur bien-être. Plus qu'une pathologie, la maladie mentale y est une « condition extraordinaire » non loin de l'ordinaire, inscrite comme un des maux possibles du malheur, dans un continuum entre normal et anormal⁷⁷.

Autour de ces quelques points nodaux émergent différents régimes de soins qui témoignent d'une organisation sociale et culturelle contrainte par des forces socio-économiques plus larges. Afin de saisir cet ensemble de contraintes, j'examine dans les deux chapitres qui suivent, au moyen d'études de cas ethnographiques, la mise en acte de ces modèles explicatifs et leur entrecroisement constant. D'abord en examinant les pratiques de soin d'une personne désignée comme « enfant de la terre », puis en m'intéressant à l'expérience subjective d'une personne psychotique et la place qu'y tient le monde invisible. Les jeunes hommes marqués de la déviance du cannabis sont examinés à partir de l'angle de l'institution psychiatrique au chapitre 8.

⁷⁷ Janis H. Jenkins, *Extraordinary Conditions: Culture and Experience in Mental Illness*, Berkeley, University of California Press, 2015, 368 p.

Les chapitres 6 et 7 (pp. 303-398) ont été retirés de la version publiée ici, car ils comportaient des données sensibles susceptibles de porter préjudice aux personnes (cf. avertissement, p. 1).

Troisième partie – La psychiatrie dans la tribu



Chapitre 8 – Aux marges de la (post)colonie : psychiatrie, violences et vulnérabilités

A Lifou, Marcel est le seul patient affecté de troubles psychotiques avec lequel s'est nouée la complicité permettant une relation de longue durée, lui donnant l'occasion de fouiller dans les recoins de sa mémoire et de partager avec moi des moments de sa vie quotidienne. Un tel échange n'a pas été possible avec les autres personnes souffrant de troubles psychotiques. Pour la plupart d'entre elles, l'institutionnalisation a marqué l'entrée dans un parcours de chronicité, ajoutant une violence institutionnelle à des vies déjà émaillées par les violences et la vulnérabilité. C'est donc à partir de dispositifs institutionnels que j'explore à présent les modes de subjectivation propres à la situation (post)coloniale. Par dispositifs, j'entends non seulement l'institution psychiatrique, mais aussi l'institution coutumière, l'une et l'autre étant impliquée dans le gouvernement des corps. Suivant la démarche de Didier Fassin et Dominique Memmi, il s'agit d'étudier « l'investissement du corps par le politique », et d'appréhender comment des institutions sanitaires et d'autres a priori étrangères aux problèmes sanitaires « définissent, pensent, mesurent et régulent les conduites corporelles, les représentations et les usages de soi concernant sa propre existence à la fois biologique et biographique »¹. Au passage, les frontières du normal et de la déviance se redéfinissent, ainsi que celles de la médecine et du social. En arrière-plan, différentes formes de violence apparaissent, tantôt renforcées par les dispositifs institutionnels, tantôt au contraire effacées. Comment se déploient dans le dispositif psychiatrique des vies marquées par la mise en marge ? Quelles sont les pratiques de soins qui marquent leurs corps ? Enfin, quels sont les discours qui dessinent un ordre (post)colonial propre au gouvernement des corps kanaks ? Pour répondre à ces questions, je m'intéresse à deux formes de troubles qui, par leur intensité, mobilisent une réponse communautaire importante et font apparaître les économies morales caractéristiques de la santé mentale contemporaine. D'abord, dans la continuité du chapitre

¹ Didier Fassin et Dominique Memmi (eds.), *Le Gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en sciences sociales, 2004, p. 5.

précédent, les troubles psychotiques sont examinés, cette fois sous l'angle des personnes qui sont situées en marge de la tribu et, de ce fait, sont plus susceptibles d'entrer dans un parcours d'institutionnalisation et de chronicité. Puis sont présentées les réponses aux suicides, aux tentatives de suicide et, plus généralement, aux conduites à risque qui marquent de façon aiguë les fragilités du groupe. Puisque les suicides et la schizophrénie sont davantage associés à la jeunesse, ils suscitent un certain nombre de réponses dans lesquelles se lisent la préoccupation des plus âgés de contenir les désordres de leur communauté ainsi que la spécificité de régimes thérapeutiques marqués par l'ambivalence du soin et de la punition.

Ce chapitre restitue les récits de quelques personnes rencontrées, dont les expériences singulières traduisent le continuum entre différentes formes de violence. Il examine aussi les réactions que provoque « l'épidémie de suicide » à Lifou, car celles-ci permettent de comprendre le gouvernement des corps propres au contexte (post)colonial.

Dans un premier temps est présentée l'épidémiologie des troubles psychiatriques en Nouvelle-Calédonie, avant une description des dispositifs de prise en charge à Lifou des adultes diagnostiqués d'un trouble psychotique (I). Je relate ensuite le parcours d'une femme (II), puis celui d'un jeune homme (III), afin de comprendre comment l'ordre social s'incorpore dans les conduites des individus et le rôle qu'y jouent les inégalités de genre, puis de les relier aux modalités contemporaines du gouvernement des corps en Nouvelle-Calédonie. Enfin, j'expose les réactions suscitées par l'épidémie de suicide et les économies morales qu'elles traduisent (IV).

I. Troubles psychiques et contemporains à Lifou : de l'hôpital à la tribu

Les évolutions récentes de la psychiatrie en Nouvelle-Calédonie ont marqué un retour des patients vers leurs tribus d'origine, retour assorti de la mise en place de traitements neuroleptiques. Ce changement dans la prise en charge des troubles psychotiques s'est aussi traduit par une modification de la perception des personnes affectées. Plus visibles, celles-ci sont intégrées dans un maillage sanitaire qui, dans la continuité de celui mis en place au début

de la colonisation, associe les pouvoirs coutumiers, policiers et médicaux. En parallèle, une « épidémie de suicide », pour reprendre une expression fréquemment retrouvée, a ajouté un autre niveau de préoccupation face à la souffrance psychique. Avant de décrire les réponses que suscitent ces troubles, un bref aperçu épidémiologique s'impose, afin de saisir l'ampleur des maux de la souffrance sociale en Nouvelle-Calédonie.

Aperçu épidémiologique des troubles psychiques et sociaux

Il est difficile de se faire une idée précise de la prévalence des différents troubles psychiatriques en Nouvelle-Calédonie. L'appareil épidémiologique s'est constitué tardivement et n'a commencé à prendre en compte les troubles psychiatriques que très récemment. En outre, cet appareil s'est construit sur la base d'un régime épistémique colonial dont le regard était informé d'une part par l'hypothèse d'une « déculturation pathogène »². Comme je l'ai montré au chapitre 2, la mesure de la pathologie psychiatrique dans la population kanake s'est donc faite sur la base de leur consommation d'alcool, et les symptômes d'allure psychotique ont été rapportés à des phénomènes de sorcellerie ou de totémisme qui rendaient secondaire l'évaluation proprement clinique de ces troubles.

La mesure des phénomènes d'alcoolisme, si elle est directement corrélée à un régime épistémique colonial, rend aussi compte d'un problème bien réel. La consommation d'alcool excessive est observée dans l'ensemble des groupes socioethniques de Nouvelle-Calédonie. Dans une enquête épidémiologique de 2010 sur la prévalence des troubles psychiatriques, les troubles associés à l'alcool étaient surreprésentés par rapport aux autres troubles psychiatriques³. Pour Christine Salomon et Alban Bensa, cette consommation excessive est à relier au contexte colonial. D'abord introduit par les bagnards libérés, l'alcool en vint à être consommé dans des proportions excessives par la population kanake sous l'effet des bouleversements sociaux depuis les années 1980⁴. Ces auteurs mettent également en évidence les usages sociaux de l'alcool dans le cadre de la résolution des conflits. L'ivresse masculine permettrait de légitimer des rapports conflictuels et de se soustraire aux châtiments

² René Collignon, « La Psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal : esquisse d'une historisation comparative », *Revue Tiers Monde*, 2006, n° 3, p. 541.

³ Ils représentent 15,6% de l'ensemble des troubles relevés, alors que cette proportion est de 4,2% en France métropolitaine. Benjamin Goodfellow, Fanny Calandreau et Jean-Luc Roelandt, « Psychiatric Epidemiology in New Caledonia », *International Journal of Mental Health*, 1 avril 2010, vol. 39, n° 1, p. 73.

⁴ Alban Bensa et Christine Salomon, « Instrumentalisation et malentendus. Les Kanaks face à l'appareil judiciaire français de Nouvelle-Calédonie », *Archives de politique criminelle*, 2007, vol. 1, n° 29, p. 171-182.

coutumiers. Elle aiderait à « dénouer l'agressivité accumulée dans des situations diversement oppressives, les effets d'annulation de l'identité autochtone par le système colonial ou les limites imposées par un usage très contrôlé de la parole et de la gestuelle au sein des sociétés kanakes »⁵. De manière générale, s'il concerne tous les groupes socioethniques, l'alcoolisme est plus fréquemment retrouvé dans les populations océaniques, en particulier chez les travailleurs peu qualifiés. Il est en ce sens parallèle des clivages ethniques et socioéconomiques majeurs en Nouvelle-Calédonie⁶. En outre, les études récentes montrent que, même si elle reste réprouvée chez les femmes, la consommation d'alcool s'est davantage féminisée et ce dans tous les milieux socioethniques de Nouvelle-Calédonie⁷. Au final, selon l'enquête épidémiologique de Benjamin Goodfellow, Fanny Calandreau et Jean-Luc Roelandt, il y aurait dans la population de Nouvelle-Calédonie un « profil particulier d'alcoolisme », marqué par des histoires familiales d'alcoolisme, et se traduisant par des phénomènes de dépendances rapides, des troubles psychopathologiques chez les adultes et des troubles neuropsychologiques dans l'enfance liés à l'alcool, dont le syndrome d'alcoolisation foetale⁸.

Cette enquête documente également les troubles associés aux consommations excessives de cannabis et de kava, introduits plus récemment. Ceux-ci seraient plus élevés qu'en métropole – mais, en comparaison du contexte métropolitain, l'usage de drogue se limite en Nouvelle-Calédonie à ces deux substances⁹, les autres drogues étant d'accès plus difficile. Les auteurs de l'enquête soulignent la dimension récente du phénomène et la mettent en relation, comme l'alcool, avec les bouleversements sociopolitiques et économiques récents. Ils insistent en outre sur la comorbidité importante parmi les consommateurs de kava ou de cannabis, puisque ceux-ci présentent souvent un trouble dépressif ou un trouble anxieux associé¹⁰. Par ailleurs, une étude parallèle sur l'usage de kava dans la jeunesse kanake le corrélait à une fréquence d'idéations suicidaires plus grande que dans les autres groupes ethniques¹¹. Quant aux troubles dépressifs et anxieux, aux risques suicidaires et aux syndromes de stress post-traumatique (PTSD), leur prévalence est aussi bien plus élevée en Nouvelle-Calédonie qu'en

⁵ *Ibid.*, p. 176.

⁶ B. Goodfellow, F. Calandreau et J.-L. Roelandt, « Psychiatric Epidemiology in New Caledonia », art cit, p. 76-77.

⁷ B. Goodfellow, F. Calandreau et J.-L. Roelandt, « Psychiatric Epidemiology in New Caledonia », art cit.

⁸ *Ibid.*

⁹ Cet usage est de l'ordre de 6,1% en milieu rural et 8,7% en milieu urbain, alors qu'il est de 2,5% en métropole. *Ibid.*, p. 73.

¹⁰ *Ibid.*, p. 77.

¹¹ Nicolas Vignier et al., « Kava Drinking associated with Suicidal Behaviour among Young Kanaks using Kava in New Caledonia », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2011, vol. 35, n° 5, p. 427-433.

métropole¹². Au final, la morbidité psychiatrique, tous troubles confondus, est donc significativement plus importante qu'en France métropolitaine. En outre, elle affecterait plus fortement les populations kanakes et tahitiennes que les autres communautés¹³.

Pour compléter ce tableau, il est nécessaire de s'intéresser à un ensemble de phénomènes indicateurs d'un malaise social, mesurés dans d'autres enquêtes relevant de l'épidémiologie sociale. La prévalence élevée du PTSD chez les femmes est par exemple à relier à l'importance des violences sexuelles en Nouvelle-Calédonie. L'enquête de Christine Hamelin et Christine Salomon montre que ces violences sont plus fréquemment retrouvées en Nouvelle-Calédonie que dans les autres territoires français, et qu'elles le sont encore plus chez les femmes kanakes sans revenus en milieu rural. Leur enquête pointe ainsi une dimension sociale spécifique de l'environnement social colonial en Nouvelle-Calédonie : la prégnance de la violence dans toutes les communautés, qu'elles rapportent à une période où les hommes surpassaient en nombre les femmes, jusqu'à la fin du XX^e siècle. Selon ces auteures, les valeurs liées à la violence jouaient un rôle important dans les relations sociales, rôle qui continue d'être important pour les hommes comme pour les femmes, mais dont ces dernières sont le plus souvent les victimes. En outre, la consommation d'alcool favoriserait davantage la survenue des violences domestiques¹⁴.

De fait, les consommations élevées de substances ainsi que la présence de plusieurs troubles psychiatriques sont indicatrices d'un malaise social qui prend source ou se traduit par différentes formes de violences. Au-delà des mesures épidémiologiques, il est aisé de se faire une idée de l'ampleur des troubles de la souffrance sociale au quotidien. A Lifou, à la « saison des mariages » ou pendant les fêtes de fin d'année, les habitants conseillent d'éviter de prendre sa voiture, tant les accidents de la route sont fréquents. Chacune des soirées de la semaine d'un mariage, l'alcool est consommé en grandes quantités. Les morts violentes sont aussi fréquentes, qu'ils s'agissent de suicides ou de comportements à risques. Les suicides, dont la prévalence n'a pas encore fait l'objet d'un traitement statistique¹⁵, semblent avoir fortement augmenté à Lifou, en particulier chez les jeunes. Au fil de mes séjours d'enquête ethnographique, je suis parfois revenue pour apprendre le suicide d'une jeune femme ou d'un

¹² De l'ordre de trois fois plus pour le PTSD, un chiffre qui pourrait même être sous-évalué selon les auteurs. B. Goodfellow, F. Calandreau et J.-L. Roelandt, « Psychiatric Epidemiology in New Caledonia », art cit, p. 78.

¹³ 53,1% de la population kanake et 55% de la population tahitienne ont été touchés par au moins un trouble. *Ibid.*, p. 74.

¹⁴ A. Bensa et C. Salomon, « Instrumentalisation et malentendus. Les Kanaks face à l'appareil judiciaire français de Nouvelle-Calédonie », art cit.

¹⁵ Une étude « START » (Suicide Trend in At-Risk Territories) de l'OMS est en cours en Nouvelle-Calédonie et devrait permettre de mieux comprendre l'ampleur du phénomène. Les données finales n'ont pas encore été publiées.

jeune homme que j'avais côtoyés. Quant à la consommation de cannabis, elle est indéniablement importante et précoce, puisqu'environ 20% des 10-18 ans déclarent avoir déjà expérimenté le cannabis et que 14% en font une consommation régulière, consommation un peu moins importante dans les îles Loyauté qu'en Province Nord et Sud¹⁶. Toutefois, les études sur cette question produisent des résultats divergents : certaines considèrent que la consommation de cannabis est plus répandue en Nouvelle-Calédonie qu'en métropole¹⁷, tandis que d'autres la disent légèrement inférieure, mais pointent la précocité des expérimentations¹⁸. La précocité alliée à des variétés aux substances actives probablement élevées pourrait être en cause dans les schizophrénies des jeunes en Nouvelle-Calédonie, mais de tels liens restent à établir.

Par ailleurs, il faut noter que la consommation de cannabis rencontre un pan de la culture océanienne fortement influencé par le mouvement rastafari – le reggae et la contestation de l'hégémonie blanche en étant les deux thématiques principalement reprises. L'image d'une jeunesse kanake qui consomme du cannabis recouvre une réalité socioculturelle revendiquée par celle-ci et inscrite dans la contestation des modèles européens¹⁹. La consommation peut être liée à un mal-être clairement exprimé ou non, individuelle ou collective. Dans ce dernier cas, elle s'apparente à la consommation de kava, qui implique la fréquentation du *nakamal* [bar à kava], nouvel espace de sociabilité qui permet de se retrouver dans un cadre collectif qui n'est ni celui des cérémonies ou rassemblements coutumiers et religieux, ni celui des kermesses des tribus. A la tombée du jour, avant le repas du soir, jeunes et moins jeunes, majoritairement des hommes, s'y retrouvent. Certains y viennent avec leurs enfants pour y boire un *shell* [bol] de kava en même temps qu'y avoir un moment de « partage » – discuter, jouer à la pétanque, la belote ou aux dominos. Assis sur des bancs autour du feu, les hommes jouent à la guitare et chantent doucement. Les voix sont basses, apaisées par les propriétés sédatives du kava, qui se boit à Lifou en grande quantité. On y parle peu, faisant ainsi un usage de la parole opposé à celui qui a cours dans les rassemblements collectifs. On croise au *nakamal* de nombreux patients du CHS qui viennent non seulement pour le kava dont l'effet sédatif s'ajoute à celui des neuroleptiques, mais aussi pour retrouver des amis. On trouve dans l'ambiance du *nakamal* une forme de sollicitude qui renouvelle l'éthique de relationnalité des

¹⁶ *Baromètre santé jeunes de Nouvelle-Calédonie - résultats généraux 2014*, Nouméa, Agence Sanitaire et Sociale, 2016, p. 32.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ Francois Beck et al., « Usages de drogues à l'adolescence en Nouvelle-Calédonie. », *Alcoologie et addictologie*, 2008, vol. 30, n° 4, p. 360.

¹⁹ La musique Kaneka, inspirée du reggae, est apparue dans la foulée du festival Melanésia 2000 organisé par Jean-Marie Tjibaou en 1975. Ses chansons mêlent souvent revendications indépendantistes et thématiques rastafariennes.

communautés océaniques. La consommation de kava et de cannabis peut ainsi être le médium d'une sociabilité recréée autour d'autres valeurs océaniques, et une autre façon de prendre soin les uns des autres²⁰.

Ainsi, la consommation de cannabis est banalisée dans la mesure où elle est intégrée à un certain pan de l'identité océanique. Mais elle est en même temps l'objet d'une pénalisation importante, un phénomène probablement renforcé par le fait qu'il s'agit de la principale drogue produite et consommée en Nouvelle-Calédonie²¹.

La perception de la souffrance adolescente sous l'angle du risque ou de la consommation de substances psychotropes, bien qu'elle rende compte d'un problème réel, tend toutefois à favoriser des modes de résolution punitifs qui sont dans la continuité des régimes de soins mis en place avec la colonisation. Elle se traduit aussi, dans le traitement médiatique qui en est fait, par une stigmatisation de la jeunesse océanique et en particulier kanake, qui est plus facilement associée à ces comportements déviants que les autres communautés. Comme l'a montré Tate LeFevre, l'omniprésence dans les discours politiques et médiatiques du thème de la crise de la jeunesse, un phénomène retrouvé dans l'ensemble du Pacifique, perpétue des discours coloniaux racialisants sur la subjectivité des Océaniens, dont on estime qu'elle est nécessairement désorientée²². Elle occulte également la complexité des troubles psychotiques, qui ne sont plus perçus qu'au prisme de l'abus de substance, une perception renvoyant autant si ce n'est plus aux catégories policières qu'à celles de la psychiatrie, et qui limite les réponses thérapeutiques apportées. Dans les enquêtes citées, on en apprend peu sur les facteurs qui favoriseraient une prévalence élevée des troubles psychotiques : les résultats discutés mettent l'accent sur le PTSD, l'abus d'alcool et de drogue, mais rien n'est dit des troubles psychotiques. L'appareil épidémiologique tend ainsi à perpétuer implicitement les régimes épistémiques coloniaux qui sous-tendent les dispositifs disciplinaires. La réponse apportée à la schizophrénie repose alors sur le recours aux forces de l'ordre pour contenir une décompensation, puis sur l'enfermement à l'hôpital.

²⁰ La fréquentation du *nakamal* comme d'un espace collectif de soin de type « néo-traditionnel océanique » pour des adolescents en souffrance est suggérée dans N. Vignier et al., « Kava Drinking associated with Suicidal Behaviour among Young Kanaks using Kava in New Caledonia », art cit, p. 430. Pour des analyses approfondies de l'usage de drogues comme modalité de soin, on se référera aux travaux d'Angela Garcia sur l'épidémie d'héroïne au Nouveau Mexique. Angela Garcia, « The Elegiac Addict: History, Chronicity, and the Melancholic Subject », *Cultural Anthropology*, 2008, vol. 23, n° 4, p. 718-746 ; Angela Garcia, « The Promise: on the Morality of the Marginal and the Illicit », *Ethos*, 2014, vol. 42, n° 1, p. 51-64.

²¹ La consommation d'autres produits psychoactifs est beaucoup plus faible qu'en métropole. F. Beck et al., « Usages de drogues à l'adolescence en Nouvelle-Calédonie. », art cit.

²² Tate LeFevre, *Creating Kanaky: Indigeneity, Youth and the Cultural Politics of the Possible*, New York University, New York, 2013, p. 114.

Pour avoir une lecture plus pertinente des consommations d'alcool et de cannabis, et pour proposer des réponses préventives plus adaptées que les recours punitifs actuels, il faut concilier ces chiffres avec ceux documentant le malaise social de la jeunesse océanienne et en particulier kanake. L'enquête *Situation sociale et comportements de santé des jeunes en Nouvelle-Calédonie* met en lumière plusieurs phénomènes indicateurs de la souffrance sociale dans la jeunesse²³. D'une part, elle pointe l'importance des inégalités sociales et communautaires en matière de réussite scolaire et d'accès à l'emploi, les communautés océaniques étant plus discriminées²⁴. D'autre part, elle montre l'importance des violences physiques et sexuelles, des alcoolisations et des conduites à risque (associées, chez les garçons, à des masculinités construites sous l'angle du risque), ensemble de phénomènes qui sont socialement tolérés. Enfin, elle pointe la prévalence deux fois plus élevées qu'en métropole des tentatives de suicide²⁵.

Pour comprendre ces phénomènes et analyser comment ils se manifestent à Lifou, la manière dont ils sont perçus et leur prise en charge, je m'appuie sur le regard que porte Marcel sur les autres personnes affectées par des troubles psychotiques dans son entourage.

Représentations de la schizophrénie : le regard de Marcel sur ses « pairs »

Pour explorer les représentations encadrant les troubles psychotiques et les recours thérapeutiques qui leur sont associés, je propose de partir du regard que Marcel porte sur les autres personnes psychotiques de sa tribu. Marcel a pris du recul sur ce qu'il appelle « sa maladie » et il propose des explications sur les troubles des uns et des autres. Ses descriptions rejoignent les interprétations communes sur la maladie mentale à Lifou, à la différence qu'il est en mesure de proposer des hypothèses plus larges sur les événements qui ont favorisé la chronicité. Ainsi de ce voisin qui était parti chercher des crabes de cocotiers un soir de pluie, au bord de la mer. Pour attendre que la pluie cesse, il s'est abrité dans une grotte et c'est à ce moment-là qu'il commença à entendre des voix. Mais au lieu de consulter un médecin rapidement « pour pouvoir le calmer et faire disparaître les voix », il est « resté comme ça », explique Marcel.

²³ *Situation sociale et comportements de santé des jeunes en Nouvelle-Calédonie*, Nouméa, INSERM, 2008.

²⁴ *Ibid.*, p. 75.

²⁵ *Ibid.*, p. 67.

« Oui, moi je pense que lui, il a pas été voir un docteur pour pouvoir lui donner un cachet pour le calmer, je pense. Parce que moi quand ça m'est arrivé le troisième jour, et ben j'avais un cousin [qui a dit] « il faut l'emmenner à Wé, ça ça vient de la tête il faut l'emmenner à Wé. Et ben tu vois, on m'a emmené le soir, on m'a donné une piqûre, j'ai dormi, je me suis réveillé le matin. Après, il y avait encore, mais tu vois, c'était calmé (...). Lui, le cousin (...) c'est lui qui a eu l'idée de m'emmenner à Wé, et c'est ça qui m'a sauvé. Si j'avais gardé ça pendant une semaine, je crois pas que j'allais revenir. »

Il aurait ainsi fallu « calmer » plus tôt, en recourant précocement aux « cachets » ou aux « piqûres » du dispensaire. Comme l'ensemble de mes interlocuteurs, Marcel note la jeunesse de ceux qui vivent ces premières hallucinations (une vingtaine d'années) et la violence d'une crise qui est fondatrice du parcours psychiatrique.

Les vagabondages – ceux de *nekö i dro* [enfants de la terre, personnes atteintes de déficience], comme ceux des « jeunes » – sont aussi relevés et tolérés, signes d'une errance acceptable. Marcel décrit ainsi ce vagabondage d'un malade de la tribu :

« Il va à Wé tout le temps, il prend sa radio, même si c'est sous le soleil, il va comme ça par-ci par-là, c'est quelque chose qui le rend plus tranquille. En ce moment il va un peu mieux. Mais il y a des fois quand ça arrive, et ben il peut faire le tour de la tribu en une journée, hein ! Marcher de la tribu d'ici à là-bas, de là-bas à ici... Des fois je le vois passer là là, sur la route... »

Au sujet d'un autre, Marcel raconte que « quand il se réveille le matin, il prend son café, et sa radio, et puis il marche, il va là où il veut ». Les uns et les autres gèrent semblent trouver un apaisement en marchant et en écoutant une radio, dont ils attendent sans doute qu'elle couvre leurs voix comme la télévision de Marcel.

Mais l'estimation des troubles des uns et des autres se fait surtout à travers l'observation des modifications physiques et de l'agressivité, qui est mesurée, comparée et dont on décrit les formes de résolution associant systématiquement la « piqûre » et les gendarmes.

« Quand on lui parle, il répond, mais seulement, on voit qu'il tremble. Mais tu vois, c'est plus les problèmes de voix et tout, c'est ça, maintenant c'est grave comment il tremble ».

Marcel ne sait pas pourquoi il tremble, mais il associe le tremblement à l'énervement et à l'intervention des gendarmes qui en découle.

« Un jour, on l'a emmené là-bas pour une piqûre, et ça s'est calmé. Soit c'est la famille qui l'emmené, soit c'est les gendarmes qui viennent le chercher. Tu vois, il devient

agressif ! Et quand il s'énerve, mais il tremble à fond ! C'est pour ça, des fois c'est les gendarmes qui viennent le chercher, ou c'est la famille. »

L'évaluation de l'état de maladie se fait donc surtout en mesurant le degré d'agressivité ou au contraire le calme retrouvé. Si bien que Marcel, comparant les uns et les autres, me dit d'une autre personne que « lui, il est plus tranquille ». La mesure de l'agressivité et son contrôle sont au cœur des descriptions et des explications proposées par Marcel, ce qui recoupe une tendance commune des explications profanes de la maladie mentale. Mais dans le contexte (post)colonial de la Nouvelle-Calédonie, le recours constant à la « piqûre » et aux gendarmes incarnent aussi la normalisation des pratiques punitives pour gérer les troubles de l'individu et du collectif. Gendarmes et piqûres, mobilisés pour gérer des situations de crise, constituent le dispositif acceptable de gestion de la souffrance psychique, souffrance qui est ici représentée sous l'angle du débordement. Sur le long terme, pour prévenir une nouvelle crise, l'administration mensuelle des neuroleptiques sert d'abord à maintenir l'harmonie sociale en régulant les excès et les risques de débordement.

Ce qui distingue le discours de Marcel de celui de mes autres interlocuteurs, c'est son expérience intime de cette agressivité et sa connaissance d'autres modes de régulation. Il est convaincu de l'importance d'un recours précoce à la médecine du dispensaire pour prévenir les débordements de la maladie. Et il me dit aussi régulièrement à quel point il voudrait que les membres de l'entourage des malades comprennent mieux la maladie et l'agressivité, pour qu'ils adaptent leur comportement en fonction. Il apporte d'ailleurs quelques conseils pour cela :

« Moi je veux que les gens qui nous regardent, (...) il faut qu'ils comprennent aussi. Parce que moi je te dis, dans des cérémonies coutumières, et ben les gens ils boivent, hein ! Et puis eux [les malades] quand ils arrivent ici, qu'ils demandent des cigarettes ou un verre de vin, et ben l'autre, son cousin il s'énerve et il lui dit de dégager ! Et puis lui, quand ça l'énerve et ben il commence déjà à vouloir se battre ! Lui, il vient demander un verre, à un groupe de jeunes, il arrive et il demande s'il peut avoir un verre, le cousin qui est déjà parti [parce qu'il a trop bu], il lui dit "non tu vas partir d'ici tout de suite !". Ça, ça commence, ça déclenche une bagarre ! Parce que quand on lui dit, pour lui, on le déshonore, parce que c'est devant tout le monde ! (...) Et après, quand c'est parti une bagarre, hein, c'est général ! On le tient, il peut plus se calmer ! C'est quelque chose qui part ! Je sais pas comment il se calme quand il va à la maison. Mais quand il s'énerve, c'est ça. Après moi j'ai dit, voilà les gens il faut qu'ils comprennent que la maladie des fois c'est ça. Des fois tu arrives à calmer. Mais des fois tu arrives pas à le calmer. Donc

il faut mieux comprendre, quand ils viennent, il faut leur parler gentiment, ou [dire] quelque chose qui va pas pousser les choses à aller loin. »

Du point de vue de Marcel, la consommation abusive de substances est centrale dans le déclenchement ou l'aggravation de l'agressivité ou de la souffrance. Il rejoint ainsi les registres explicatifs kanaks contemporains qui associent la survenue de troubles psychotiques chez les jeunes hommes à la consommation d'alcool et surtout de cannabis. Ainsi explique-t-il la rechute de certains jeunes hommes, plus fréquente pendant la saison des mariages. Pendant les préparatifs des mariages, les jeunes hommes se retrouvent pour aller chercher le bois puis construire les abris cérémoniels qui recevront les hôtes. Pendant ces préparatifs puis au cours de la semaine de mariage, l'alcool est consommé en quantités très importantes. Pour ces jeunes hommes qui occupent un large pan des registres discursifs sur la maladie mentale à Lifou, le déclenchement des troubles psychotiques ou la rechute est systématiquement associé à ces abus. Face à la décompensation, qu'il s'agisse de violents symptômes psychotiques ou d'une tentative de suicide, le premier recours thérapeutique est l'intervention des gendarmes, étape initiale de l'évacuation sanitaire de la personne vers l'hôpital psychiatrique à Nouméa.

L'urgence psychiatrique dans la tribu : suicides et décompensations psychotiques

Ces crises spectaculaires sont au cœur des récits de l'entourage pour caractériser la maladie, récits qui mettent en scène le maillage sanitaire associant les petits chefs coutumiers, la gendarmerie et les acteurs médicaux. La décompensation prend la forme d'une manifestation agressive – case brûlée, violente altercation – ou d'une tentative de suicide – immolation par le feu, saut dans le vide depuis un promontoire élevé, usage d'un fusil, pendaison. Comme dans le cas de Marcel, la famille proche et élargie se rassemble autour de la personne, assurant une forme de première contenance, puis mobilise le petit chef, les gendarmes et le dispensaire, si la crise dure plus de quelques jours ou si elle est trop violente.

Un diacre d'une quarantaine d'années, Philippe, me raconta comment il essaya de mettre fin à ses jours quand il avait dix-neuf ans, dans les années 1990. Nous discutons ensemble le lendemain d'une conférence sur le suicide qui s'est tenue à Lifou et qui a mobilisé un grand nombre de parents et de responsables religieux inquiets face à la recrudescence des cas de suicides chez les jeunes hommes et jeunes femmes de la tribu. Dans son adolescence, Philippe

vivait à Maré dans un environnement familial violent, accueilli par un oncle qui battait son fils. Le désespoir et la détresse qui émerge de son récit, au lendemain d'une conférence sur le suicide, tranche avec la violence des formes d'institutionnalisation qu'il décrit. Adolescent en souffrance, il avait manifesté des comportements automutilatoires et agressifs, qu'il associe à ses premières consommations d'alcool et de cannabis. Après une dispute familiale, il brisa une fenêtre puis partit dans la forêt en menaçant de suicider, où il resta plusieurs jours. A son retour chez son oncle, les gendarmes et les médecins l'attendaient, « et ils m'ont tout de suite chopé » dit-il, « et puis... vla ! Une grosse piqûre, et puis dans l'hélico, direct, Nouville après. Je me suis réveillé j'étais à Nouville ». Il resta deux mois au CHS, au pavillon 5, dont une semaine à « l'isolement ». Il décrit un traitement qui le rendait malade, et pense que « peut-être les spécialistes n'ont pas eu assez de temps » pour trouver le bon traitement :

« Parce que pour moi quand j'étais à Nouville, c'était les cachets qui me rendaient malades. Moi j'étais bien (...). Mais c'était les cachets qui me rendaient tout le temps naze (...). Ah oui ! Mais à Nouville, mais j'étais enfermé !... oui, isolement ! Isolement ! Une semaine, j'étais à l'isolement ! (...) Isolement ! J'ai juste une natte pour dormir, et puis le mec il vient et puis... des cachets, des cachets, des cachets. »

La maîtrise des décompensations psychotiques suit le même déroulement. D'abord, le père, la mère ou un autre membre de la famille proche s'inquiète de symptômes inhabituels et essaie de les contenir en faisant appel à d'autres personnes de l'entourage. Si les symptômes s'aggravent, que la personne essaie d'incendier une case ou de mettre fin à ses jours, la famille aidée du petit chef fait appel aux infirmiers du dispensaire et au médecin de garde, ainsi qu'aux gendarmes. La personne est ensuite « évasanée », c'est-à-dire envoyée en évacuation sanitaire à Nouméa, par l'avion commercial ou parfois par un avion spécialement affrété. Voici la description d'une urgence psychiatrique telle que la relate Martin, un infirmier de Lifou référent en psychiatrie :

« Une urgence psy, en gros, c'est quelqu'un de la famille qui vient au dispensaire et qui vient dire, “vous allez voir mon cousin, ou mon papa, ou mon tonton ou mon petit frère qui n'est pas bien là-haut”. Ça fait trois nuits par exemple qu'il dort pas. Ça fait trois nuits que la nuit il commence à déambuler devant la cour. Il commence à crier, il commence à avoir peur, il a un regard hagard par exemple, ou il devient menaçant, il commence à se balader avec un couteau, ou il commence à faire du mal au chien, ou, tu vois, à martyriser le petit chien ou le petit chat. Un comportement qui est... asocial, en général c'est ça. Donc il vient nous voir. En général (...) l'entourage familial, son

environnement, en fait, les gens ils sont aussi très alertés par rapport à son comportement. »

L'entourage familial proche détecte de premiers symptômes manifestés par un comportement hagar, menaçant, peureux ou explosif. Les infirmiers du dispensaire tâchent alors de décrypter dans les symptômes le signe d'un trouble grave, en même temps qu'ils identifient une personne dans la famille qui sera leur « référent ».

Les infirmiers kanaks du dispensaire jouent ici un premier rôle de traduction et de relai dans la relation thérapeutique : ils traduisent une inquiétude familiale en symptômes, déplacent la contenance familiale et communautaire vers la contenance médicale.

Cette contenance repose sur l'association d'une contention et d'une contrainte, si la crise déborde de trop et qu'il faut « monter à la tribu ». Rose, une infirmière psychiatrique du CHS originaire de Lifou qui assure une partie des visites à domicile, décrit cette deuxième étape de l'urgence psychiatrique, dans laquelle émerge la dimension sécuritaire :

« Quand ils crisent là-haut, et ben si y a pas les pompiers, ce sont les gendarmes, hein ! Les gendarmes ils arrivent, ils le maîtrisent, ils sont bien costauds, nous on arrive, on pique ! Ou quand y a une crise comme ça, au début, nous quand y a une crise, on appelle d'abord le petit chef de la tribu, avant les gendarmes. On voit la famille, si la famille n'est pas là, on appelle le petit chef de la tribu. Le petit chef il arrive, et s'il n'arrive pas à faire quelque chose, ben c'est les gendarmes qui interviennent. »

Un psychiatre de garde à Nouméa est appelé, qui déclenche le plus souvent le processus d'évacuation sanitaire du patient, accompagné d'un gendarme ou d'un infirmier. Les problèmes récurrents de transports aériens peuvent engendrer des situations rocambolesques, si la personne malade n'a pas ses papiers avec elle, ou si les vols sont complets, ce qui arrive fréquemment. Le patient est alors hospitalisé au dispensaire, sédaté par des neuroleptiques, le temps qu'un vol et un accompagnant soient disponibles.

Ainsi, dans les récits formulés par les infirmiers et cadres de santé de Lifou, le « patient psy » apparaît d'abord sous un angle sécuritaire. La folie est à maîtriser plus qu'à contenir, et le recours aux gendarmes est la norme. Martin poursuit ses explications en décrivant la spécificité de ces patients sous l'angle sécuritaire :

« Le problème des psy, c'est que quand on les envoie sur Nouméa... c'est pas un patient, c'est pas un malade comme un malade ordinaire, c'est-à-dire que c'est un malade où derrière il faut aussi de la sécurité. C'est un malade qui est dangereux d'un point de vue sécurité. C'est-à-dire qu'on peut pas le garder au dispensaire, parce qu'il est dangereux, pour lui-même, et il peut être dangereux aussi pour les autres malades.

Donc du coup c'est très difficile, par exemple pour evasner un malade, il faut qu'il soit accompagné par quelqu'un de confiance. »

Quand il arrive que le patient ne puisse pas prendre un vol régulier et qu'un avion spécial soit affrété, « c'est assez violent » raconte Martin :

« C'est déjà un individu qui est bien perturbé, qui ne répond pas aux neuroleptiques par exemple, (...) qui est en crise, donc qui est dangereux, qui est potentiellement dangereux. Donc, en fait, on peut bénéficier par exemple de l'escorte, ou du soutien, de l'assistance d'un gendarme par exemple pour l'emmener sur Nouméa. (...) Ils sont toujours accompagnés (...). Quel que soit le mode d'envoi à Nouméa, le mode d'evasan, ils sont toujours accompagnés. Quelque part, des fois quand ils sont dangereux, là ils sont accompagnés par les gendarmes, pour la sécurité du pilote, hein, il faut... on prend pas des mesures extrêmes pour ça, hein, c'est pas non plus, faut pas le prendre comme ça, mais euh... dans la vie de tous les jours le, si tu veux, le patient psy, le malade psy, il n'est compris que par le personnel soignant et l'entourage de la famille. Le pilote il passe pas un brevet spécial transporteur de psy, quoi, tu vois ce que je veux dire ? (...) Faut des gens qui connaissent la pathologie de la personne, qui sont près de la personne donc en l'occurrence la famille, ou quelqu'un du service hospitalier, du service du dispensaire. »

Par l'importance du dispositif sécuritaire qui est mobilisé, le « malade psy » entre dans une « carrière morale » de malade mental²⁶, dans laquelle la relationnalité se brise au profit de la maîtrise du débordement, suscitant la crainte autour de lui. « Ça me fait peur », me disait une cadre du dispensaire, « parce qu'ils sont menottés, piqués ».

Le croisement des dispositifs disciplinaire et curatif témoigne de l'enchevêtrement constant du soin et de la contrainte dans le maillage sanitaire de la maladie mentale à Lifou. La folie, qui avec le *nekö i dro* [enfant de la terre, personne atteinte de déficience] était représentée sous l'angle d'une circulation dans l'espace relationnel, et dont la liminalité se cristallisait au seuil du monde invisible, se fige à la lisière des institutions médicale et disciplinaire. Le *nekö i dro* tel que le décrit Martin était ce qui faisait le « trait d'union » entre les deux mondes, le « lien entre le paranormal, le non-dit, ce qu'on ne voit pas », ce qui faisait qu'« à travers lui, on va lire ce qu'on ne voit pas ». L'institutionnalisation signifie une autre liminalité, entre le monde de la tribu et le monde de l'hôpital, le monde de Lifou et celui de Nouméa.

²⁶ Erving Goffman, *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Editions de Minuit, 1968, 452 p.

L'étiquette médicale de « schizophrénie » est finalement peu présente dans les représentations profanes et spécialisées de la maladie. La carrière morale du malade est surtout caractérisée par la dangerosité et le recours à la contrainte. L'entrée dans l'institution marque le début d'un parcours de chronicité psychiatrique qui, avec la volonté de favoriser le « retour des patients dans les tribus » se traduit par de nouvelles formes d'institutionnalisation, dont les piqûres mensuelles de neuroleptiques et les visites à domicile des infirmiers sont les deux formes principales.

Institutionnalisation, neuroleptique et chronicité

Une fois la personne sortie de l'hôpital, la thérapeutique proposée repose sur l'administration mensuelle de neuroleptiques à action prolongée, pour assurer la continuité des soins entre l'hôpital et la tribu. Ce traitement est présenté au patient et à sa famille comme un traitement à vie et l'adhésion thérapeutique est au cœur du suivi des « patients psy ». Martin, qui coordonne leur suivi à Lifou, décrit l'importance des traitements neuroleptiques dans les prises en charge, qui constituent selon lui un « recours ultime » mais aussi indispensable à la continuité des soins recherchée.

« On sait que s'il manque une injection (...), tôt ou tard il va refaire une crise et puis il va se retrouver sur Nouville. Il faut être en alerte. Il faut être assidu avec les rendez-vous d'injection, c'est-à-dire toutes les quatre semaines, et il faut les voir tout le temps. »

Les patients sont présentés sous l'angle du manque et de la perte d'autonomie, que seule une chimiothérapie pourrait pallier, mais aussi sous celui d'une inévitable chronicité. La maladie mentale est synonyme d'une entrée dans un processus de déclin qui distinguerait ces troubles des autres maladies. On retrouve dans les propos de Martin la stigmatisation de la maladie sous l'angle du déclin inéluctable, qui participe d'une « défaite sociale » favorisant les processus de chronicité²⁷.

« La différence entre le malade psy et le malade qui n'est pas psy, c'est que le malade qui n'est pas psy, une fois qu'il n'est plus malade, il est normal. Le psy, il faut qu'il y ait un suivi, il faut faire des entretiens avec eux, c'est des personnes qui sont quand même diminuées, dans tous les sens du terme. Pécuniairement, au niveau social, au

²⁷ Tanya Marie Luhrmann, « Social Defeat and the Culture of Chronicity: Or, Why Schizophrenia Does so Well Over There and so Badly Here », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2007, vol. 31, n° 2, p. 135-172.

niveau de la communication, enfin c'est quand même des personnes qui sont assez réduites dans les actes de la vie courante. C'est quelqu'un qui n'a pas accès à la médiathèque, c'est quelqu'un qui... nous derrière il faut qu'on essaie de combler ce genre de choses, d'apporter notre aide. »

Une fois psychiatisée, la personne est présentée comme diminuée et la dimension sociale de la pathologie requiert une quantité de soins supplémentaires pour le dispensaire, suscitant des réticences des équipes soignantes, « parce que c'est lourd », dit Martin. Comme la plupart des acteurs, Martin déplore l'absence de suivis psychothérapeutiques et des maisons thérapeutiques qui « [rendraient] plus humaine leur vie de tous les jours ».

« D'un point de vue technique, la piqûre elle dure cinq minutes. On prépare la seringue et on l'injecte et puis point barre, quoi. Mais après, le suivi thérapeutique des pys, c'est quand même plus poussé que ça, et c'est quand même dommage qu'ici en Calédonie, en général, hein, la prise en charge des patients psy, c'est à 99% de la chimiothérapie quoi, c'est des médicaments, c'est de l'haldol [*neuroleptique*], c'est les injections de neuroleptiques retard ou les neuroleptiques tout court. »

La représentation d'une chronicité caractérisée par la diminution, l'immobilité et le poids sur le dispositif de soins est le contrepoint de celle qu'il formule à propos des *nekö i dro*. Il oppose ainsi valeurs de la relationnalité et circularité des *nekö i dro* aux prises en charge contemporaines qui figeraient les malades dans la chronicité.

« La société, notre société aujourd'hui en 2013 c'est pas la société qu'on a connue nous quand on était gamins dans les années 80, dans les années 90, où la place du psy dans la tribu est une place sacrée, si on peut dire ainsi. Aujourd'hui le psy c'est la personne qui est inutile pour la société, si on veut dire maintenant qu'on a une autre vision de la société, qu'on a perdu nos valeurs, d'antan... où le malade mental [était] considéré comme devin, comme un don des ancêtres. »

Martin décrit la perte d'une circulation des malades dans un espace relationnel vaste qui permettait d'assurer une sollicitude en continu. De fait, la sollicitude repose à présent surtout sur des cellules familiales restreintes, voire éclatées entre Nouméa et Lifou. La sédation des neuroleptiques, qui permet de contenir les symptômes de la maladie, conduit aussi à sédentariser les personnes dans un espace domestique et villageois plus limité. Selon Martin, les personnes souffrant d'une pathologie mentale ont encore leur « place » dans la communauté, dans le sens où elles sont acceptées et participent aux activités communautaires – travail domestique et agricole, cérémonies coutumières, kermesses, fréquentation des

nakamals. Certains continuent de sillonner l'île, mais beaucoup comme Patoche et Lolo, sortent peu de chez eux voire sont institutionnalisés depuis plusieurs années.

Dans cette vision rétrospective idéalisée, la concentration autour d'une cellule familiale a diminué l'espace de circulation des malades et resserré sur ce noyau l'ensemble de la charge thérapeutique. « Les gens marchaient beaucoup, avant » me dit Martin, et ces malades qui « reliaient les familles », « ramenaient des nouvelles » et on discutait avec eux sans attendre de réponse, manifestant ainsi une sollicitude spontanée et naturelle qui faisait selon lui office de « petit entretien psy ».

« Parce que quand il passe à la maison, quand il va repasser dans un mois, il a quand même des repères, tu vois, “ah mais la dernière fois que t'étais passé ici, t'avais pris des claquettes d'ici, aujourd'hui t'es venu en godasses, elles sont où les claquettes ?”, “ah mais j'ai laissé là-haut”... Tous ces actes en fait, imprégnés dans sa tête, c'est comme des schèmes mentaux. »

La conversation banale et quotidienne qu'accompagnait le geste d'hospitalité de chacun faisait office de l'entretien thérapeutique qui, en psychiatrie, permet de restructurer les schèmes mentaux, en expliquant constamment les actes de la vie quotidienne.

Martin décrit le passage d'un régime de soins caractérisé par l'attention simple prodiguée dans les gestes de l'hospitalité quotidienne, à un régime professionnalisé concentré sur une visite mensuelle d'un infirmier pour la piqûre ou la préparation des piluliers, ajoutée à la venue moins fréquente de l'infirmière psychiatrique. L'entourage familial et communautaire continue d'être présent et de signifier au malade sa place dans l'organisation sociale, mais de façon plus restreinte.

« Quand ils passaient de maison en maison, bon, c'étaient pas des psys, des psychiatres ou des psychologues qu'ils avaient dans chaque foyer, mais en fait ça permettait de garder une image et (...) ça permettait, déjà pour lui, de savoir qui il est. »

D'après Martin, la circulation dans le réseau relationnel permettait au malade de « savoir qui il est », c'est-à-dire de lui rappeler sa place et son identité, une identité qui se déployait non seulement dans le réseau des alliances, mais aussi dans l'espace liminal de la circulation entre les mondes. Formulant son analyse à partir d'une vision idéalisée du passé, Martin assimile la fin de la circulation, qui caractérise selon lui les régimes de soin contemporains, à la perte d'une identité.

« Tu vois la notion d'identité, tout ça, d'un point de vue psychiatrique. Ce que je suis, ce que je sais faire, ce que je peux. Parce que ça, ça va l'encourager, ça va permettre

d'asseoir les choses au fond de sa tête et continuer de ne pas être dans l'abandon. Ça c'est des petites notions mais qui sont très importantes et très intéressantes et qui sont valorisées par le fait de rencontrer des gens, par le fait d'aller aux champs, de faire des choses de tous les jours. Ça, ça contribue à l'aspect holistique du patient. »

Dans la description qu'il propose de ce qui importe pour le malade s'entremêlent les valeurs du soin véhiculées par le régime discursif de l'autochtonie, mais aussi les principes de la thérapie psychiatrique, dessinant implicitement les économies morales des infirmiers kanaks : d'une part, la dimension holistique de la personne, d'autre part l'idée d'une place, qui permet d'« asseoir » la personne et lui évite « l'abandon ». La vision idéalisée du passé que propose Martin, inscrite dans une éthique relationnelle, ne doit pas occulter la présence d'autres pratiques qui ont été mentionnées par d'autres interlocuteurs comme les exils sur des îlots au large de Lifou ou des enfermements dans les maisons. Les représentations contemporaines se construisent dans une mise en valeur de la tradition qui insiste sur la dimension sacrée et la circulation des malades. Dans cet imaginaire, qui correspond en partie aux pratiques de soins encadrant les malades, l'interruption de la circulation dans le réseau relationnel de Lifou favorise la chronicité.

« Aujourd'hui, en 20 ans, en 30 ans, en 20 ans, 25 ans, ça devient... c'est passé à l'inverse. Le trajet par exemple d'un malade psy de Lifou, s'il part sur Nouméa, il part au CHS, il va être interné au 5, au pavillon 5, le pavillon fermé. Au bout de deux semaines il va mieux se sentir, il va s'équilibrer d'un point de vue chimiothérapique, et on va le transférer au pavillon 7 pour préparer sa sortie, et ça va s'arrêter là, quoi. »

En l'absence de dispositifs d'accueil à Nouméa, et avec la distension de certains réseaux familiaux, la sortie de l'hôpital se traduit aussi par une augmentation du sans-abrisme à Nouméa. S'ils ne rentrent pas dans leur famille à leur sortie, les malades originaires des îles ou de brousse « terminent à la rue ». La circulation dans le réseau relationnel, facette océanienne de l'errance qui caractérise une partie des symptômes de la maladie mentale, se traduit par une augmentation de l'errance dans un contexte urbain où les réseaux familiaux sont géographiquement et socialement plus distendus. Si les solidarités familiales perdurent encore dans le contexte urbain, se traduisant par une vie de quartier qui reproduit une partie des habitudes océaniques, elles restent toutefois insuffisantes pour accueillir les malades et assurer une continuité dans leur parcours.

Le retour dans les tribus est donc favorisé, et ce sont plutôt les infirmiers qui entrent dans un mouvement de circulation en se déplaçant vers l'espace domestique afin d'administrer la piqûre de neuroleptiques. Faute d'une éducation thérapeutique proposée aux familles et aux

malades pour être plus autonomes dans l'accompagnement du malade, les familles deviennent alors, pour reprendre l'expression de Martin, un « cordon qui relie au dispensaire », autrement dit un noeud dans le maillage sanitaire.

Les visites à domicile d'une infirmière psychiatrique

Dans ce maillage sanitaire, les infirmiers kanaks de Lifou, qui ont exercé le plus souvent à Nouméa et à Lifou, sont d'autres relais indispensables, médiateurs du transfert des malades de l'hôpital vers les tribus. La politique de secteur entamée dans les années 1990 s'est traduite par un transfert progressif de l'organisation des soins, les visites ambulatoires étant d'abord entièrement gérées par le CHS, avant que ce ne soient les dispensaires qui s'en occupent. L'équipe du CHS, composée d'un psychiatre, un infirmier et parfois un cadre de santé, ne vient aujourd'hui que pour réaliser l'entretien thérapeutique et s'assurer de la coordination des soins. Ils laissent aux infirmiers libéraux de Lifou ou du dispensaire le soin des injections de NAP mensuelles. La relationnalité qui se traduisait par la circulation et l'accueil, se transfère vers une professionnalisation des soins qui implique le déplacement des professionnels vers les patients.

Dans cette organisation, les infirmiers kanaks originaires de Lifou sont présentés comme un maillon central de la chaîne de soin car, pour reprendre la formule d'une psychiatre, ils connaissent bien les « différents systèmes », c'est-à-dire qu'ils sont à même d'assurer la médiation culturelle entre le « système » biomédical et le « système » culturel kanak, qui est perçu comme opaque et impénétrable par le corps médical européen. Rose est l'une d'entre elle, dont la psychiatre dit qu'elle « peut te faire l'explication traditionnelle, et puis autrement elle est à l'aise avec le point de vue occidental ».

Rose est originaire de Lifou, parle *drehu*, mais elle a grandi à Nouméa et n'a jamais vécu à Lifou. Elle reste toutefois inscrite dans les réseaux d'alliance, qu'elle connaît en partie, mais avec lesquelles elle se tient à distance. Je la retrouve à Lifou à deux reprises pour l'accompagner dans la tournée des visites à domicile. Comme la plupart des praticiens spécialisés qui viennent à Lifou mensuellement, bi-mensuellement, ou trimestriellement, Rose vient un mercredi. Elle arrive avec l'un des psychiatres tôt le matin par le premier vol de 5h, puis repart par le dernier vol du soir. A leur arrivée, Rose loue une voiture et va déposer le psychiatre au dispensaire où celui-ci consulte, avant de partir pour sa tournée de visites à domicile : si c'est à Wé, Rose ira rendre visite aux patients du Nord de l'île, si c'est à

Xépénéhé, elle ira au Sud. L'un et l'autre alternent, de façon à ce que les patients rencontrent au moins un soignant chaque mois, même si des problèmes d'avion ou d'organisation peuvent espacer les visites de plusieurs mois. Rose porte une robe mission ce jour-là, et des bijoux de perle soignés. Dynamique et bavarde, elle commente et m'explique son travail d'un ton enjoué et chaleureux, à peine entrée dans sa voiture ce matin-là. Entre deux visites, Rose me raconte le fonctionnement des prises en charge, son rôle et son lien avec les familles, mais aussi les problèmes des uns et des autres, les histoires des « vieux d'avant », les « boucans » [mauvais sorts], les « endroits tabous » et la « tradition ». Elle a parfois retracé les arbres généalogiques pour établir des liens entre différents malades.

Au fil de la journée, nous rendons visite à quatre familles, certaines comportant plusieurs malades, si bien que près de dix patients sont vus par l'infirmière ce jour-là. Même si Rose ne se concentre que sur une moitié de l'île, l'étendue des distances entre les tribus nous conduit à passer la majeure partie de la journée dans la voiture, pressées par le temps et ne profitant que d'une pause d'une heure le midi. Le temps s'étire entre chaque foyer visité, limitant la durée des entretiens thérapeutiques au strict minimum pour évaluer la condition médicale et sociale du patient. Reprenant le questionnaire thérapeutique qu'elle n'a pas besoin de relire tant elle le connaît par cœur, différents aspects de leur vie quotidienne sont passés en revue pour se faire une idée du bien-être général, de l'adhésion au traitement, ou de l'avancement des demandes d'aménagement ou de construction d'une maison sociale.

Les habitations visitées sont sommaires voire précaires. Un couple d'une cinquantaine d'années, dont l'épouse est malade, habite une petite maison en tôle de deux pièces, isolée dans la forêt, sans sanitaires. A l'extérieur, sous les arbres, des sièges de voiture récupérés ont été disposés entre le congélateur, un moteur de bateau que l'époux répare et une machine à laver sur laquelle est posée une petite radio. L'époux a bien demandé la construction de sanitaires à la Province, mais sa demande n'a jamais abouti et il n'est pas parvenu à voir l'assistante sociale. « C'est décourageant », dit-il avant de se plaindre des fonctionnaires de la Province : « on dirait qu'ils font les difficiles ! On dirait qu'ils nous emmerdent ! Ils font les difficiles avec les Noirs, mais pas avec les Blancs ! Ils répondent pas ».

Assise à côté de lui, son épouse ne dit rien. Elle souffre de plusieurs autres pathologies, s'est fait opérer à Nouméa il y a quelques semaines, et l'infirmière libérale lui rend visite tous les jours. Celle-ci est présente à notre arrivée, en train de prendre la tension et de préparer le pilulier. Les deux infirmières échangent quelques mots sur l'organisation des soins et sur l'état de la patiente. Puis Rose demande au mari comment va sa femme – « oh ben, elle est supportable », répond-il – puis elle se tourne vers la patiente pour savoir comment sont les

« chuchotements » qu'elle entend. Puisqu'ils ont augmenté, Rose propose de réduire l'intervalle entre les injections. Elle prodigue aussi quelques conseils diététiques pour limiter l'hypertension et suggère à la femme de sortir un peu plus, d'aller jouer au bingo ou de rendre visite à sa belle-fille.

Dans une tribu un peu plus loin, nous retrouvons Louis, un patient que Rose connaît bien. Rose a travaillé pendant dix ans au CHS, avant de rejoindre le Centre Médico-Psychologique en ville où elle a désormais son bureau et d'où elle coordonne le suivi des patients des îles. Elle a suivi certains patients depuis leur entrée à l'hôpital, connaît leur histoire personnelle et familiale. Dans ses récits et ses interactions s'entrevoit sa passion pour son métier et le plaisir qu'elle prend à venir à Lifou pour y retrouver ses patients. Louis a une quarantaine d'années et a vécu toute sa vie à Nouméa avant de rejoindre sa famille à Lifou il y a quelques années, après plusieurs hospitalisations au CHS. Dans la voiture, Rose m'explique que c'est un « mec à kava à fond la caisse ! ». A notre arrivée, elle lui lance jovialement, « comment tu vas mon Loulou ? » auquel il répond par un large sourire édenté. Il nous attend sur une natte posée sur la pelouse à l'extérieur de la petite maison en tôle où il vit avec sa mère. Celle-ci nous salue d'un signe de la main, depuis l'abri qui sert de cuisine extérieure et où elle fait la vaisselle.

Rose questionne Louis sur sa consommation de kava et de cannabis. Il n'a pas diminué le kava, mais dit qu'il ne fume plus de cannabis. « Ça prouve que tu es capable ! Il faut essayer de diminuer le kava », dit Rose. Puis elle l'interroge sur ses activités et l'encourage à chaque réponse qui lui semble positive : puisqu'il va aux champs, elle le félicite « c'est bien, il faut travailler ». A la tribu, le projet de « réinsertion » qui accompagne la sortie de l'hôpital s'évalue principalement à « l'utilité sociale » qu'y retrouve la personne, et qui dans l'entretien infirmier se concentre sur la participation aux travaux agricoles. L'amélioration de l'habitat tient aussi une place centrale et Rose interroge systématiquement sur l'avancée des demandes d'aide sociale. Elle vérifie qu'ils reçoivent bien leur allocation, que tel ou tel dossier a bien été déposé aux services sociaux de la Province. « Et ça se passe comment ton aide sociale ? Et la maison, c'en est où ? », demande-t-elle à Louis, avant de le féliciter de nouveau : « c'est bien, t'es capable, t'as monté ta cabane ! ». Puis elle enchaîne sur ses relations familiales et amoureuses ainsi que sur ses autres problèmes de santé, et lui explique comment il pourrait demander un bilan de santé et faire soigner ses dents gratuitement. Puis, comme pour répondre à une question que j'aurais implicitement formulée, Rose l'interroge sur ce qu'il pense être la cause de sa maladie ou s'il pense qu'il va guérir. Louis pense qu'il « a trop fumé de cigarettes [de cannabis] ».

La visite et l'entretien qui l'accompagne participent des modes contemporains d'assujettissement des personnes psychiatisées. Le temps de l'entretien, le patient est objectivé dans son rapport non seulement au traitement, auquel il doit prouver son adhésion, mais aussi avec la cause supposée de la maladie qui, dans le contexte calédonien, rencontre systématiquement l'abus de substances. La complexité des autres modes de rapport à soi, que permet la diversité de modèles explicatifs mobilisés, est effacée par le rituel du questionnaire de l'entretien thérapeutique. Avec les visites en tribu, le pouvoir psychiatrique perpétue la visite rituelle des lépreux, et investit les sujets coloniaux par le biais de nouveaux modes de subjectivation qui déplacent la déviance de la contagion vers celle de l'abus.

Derrière l'objectif d'assurer un « lien avec le soin », l'entretien se focalise sur l'adhésion à un régime thérapeutique rigide. D'après un cadre de santé, les visites à domicile ont été mises en place surtout pour « vérifier les piluliers » des patients. Les injections mensuelles facilitent le contrôle de l'adhésion aux médicaments. Comme le faisait remarquer le psychiatre de Marcel, c'est parce que les NAP facilitent le « contrôle social » qu'ils sont massivement employés à Lifou. Là où Marcel a pu expérimenter, questionner, et exprimer des émotions, les autres malades sont subjectivés autour de l'adhésion à un traitement destiné uniquement à annihiler le trop-plein, dans une perspective d'abord sécuritaire. Ce mode de subjectivation rejoint aussi celui par lequel le malade montre son adhésion au modèle explicatif de l'abus de substance et se plie, ou non, à l'injonction à réduire la consommation d'alcool, de kava et de cannabis.

Ces régimes de soin limitent les possibilités thérapeutiques. Pour reprendre les termes de Martin, l'infirmier déjà cité, la dimension « holistique » se perd dans la rigidité d'un circuit institutionnel dans lequel se fige l'« identité sociale » et la circularité relationnelle se restreint à la « continuité » du traitement et à la mise en relation de l'hôpital, du dispensaire et du foyer. Les schèmes mentaux qui sont retravaillés dans l'entretien thérapeutique se limitent à l'adhésion au traitement, à la stabilité sociale et aux autres problèmes de santé. La désinstitutionnalisation se traduit par une institutionnalisation dans la tribu qui produit des effets paradoxaux : le patient peut s'investir dans des activités sociales, mais uniquement dans la mesure où il ne consomme plus d'alcool, de kava ou de cannabis, alors même que leur consommation est une composante centrale de ces rassemblements communautaires. En outre, la venue régulière des infirmiers sanctionne le statut de « malade », réduit les possibilités données à celui-ci d'évoluer, et favorise au final les processus de défaite sociale déjà soulignés.

Enfin, alors que les « enfants de la terre », associés à la vulnérabilité de l'enfance au monde invisible, témoignaient du passage entre les mondes visibles et invisibles, les jeunes hommes psychiatisés dans le cadre de troubles psychotiques restent des « jeunes », fixés au seuil du passage de la jeunesse à l'âge adulte. La représentation sociale de leurs troubles témoigne d'une préoccupation constante autour de leur « assise sociale », de la position qu'ils occupent dans le groupe. En revanche, les femmes occupent une place distincte, reflet de la position marginale qu'elles occupent dans l'organisation sociale à Lifou.

II. Une femme à la marge

La situation des femmes souffrant de troubles psychotiques invite à réexaminer la question de la place des uns et des autres dans l'organisation sociale. Pour elles, les processus de la défaite sociale se posent différemment, car leur place est conditionnée par une situation matrimoniale qui est souvent un des facteurs de la souffrance psychique. Les femmes sont absentes des discours totalisants recueillis sur la maladie mentale à Lifou. Elles n'apparurent pas non plus dans l'étape préalable de l'enquête au cours de laquelle mon amie Paula recueillit un certain nombre de noms de personnes « malades ». Sur la quinzaine de noms figurant sur la liste qu'elle avait préparée, seule une femme fut mentionnée, une cousine atteinte de trisomie et dont on me dit seulement que « personne ne [s'occupait] » et qu'elle « [restait] toute seule ». Quant aux autres femmes de la tribu ou des tribus voisines, elles sont totalement invisibilisées, et c'est souvent en discutant avec des soignants du CHS que j'appris leur existence. Celles-ci entrèrent donc dans l'enquête ethnographique par le biais du hasard : je pris l'une en stop, et l'autre me fut indiquée par son mari qui m'aida un jour à changer un pneu crevé de ma voiture. Cette entrée dans l'enquête, littéralement sur la route, hors du cadre des maisonnées ou de l'institution, est une première indication symbolique de la place qu'occupent les femmes affectées par la souffrance psychique.

L'histoire d'une femme

J'ai rencontré Marie un jour qu'elle faisait du stop au beau milieu de nulle part, sur la longue route la menant à sa maison. Elle rentrait du village et avait sans doute marché pendant plus

d'une heure avant qu'une voiture ne s'arrête sur cette route peu passante. Elle portait une robe mission aux couleurs délavées, un grand sac à main qu'elle tenait serré contre elle et un *manou* [tissu] noué en turban cachait ses cheveux coupés ras. Nous l'avions cherché quelques semaines auparavant avec l'infirmière Rose dans sa tournée des malades psychiatriques, mais nous ne l'avions pas trouvée. Ses deux fils, eux aussi pris en charge par le CHS – des « grands psychotiques », m'avait dit l'infirmière – nous avaient dit qu'ils ne savaient pas où elle était. L'infirmière m'avait ensuite confié qu'elle avait peur de ses fils et qu'elle les évitait. Marie, que j'ai ensuite croisée souvent au magasin ou sur la route, a souvent peur. Quand on est avec elle, il faut faire des détours pour éviter des personnes, tendre l'oreille aux bruits qui l'inquiètent et la rassurer en la menant là où elle veut. Elle a peur de ses fils, mais surtout de sa belle-famille, de puissants *trene i öni* [sorcières] qu'elle tient pour responsables de sa maladie.

Elle avait un peu moins de soixante ans quand je l'ai rencontrée. Veuve depuis quelques années, elle vivait avec deux de ses fils dans une maison neuve construite par le Service de l'habitat social de la Province des Îles. La maison est située dans un endroit un peu à l'écart de la tribu, au bout d'un petit chemin caillouteux. Autour, les broussailles ont été retirées mais le jardin n'a pas été planté de fleurs ou d'arbres. La salle de séjour où nous nous installâmes ce jour-là pour faire un entretien, était aussi vide de meubles. Assises par terre sur une natte, à côté d'un petit réchaud à gaz, nous commençâmes à discuter pendant qu'elle préparait à manger, alors qu'un de ses fils était présent dans une pièce voisine mais n'en sortit pas.

Marie a une petite voix haut perchée et douce, elle parle rapidement, maîtrise mal le français et cherche parfois ses mots. Son récit est saccadé, manque parfois de cohérence, mais elle est vive et enjouée, et alterne entre joie, peur et tristesse alors qu'elle me raconte son histoire. Je l'oriente par quelques questions, mais elle s'approprie le fil de l'entretien pour le tourner à sa guise, et je n'interviens que pour relancer quelques thématiques ou quelques points confus, qui restent le plus souvent imprécis malgré les tentatives d'éclaircissement. En dépit de ce propos décousu, dans lequel les dates sont imprécises, les noms et prénoms se mélangent, émerge le fil d'une vie marquée par une succession de traumatismes et par la souffrance. L'anamnèse fait ainsi ressortir, dans la confusion d'une mémoire affectée, les événements traumatiques de la vie d'une femme kanake, points saillants qui dessinent la trame singulière de ses troubles psychotiques.

« Moi tu sais, Nathanaëlle, moi j'ai beaucoup des histoires avec moi. Tu sais, beaucoup, beaucoup, beaucoup. Ça fait long long long long. Mais... tu sais... moi... tu sais, Nathanaëlle, moi j'ai pleuré parce que tu sais, moi ça me fait... ça me fait... ça me

fait... enfin, oui, ça me fait mal. Ça me fait mal. Enfin, je dis comme ça, ça me fait mal parce que... le commencement, avant quand.... Ouh la la... c'est... c'est quelque chose à expliquer, les histoires. Tu sais ça fait longtemps... tu vois ça fait... ça vient de la maison là-haut. »

Puis Marie égrène les détails de son enfance, de sa famille biologique à sa famille adoptive, de Lifou à la Grande Terre, puis de la Grande Terre à Lifou. L'hypothèse de la « maison là-haut », c'est-à-dire l'explication associée à un endroit maudit, est validée selon Marie par le fait qu'elle va beaucoup mieux depuis qu'elle a déménagé dans sa nouvelle maison, loin du terrain incriminé. Cette hypothèse recouvre en fait, comme chez Marcel, une intrication de modèles explicatifs. La malédiction – de l'endroit ou de la sorcellerie – constitue un premier niveau d'explication que mobilisent Marie, mais aussi l'entourage et le corps médical. De fait, l'infirmière psychiatrique qui la côtoie depuis longtemps a reconstitué son arbre généalogique, et des personnes souffrant de troubles psychotiques sont retrouvés dans l'ensemble de sa parenté : famille biologique, famille d'adoption, famille de l'époux. D'après l'infirmière, les vieux mariaient autrefois entre eux les personnes « qui n'allaient pas bien », car celles-ci étaient plus enclines à accepter le mariage.

Mais ce registre explicatif s'insère dans un ensemble plus complexe, qui fait replonger Marie dans les souvenirs de son enfance, où se mêlent moments heureux et malheureux, avec en filigrane des épisodes traumatiques violents mentionnés avec beaucoup d'imprécision. Ainsi, le premier épisode que me raconta Marie est celui de la mort de sa mère biologique, à la suite d'une violence domestique. Celle-ci aurait été frappée « sur la fesse » avec un *madu* [râpe à coco] par son compagnon, un neveu de son défunt mari. La blessure ne fut pas soignée à temps et s'infecta, si bien qu'elle mourut au dispensaire où l'avait emmenée beaucoup trop tard le compagnon violent. Cette mort violente marqua un premier moment dans la vie de Marie et, plus largement, dans la malédiction du lignage : son grand frère décida alors de changer de nom de famille et reprit le nom de jeune fille de sa mère, pour ne plus être associé à la famille responsable de la mort de sa mère et pour faire cesser la malédiction.

Marie était petite et ne s'en souvient pas précisément. C'est à la même période qu'elle aurait été confiée à une cousine de sa mère, non pas dans le cadre d'une adoption formelle, mais pour qu'elle s'occupe de cette cousine et de son mari jusqu'à leur mort, après quoi Marie reviendrait dans sa famille biologique. Marie égrène alors les détails d'une enfance heureuse passée sur la Grande Terre, où son père adoptif était pasteur. Elle pêchait dans la rivière avec son petit frère et les autres enfants, avant de rentrer goûter à la maison, où son père avait préparé « du thé, du pain, du beurre ». « Mon père il me gâtait trop ! Trop gâtée ». « C'est

joli », répète-t-elle plusieurs fois, au sujet de la pêche avec ses amis, de la maison, de leur cheval, de l'heure de la prière, des campings dans la montagne avec les moniteurs et les autres écoliers, des moments passés à faire le champ avec ses parents, ou à chercher des taros d'eau et des cannes à sucre. Elle avait onze ans quand ils sont revenus s'installer à Lifou, où elle se maria quelques années plus tard, à l'âge de dix-sept ans.

Malheur matrimonial et violences domestiques

Avec le mariage s'ouvre une nouvelle période, marquée par l'abandon, la violence et le malheur. L'insouciance de la vie de *jajiny* [jeune fille] s'interrompt le jour où sa belle-famille vient la « réserver », c'est-à-dire la demander en mariage. La clarté du souvenir de cette coutume de réservation se dégage du flot imprécis des souvenirs de Marie, marque du traumatisme qu'il représente dans sa mémoire.

Marie se souvient précisément quand elle entra dans la case, où l'attendaient tous les hommes de ce qui deviendrait sa belle-famille. Elle replace les uns et les autres dans l'espace nu de ce salon où nous sommes assises, décor imaginaire recréant la case de son adolescence, il y a plus de quarante ans. Son futur mari n'était pas là et la délégation était composée de plusieurs vieux, dont le grand-père de son mari, et du grand frère de celui-ci. Marie aurait d'abord refusé la demande. Puis en regardant le grand frère qui se tenait à l'entrée de la case, elle se sentit comme « tirée » et obligée d'accepter le mariage. C'est par le regard que le sort aurait opéré, « [tirant] son cœur » vers cette nouvelle famille qui ne lui causa ensuite que des malheurs. Comme l'a montré Hélène Nicolas, la « réservation » observée dans les rites contemporains du mariage à Lifou correspond au « rapt » de la période précoloniale, durant lequel un groupe de guerriers venait dérober une future épouse, dans le cadre d'un rapport de force entre clans. De cet usage passé perdure la conflictualité : on ne s'attend pas à ce que la future épouse accepte d'emblée, mais plutôt qu'elle résiste avant que sa volonté ne soit vaincue par la force guerrière que symbolisent les délégations d'hommes. Dans le souvenir de Marie, c'est le regard qui exprime le rapport de force, et qui l'attire dans cette famille mauvaise de *trene i öni*²⁸.

L'arrivée dans la belle-famille est vécue par Marie comme un moment de rejet et l'entrée dans une vie de souffrance. Dès le premier jour, à peine sortis de l'église et alors qu'ils venaient de

²⁸ Hélène Nicolas, *La Fabrique des époux : approche anthropologique et historique du mariage, de la conjugalité et du genre (Lifou, Nouvelle Calédonie)*, Université Aix-Marseille, Marseille, 2012, p. 338-339.

couper le gâteau du mariage, sa belle-sœur lui signifia son sort : « nous on te connaît pas ici », dit-elle à Marie. Cette belle-famille est pour Marie la cause de tous ses malheurs et ce d'autant plus que ce sont d'après elle de puissants *trene i òni*, détenteurs de « boucans forts ». « C'est eux qui [me] font les mauvaises choses (...) », dit-elle. « Le premier jour ils ont commencé ». A dix-sept ans, mariée à un homme de dix ans plus âgé qu'elle, Marie entre dans une vie de malheur et d'isolement. Elle est d'abord isolée à Lifou, puisque son mari infirmier part travailler à Nouméa et qu'elle se retrouve seule avec leurs enfants dans la belle-famille. Puis elle le rejoint avec ses enfants à Yaté dans le « Grand Sud » de la Grande Terre. Yaté est situé à quelques kilomètres de Goro, où sera par la suite construite la mine où travailla Marcel. Mais à l'époque, au début des années 1980, c'est un village isolé et il faut conduire plusieurs heures sur la piste pour rejoindre Nouméa. Marie ne supporte pas la terre rouge latéritique, qui laisse d'indélébiles salissures sur les vêtements, qu'elle ne cesse de laver. Mais c'est surtout l'isolement qui la ronge. Son mari travaille au dispensaire, et chaque week-end, il se rend à Nouméa : l'alcool était interdit le week-end à Yaté²⁹, il faut prendre la route jusqu'à Nouméa, où il aurait aussi une maîtresse. Marie se retrouve alors seule avec ses enfants le week-end. C'est à la suite d'un de ces week-ends qu'une violente dispute éclate. Terrorisée, Marie est allée dormir au dispensaire avec ses enfants. La colère est montée, accumulée par des années de maltraitance et, de rage, elle a englouti quatre bouteilles d'alcool fort qu'elle a trouvées cachées par son mari dans un placard.

« Parce qu'avant, moi j'étais trop gentille avec mon mari, j'ai toujours accepté. Il était mauvais, mais j'ai toujours accepté. Mais là, je pouvais plus tenir. »

Une violente dispute éclate au retour de l'époux qui la trouve ivre, écoutant la radio à tue-tête et criant : elle exige qu'il reste avec eux le week-end. Marie ne rentre pas plus dans les détails violents de cette dispute, et me raconte juste qu'une fois venu le soir, sa tête commence à tourner. A son réveil, son mari la force à voir le médecin du dispensaire. Celui-ci administre une piqûre de neuroleptiques puis elle est emmenée au CHS où elle est enfermée au pavillon 5. Enfermée à clefs la nuit, Marie me raconte qu'elle doit uriner dans sa chambre, car personne ne l'entend quand elle réclame à sortir pour aller aux toilettes. Marie resta sept jours au CHS lors de ce premier séjour, puis y reviendra régulièrement.

Les troubles psychotiques dont souffrent Marie, caractérisés par une forme paranoïde communément retrouvée dans le tableau clinique de la psychose, incarnent aussi la souffrance

²⁹ Les autorisations de vente d'alcool varient d'une commune à l'autre, et d'une période à l'autre. Un grand nombre de communes ont interdit la vente d'alcool le week-end.

et les violences qui accompagnent l'entrée dans la vie d'épouse à Lifou. Hélène Nicolas a montré comment chaque étape du rite matrimonial – « réservation », paiement de la femme, discours des parents et beaux-parents – est marqué par le rappel de la violence et de la souffrance qui attend la nouvelle épouse. La violence du rapt de l'épouse, qui manifestait la conflictualité entre des clans, se reporte dans l'intimité du foyer et du clan. Les pouvoirs de sorciers de ce clan qu'elle intègre, sans doute autrefois mobilisés dans la conflictualité guerrière, se reportent vers une femme, dans le cadre de la relation conjugale.

Dans son anamnèse, l'importance des moments de séparation, vécus comme traumatiques, se fixent dans les rituels qui sanctionnent la vie sociale à Lifou : la séparation quand elle est confiée à ses parents adoptifs, puis le mariage, deux moments fondateurs du récit de la maladie.

Pour lutter contre la maladie et la malédiction, Marie expérimenta en parallèle de son hospitalisation des médicaments kanaks préparés par sa tante. Certains de ces médicaments étaient bouillis puis appliqués sur tout le corps et dans les oreilles – puisqu'elle entend des voix – pour « éloigner la maladie ». D'autres médicaments furent préparés pour « refroidir » et pour « baisser les pensées », comme elle me l'expliqua. Il faut noter que Marie est la seule des personnes que j'ai rencontrées qui ait mentionné ce type de médicament, visant à agir sur la surpression des pensées, le trop-plein et le débordement, pour rétablir l'équilibre cérébral. Sans pouvoir établir une conclusion plus générale sur un éventuel traitement différentiel des troubles psychotiques chez les femmes de Lifou, il est toutefois fort probable que les manifestations explosives de la maladie, le débordement de colère ou de pensées, soient traitées distinctement chez les hommes et les femmes. On observe en effet couramment une différence de diagnostic et de traitement de certains troubles mentaux chez les hommes et les femmes, différence liée aux attentes implicites des comportements attendus des unes et des autres : pendant longtemps, les petites filles ont par exemple été sous-diagnostiquées pour les troubles de l'attention, car leur symptomatologie variait par rapport à celle des garçons³⁰. Ainsi, le récit de Marie nous invite à reconsidérer les soins prodigués aux femmes souffrant

³⁰ De nombreuses études se sont intéressées à ce phénomène, principalement aux Etats-Unis. On citera par exemple Elizabeth Carpenter-Song qui décrit comment les symptômes très divers permettant de diagnostiquer les troubles de l'attention chevauchent les attentes culturelles normatives à l'égard des enfants et des adolescents. Elizabeth Carpenter-Song, « Caught in the Psychiatric Net: Meanings and Experiences of ADHD, Pediatric Bipolar Disorder and Mental Health Treatment among a diverse Group of Families in the United States », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 2009, vol. 33, n° 1, p. 61-85. Quant à Ann Ferguson, elle montre que le surdiagnostic de garçons afro-américains dans les écoles américaines correspond à une pathologisation des masculinités noires. Ann Arnett Ferguson, *Bad Boys: Public Schools in the Making of Black Masculinity*, Ann Arbor, University of Michigan Press, 2010, 272 p.

de troubles psychotiques à Lifou et à les replacer dans les attentes normatives à l'égard du comportement des femmes.

Des folies moins bruyantes

L'ethos de soumission et d'obéissance à Lifou fait que, à la différence des femmes de la Grande Terre qui peuvent « parler fort »³¹, on attend des femmes de Lifou qu'elles parlent peu, sans hausser le ton et sans contredire leur mari, et qu'elles investissent pleinement ce rôle de soumission³².

Marie a parlé trop fort. Le modèle explicatif de la malédiction recouvre en fait la violence conjugale contre laquelle elle s'est opposée. Comme me le confia un jour une infirmière de Lifou, mentionnant entre autres l'histoire de Marie, les histoires de malédiction sont des histoires que se racontent les gens pour ne pas avoir à parler de ce qui ne va pas. D'une part, ces modèles explicatifs, mobilisés par tous – familles, malades, soignants, entourages – servent à orienter les itinéraires thérapeutiques vers des guérisseuses et guérisseurs qui interviennent en chassant la malédiction et qui soignent donc, indirectement, l'ensemble du lignage fragilisé. D'autre part, ils masquent les violences qui existent dans l'intimité de ces clans et dont on ne parle pas. Comme les rites du mariage, les discours-écrans sur la maladie mentale naturalisent un ordre social violent marqué par la conflictualité entre clans et les violences de genre.

Marie a payé le prix d'avoir parlé trop fort par une hospitalisation au CHS. Implicitement, sa colère a mis en cause l'alliance nouée entre les clans par le biais du mariage et donc l'ordre social. Si les femmes de Lifou se plaignent peu des violences conjugales qu'elles endurent, c'est que se plaindre reviendrait à mettre en cause cet ordre. Comme me l'avait expliqué Besen, une jeune psychologue kanake travaillant avec les femmes victimes de violence à Lifou, la place prise par l'épouse dans la famille de son époux lui interdit la verbalisation de ces violences. Quand une femme se marie, ses parents lui disent :

« Tu vas être là-bas, tu restes. Tu pars de ta famille, tu pars d'ici, tu vas te marier. Ne reviens plus. S'il y a une faute là-bas, ce sera pas [la faute de] l'homme mais [de] toi ».

³¹ Christine Salomon, « Hommes et femmes. Harmonie d'ensemble ou antagonisme sourd ? » dans Alban Bensa et Isabelle Leblic (eds.), *En Pays Kanak*, Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 2000, vol.14, p. 311-338. Cité par H. Nicolas, *La fabrique des époux*, op. cit., p. 727.

³² H. Nicolas, *La fabrique des époux*, op. cit., p. 725-728.

Hélène Nicolas décrit également ce moment qui, au cours du mariage, marque le départ de la jeune femme vers sa future famille. Des pleurs abondants accompagnent les adieux de la femme à sa famille d'origine, et les discours prononcés par les vieilles femmes lui rappellent, par le biais de récits sur les souffrances de leur vie d'épouse, que la jeune femme entre ici dans une vie de souffrance³³. Elles rappellent aussi à la jeune femme qu'elle ne pourra pas revenir dans sa famille, quoi qu'il arrive³⁴. Il est attendu des épouses qu'elles endurent la souffrance et les violences conjugales sans rien dire. Pour Besen, en ne dénonçant pas les violences dont elles sont victimes et en parlant peu, les femmes kanakes montrent ainsi le respect de leur « place dans la coutume ».

« La femme kanake, elle assume totalement sa place, son rôle, dans la famille, avec son mari, dans la coutume. [Parler des violences conjugales] c'est enfreindre. C'est comme un sujet tabou, c'est comme de dire "je ne suis pas d'accord". Alors la violence "je la prends mais je la garde. Je ramasse mais tant pis, je vais pas parler de ça, c'est dans la coutume". »

Hélène Nicolas décrit comment l'alliance des hommes, consolidée dans le rituel du mariage, pousse les femmes à la soumission : ne pas s'y soumettre revient à refuser d'honorer les relations de parenté³⁵. Dans l'histoire de Marie, cette soumission apparaît sous la forme d'une souffrance devenue intenable, qui explose au cours d'une violente altercation conjugale qui la mène à l'hôpital psychiatrique, payant ainsi le prix de n'avoir pas respecté la place qui lui était assignée. Devenue veuve, Marie a continué d'être la cible de sa belle-famille qui l'avait « mise de côté », pour reprendre les mots de l'infirmière psychiatrique. « Dans le clan, ils en avaient marre », me dit l'infirmière, qui m'expliqua aussi à quel point il avait été difficile de faire construire une maison pour Marie et ses enfants. Une fois cette maison construite, Marie trouva une forme d'apaisement. Elle m'expliqua qu'elle n'avait plus fait de médicaments kanaks depuis longtemps et qu'elle n'était plus retournée au CHS depuis qu'elle avait sa maison. Cette nouvelle maison, loin du terrain maudit et de la belle-famille, lui apporte la contenance nécessaire, même si ses fils qui vivent avec elle continuent de l'effrayer quand ils boivent trop. Alors Marie repart sur les routes et rend visite à un neveu avec qui elle travaille aux champs. Le récit qu'elle me fait de sa vie se termine sur cet apaisement retrouvé dans le travail aux champs avec ce neveu, qui la ramène aux souvenirs de son enfance passé sur la Grande Terre, du temps où tout était « joli ».

³³ *Ibid.*, p. 404.

³⁴ *Ibid.*, p. 405.

³⁵ *Ibid.*, p. 516-517.

Dans le propos de Marie, la violence est fondatrice des troubles psychiatriques, puisqu'elle est directement responsable du premier épisode de décompensation auquel succède la première institutionnalisation. Dans l'histoire d'une autre de ces femmes que j'ai rencontrée, c'est le récit d'un viol qui lui avait été rapporté qui déclencha à quarante ans, les premières hallucinations, qui se réfèrent chez elle principalement à des situations de viols. « Je ne comprends pas, ça m'est jamais arrivé pourtant », me dit-elle, « ce sont des choses atroces ». Bien qu'ayant épousé son mari dans un « mariage d'amour », celui-ci semblait manquer d'attention à son égard et ne pas la comprendre, tout comme ses enfants, qui lui disaient régulièrement « qu'elle [était] folle ». Après avoir cherché des médicaments chez cinq guérisseuses différentes, c'est auprès des témoins de Jéhovah qu'elle a trouvé un appui, marquant un peu plus un isolement déjà présent au sein de la famille et de la tribu. En effet, le culte des témoins de Jéhovah, interdit dans de nombreuses tribus, est considéré à Lifou comme opposé avec la coutume – puisque les témoins ne doivent pas participer à certaines des obligations coutumières. On y retrouve donc un certain nombre de personnes en situation d'exclusion de leur clan ou leur tribu. Ainsi, l'expérience des troubles psychotiques recoupe certains des traits de celle retrouvée chez les hommes – les voix dans le cimetière, les malédictions et les boucans – mais derrière cet écran culturel commun se déroulent des trajectoires singulières marquées ici par des dynamiques de genre. Trois traits semblent donc primordiaux dans l'expérience des troubles psychotiques des femmes de Lifou : l'importance des violences sexistes et sexuelles, au niveau du déclenchement ou du vécu de la maladie³⁶ ; l'isolement de la famille ou du groupe, puisque leur déviance est corrélée à une rupture de l'ordre sociale qui menace l'alliance des hommes ; enfin leur invisibilisation plus large.

L'invisibilisation des femmes

Le destin de Marie est exemplaire du silence sur les souffrances des femmes et les violences qu'elles endurent. Comme je l'ai déjà mentionné, mes premiers interlocuteurs et interlocutrices mentionnèrent moins les femmes souffrant de troubles psychiques. Comme il arrive souvent, c'est la « visibilité » des troubles, avec l'agressivité, ajoutée à l'institutionnalisation – la prise en charge spécifique d'un enfant à l'école, l'enfermement à

³⁶ Ce phénomène recoupe l'importance des abus sexuels dans les idées suicidaires des femmes et des hommes kanaks. N. Vignier et al., « Kava Drinking associated with Suicidal Behaviour among Young Kanaks using Kava in New Caledonia », art cit.

l'hôpital, la venue mensuelle de l'infirmière psychiatrique – qui sanctionnent la sortie de la normalité et le passage à la marginalité propre au trouble psychiatrique. Le silence de mes premiers interlocuteurs sur les femmes souffrant de troubles psychiques amène plusieurs réflexions.

Dans sa thèse de médecine où elle examine la conscience de leurs troubles – l'*insight* – par les patients psychotiques hospitalisés au CHS, Mélanie Hannart note que 82 % des personnes de son panel sont des hommes célibataires et sans enfants. Elle corrèle ce profil à la consommation de cannabis, plus répandue chez les hommes³⁷. Toutefois, même s'il y a une concordance entre les données épidémiologiques et les perceptions de mes interlocuteurs, celle-ci n'explique pas entièrement l'absence de femmes dans leurs propos. Dans la tribu à partir de laquelle s'étira l'un des premiers fils de la recherche, celui de la folie visible, les femmes n'apparurent que de façon latérale. Ainsi, j'ai demandé quelques mois plus tard à une institutrice originaire de la tribu si elle y connaissait des femmes souffrant de troubles mentaux. Celle-ci réfléchit et pensa à quelqu'un, sans m'indiquer son nom. Elle me dit que la femme en question avait été hospitalisée à Nouville plusieurs fois, et que peut-être il serait intéressant d'en discuter avec elle. Puis elle se ravisa en me disant qu'il était probable qu'elle refuserait de me parler, car la raison de ses troubles était sans doute les violences conjugales dont elle était victime. Selon cette institutrice c'était aussi la raison pour laquelle on m'avait tue l'existence de cette personne – pour éviter d'attiser les problèmes. Dans ma position initiale, étant perçue comme une enquêtrice proche des services sociaux, il n'est pas surprenant que ces personnes aient été consciemment ou inconsciemment invisibilisées par mes interlocuteurs.

J'ai décrit ailleurs comment, dans le cadre de mon enquête, il m'avait été difficile de recueillir des témoignages de violences sexuelles et domestiques, tant ces récits étaient risqués pour les femmes : ces témoignages eurent lieu dans des contextes radicalement extérieurs à l'enquête ethnographique, soit bien avant celle-ci, soit bien après, toujours hors de situation d'entretiens formels et hors des foyers de ces femmes³⁸. Comme me l'avait expliqué Besen, cette jeune psychologue kanake, la parole des femmes « est invisible ». Même si elles ont aussi « leur

³⁷ Mélanie Hannart, *Existe-t-il une dimension culturelle au déficit d'insight dans la schizophrénie ? Étude observationnelle comparative de deux populations de patients issus de deux aires culturelles différentes : Nouvelle-Calédonie versus France métropolitaine*, Université de Caen, Caen, 2016, p. 38.

³⁸ J'avais alors pris le parti de décrire leur capacité à « endurer », et donc à organiser leur vie de façon à échapper à la « place » qui leur était faite dans une organisation patriarcale, plutôt que de délivrer à leur place le récit de violences dont elles n'avaient jamais parlé. Nathanaëlle Soler, *Gendered Violence and Silence in the "Country of the unspoken": reflections on Ethnographic Writing in New Caledonia*, <http://anthropologyofsilence.com/2018/03/08/gendered-violence-and-silence-in-the-country-of-the-unspoken-reflections-on-ethnographic-writing-in-new-caledonia/>, 8 mars 2018.

mot à dire », ce sont toujours les hommes qui « portent la parole ». Plus généralement, ce serait la place des femmes dans la coutume qui, selon elle, expliquerait l'absence de visibilité de celles-ci, et l'absence de dénonciation de situation de violences dont elles seraient victimes. Bien que notre discussion portât alors plus spécifiquement sur les violences faites aux femmes à Lifou, son analyse des phénomènes d'invisibilisation permet de saisir la place singulière des femmes psychotiques et l'importance des violences domestiques dans l'histoire de leur maladie.

Aussi évite-t-on, de la même façon, de mentionner à l'ethnologue les cas de femmes psychotiques dont on sait qu'elles sont liées à des violences conjugales, ou bien en parle-t-on sans mentionner ces violences. Car, pour reprendre Besen, « parler de la violence, c'est porter atteinte à sa place dans la vision de la coutume ».

C'est aussi la raison pour laquelle il fut plus facile pour mes interlocuteurs de parler de maladie mentale visible plutôt que des phénomènes de souffrance que provoquent les violences conjugales, et en particulier des formes de dépression. Ainsi, « l'absence de dépression à Lifou » mentionnée par certains de mes interlocuteurs s'éclaire d'un nouveau jour. Une infirmière me confia ainsi que la dépression ne pouvait pas exister à Lifou, que c'était une « nouvelle maladie » car la présence familiale qui entourait constamment les personnes endeuillées permettait de dépasser la tristesse. Puis elle ajouta que quand une femme vivait des problèmes dans son couple et qu'elle était déprimée, il était mal vu d'en parler. Dans ce cas-là, le couple se devait de chercher de l'aide auprès de l'oncle maternel. Mais la déprime, signe d'un affaiblissement de la personne, du couple et du clan, n'était pas tolérable sur le long terme. Au final, il semble que l'explosion et le trop-plein propres aux troubles psychotiques soient plus acceptables, du moins chez un homme, car ils ne remettent pas en question cette harmonie sociale. En revanche, la souffrance des femmes, si elle est trop exprimée, représente une menace de l'ordre social qu'il est préférable de taire à l'ethnologue. Ainsi, si les malades mentaux, parce qu'ils ont un nom, ont leur « place » dans la société kanake, comme on me l'a maintes fois répété, la folie des femmes est tue car elle remet en question le système de places et les alliances entre les clans.

Pour poursuivre l'analyse des représentations sociales de la maladie mentale et de leurs liens avec la position sociale des uns et des autres, j'examine à présent l'histoire d'un jeune homme.

III. Jeunesse, cannabis et marginalité : l'histoire de Sami

Les « jeunes » que l'on soupçonne de fumer du cannabis, qui traînent « en bande » à la sortie du lycée, que les grands-mères désignent affectueusement comme des « petits bandits », composent un autre pan des discours sur la maladie mentale. Dans les représentations profanes, la schizophrénie des jeunes adultes est en effet associée à la consommation de cannabis et à d'autres comportements déviants. Ces discours-écrans sont d'autant plus efficaces qu'ils rencontrent la validation scientifique, puisqu'un lien est avéré entre le cannabis et le déclenchement de la schizophrénie. Ils font aussi écho au discours sur le « malaise » de la jeunesse kanake dans les médias calédoniens, dans lequel il est associé constamment à la petite délinquance. En ce sens, ils témoignent des économies morales locales, dans lesquelles le soin est sans cesse intriqué à la discipline, et l'institution médicale associée à cette ambivalence fondamentale. L'histoire de Sami témoigne de cette ambivalence.

Adolescences nouméennes

J'ai rencontré Sami et sa famille dans leur maison à Lifou, où ils se sont installés quelques années auparavant, après avoir vécu à Nouméa. Le jour de l'entretien, sa mère me reçoit dans la pièce qui lui sert de chambre dans la petite maison en tôle. Assise sur un petit lit en métal, Suzanne a du mal à se déplacer. En surpoids et souffrant de diabète et de problèmes respiratoires, elle peine à se mouvoir et reste assise sur le lit. Les deux portes de la chambre sont ouvertes, l'une vers le jardin, l'autre vers la cuisine. Des cousins, des cousines, des sœurs nous rejoignent parfois, soit pour écouter, soit pour participer à l'entretien, m'offrir un bracelet, demander quelque chose à Suzanne. Son mari, qui entretient des rapports conflictuels avec son fils, restera dans la cuisine, et n'interviendra que ponctuellement.

Sami dort encore dans la case en face de la maison et une cousine de Sami va le réveiller pour lui annoncer que « l'infirmière » est arrivée : la famille de Sami fait partie de celles qui associent ma venue à celle des visiteurs sanitaires et sociaux. De fait, même si l'entretien s'est bien passé et que nous avons échangé pendant plusieurs heures avec tous les membres de la famille, Suzanne s'opposera à ce que je revienne et me raccrochera au nez après m'avoir dit qu'elle ne voulait plus voir d'autres « *kamadra* qui viennent comme ça à la maison, faire des problèmes ». S'il est difficile d'établir avec certitude les raisons pour lesquelles l'ethnologue

est parfois mise à la porte, il est évident que les seuls *kamadra* avec lesquels les parents de Sami interagissaient étaient des gendarmes, des psychiatres ou des agents des services sociaux. Sami et moi avons le même âge et avons fréquenté les mêmes endroits à Nouméa. Sa sœur a été au même collège que moi, à la même période. J'échange avec elle des souvenirs des profs ou d'autres élèves, même si nous ne nous y sommes pas rencontrés. Dans les années 1990, peu après les « événements », les adolescents européens et kanaks ne se mélangeaient pas dans la cour de récréation. Des ségrégations implicites étaient en place, à l'image des ségrégations géographiques de Nouméa. Sans qu'il y ait de conflits ouverts entre adolescents de milieux socioethniques différents, des tensions, des insultes et des formes d'évitement étaient en place, signe du racisme latent de la société calédonienne.

Sami et sa famille habitaient à la Vallée des Colons qui, paradoxe de son nom, était un des rares quartiers de Nouméa où l'on trouvait une mixité socioethnique. A cette période, les quartiers de Nouméa étaient marqués par la séparation des communautés ethniques, une ségrégation spatiale qui s'est atténuée mais perdure encore. Les quartiers Sud étaient majoritairement habités par des Européens d'arrivée récente, les quartiers périphériques et les squats par les Océaniens³⁹, les Kanaks étant parmi les plus mal logés de Nouméa⁴⁰. Seuls les plus vieux quartiers comme la Vallée des Colons accueillaient une population plus mixte⁴¹. Situé à la lisière des quartiers sud, la Vallée des Colons était composée de grandes et belles maisons coloniales habitées par des Européens, de petites maisons plus modestes et de logements sociaux où vivaient des familles océaniques ou asiatiques. La famille de Sami s'est installée dans un appartement des petits immeubles sociaux surplombant la vallée, après avoir vécu de l'autre côté de la colline, dans le quartier plus défavorisé de la Vallée du Tir.

Sami parle de façon posée, avec des mots choisis et précis, et il écrit des poèmes. Nous partageons en plaisantant les souvenirs des dessins animés que nous avons tous deux regardés, les souvenirs d'autres adolescents que nous avons côtoyés, mais nos parcours sont opposés. Comme la ségrégation spatiale, la stratification sociale est la continuité des politiques coloniales de gestion des populations, et elle perdure encore aujourd'hui⁴². Sa mère m'explique la succession de « bêtises », les bagarres, les vols, la venue de la police, les séjours au CHS ou au Camp Est. Sami nous a rejointes et s'est assis un peu à l'écart, par terre, contre la porte. Il fume une cigarette et intervient peu à peu dans la conversation.

³⁹ Dorothée Dussy, *Nouméa, ville océanique ? S'appropriier la ville*, Paris, Karthala, 2012, p. 84.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 165.

⁴¹ *Ibid.*, p. 85-88.

⁴² Marcel Djama, « Politiques de l'autochtonie en Nouvelle-Calédonie » dans Marie Salaün, Martin Thibault et Natacha Gagné (eds.), *Autochtonies. Vues de France et du Québec*, Laval, Presses de l'Université de Laval, 2009, p. 193-204.

Sa mère me raconte les « bêtises » qu’il faisait quand il « traînait » avec sa bande de copains à la Vallée du Tir. Non loin d’une usine de traitement du nickel, le quartier accueillait alors une population kanake et océanienne défavorisée dans des appartements souvent délabrés. Plus tard, Sami décrira aux médecins du CHS une « enfance dans la misère » et parlera de son père qui boit et avec lesquels les conflits sont constants. Le père de Sami travaillait alors comme « manœuvre de force » à Nouméa et gagnait très peu d’argent.

Sami a commencé à boire de l’alcool et fumer du cannabis quand il avait dix ans. Avec « sa bande », il volait et commettait des délits mineurs. Puis il arrêta l’école à quinze ans, alors qu’il était en cinquième et fut placé dans une famille d’accueil habitant en Province Nord. Sami ne cessa de fuguer pour essayer de rejoindre ses parents, de la même façon qu’il ne cessa d’essayer de s’enfuir à chaque fois qu’il était hospitalisé au CHS.

Sa mère décrit une adolescence marquée par l’agressivité et la petite délinquance, si bien que la police est constamment chez eux, parfois en même temps que le SAMU ou les médecins, et que les troubles psychiques se mêlent à la marginalité, et l’hôpital à la prison. Du récit de cette adolescence émerge l’indistinction des fonctions thérapeutiques et policières.

« Après comme il boit toujours, (...) et puis il fume peut-être avec les jeunes. Awa [interjection] ! Après tous les policiers là-bas ils sont fatigués ! Ils connaissent la maison. Parce que, oui, [il] commençait à faire (...) des machins. A la maison, il est méchant aussi, parce que des fois il tape les autres cousins. (...) Ça fait qu’on a appelé d’abord le Samu. Le docteur, il vient voir. Après on appelle aussi les gendarmes, comme il est méchant, et puis on a peur (...), parce que lui, il veut pas voir le docteur. Et puis on a peur qu’il se sauve aussi. Et puis voilà. Les policiers ils vont arriver. (...) Voilà le docteur qui arrive, quand le docteur il descend, ben les policiers ils montent aussi. Après ils parlent avec lui, et on fait les papiers. Après pour le docteur il faut attendre encore le Samu qui arrive. Pour embarquer lui. Les policiers ils sont toujours là. Toujours comme ça. On va passer deux heures, trois heures là-haut à la maison avec eux. Faut toujours attendre les policiers, faut attendre. Et eux ils aiment bien aussi, parce que nous on rigole là-haut, et ils sont fin [très] contents. Des fois y avait les policiers ils ont dit à nous “ben nous on aime bien quand il dit ‘ben y a quelque chose à Vallée des Colons’, ben nous on sait déjà c’est où la maison !” [elle rit] »

Un délit plus conséquent impliquant le vol d’un fusil mène Sami au Camp Est. Suzanne raconte comment un jour « les policiers ont débarqué » chez eux pour fouiller la maison et y trouver le fusil. Puis, à la suite d’une bagarre avec un cousin, Sami s’est fait « attraper » par les policiers. Ne voyant pas revenir son fils, Suzanne a pensé qu’il était parti en brousse

chercher du cannabis. Puis elle apprit qu'il avait été amené « à Nouville » et pensa qu'il était hospitalisé. Elle n'apprit que plus tard qu'il était en fait dans la prison voisine du CHS, le « Camp Est », où il passa trois mois. C'est en se rendant au pavillon 5, où elle avait déjà l'habitude de rendre visite à son fils, qu'elle comprit qu'il avait été emprisonné. Le rapport de cette famille avec les institutions est parsemé de semblables confusions.

Voix, violences et internements

Le parcours de Sami est émaillé d'internements successifs au Camp Est et au CHS, ponctué de récit de bagarres et d'actes de délinquance, si bien qu'il est difficile d'établir à quel moment Sami a été hospitalisé et à quel moment il a été emprisonné. Puisque l'hôpital et la prison sont tous deux situés sur la presqu'île de Nouville, les espaces et les circonstances des enfermements se mêlent dans le récit de la mère de Sami, résumés à l'envoi à « Nouville ». Avec l'aide de l'équipe médicale, je précise son itinéraire thérapeutique : Sami a fait une quinzaine de séjour au CHS et un au Camp Est.

Suzanne se rappelle des premiers symptômes, quand Sami n'avait pas encore dix-huit ans :

« Ben, le problème à Sami, [c'est arrivé] deux semaines après que lui il a commencé à travailler à la Vallée du Tir. Et puis voilà, c'est arrivé, on dirait qu'il est méchant, t'as vu. Il parle, il délire. Et puis j'ai dit "eh, mais y a quelque chose, faut l'amener au docteur !" et puis on n'a même pas amené, on a laissé. Là il commençait à parler bêtement, il devient méchant. »

Sami entend des voix d'ancêtres, de *tepolo* [diables, lutins], de *haze* [esprits], qui l'enjoignent à tuer ses proches. Il se dit « en train de lutter pour pas écouter les trucs à eux ». L'agressivité qui en découle se manifeste à trois niveaux. D'abord, elle est tournée contre sa famille et en particulier contre son père. Puis contre les autres jeunes hommes de son quartier ou du collège, à tel point qu'il est retiré de l'établissement parce qu'il se trouvait constamment impliqué dans de violentes bagarres. Enfin, il y aurait également une propension aux violences sexuelles, désignées de façon euphémisée comme des « bisous » faits aux « petites filles ».

Face à ces troubles, la mère de Sami manifeste une grande inquiétude et des soins constants.

« Je partage toujours avec lui, "Sasa, alors, dans ta tête c'est quoi qu'il a dit ?" (...) Même des fois, lui il dort là en bas, je sais que lui il est pas tranquille. Il commence à parler, parler. "Yossi [*insulte*]! mais j'ai entendu quelque chose tomber, là !" dans la

maison en tôle”. On dirait que y a quelque chose qu’est tombé. (...) Et puis lui il parle vers là. Je dis “Yossi mais y a quelque chose...”. Des fois quand il parle on dirait [qu’]on sent la présence de quelqu’un. »

L’épisode fondateur que se remémore Suzanne marque l’entrée dans une carrière médicale, et correspond aux premières hospitalisations au CHS. Après plusieurs internements, Sami a été diagnostiqué par l’équipe du CHS comme souffrant d’une « schizophrénie paranoïde chronique ». De leur côté, Sami et sa famille n’ont pas repris ces catégories diagnostiques. Les parents de Sami se concentrent sur les manifestations agressives. Quant à Sami, il m’explique avec un air désabusé qu’il a des « troubles de la personnalité, etc. », puis complète : « la maladie, c’est une tension, une douleur, une colère qui est un peu cachée au fond ». Il dit qu’il « ne contrôle pas [ses] pensées ». « Trop de tensions, trop de pensées, et puis j’ai du mal à fonctionner », dit-il. Son père qui prépare le café dans la cuisine un peu plus loin, lance avec ironie « trop de cigarettes, aussi, non ? », faisant ainsi allusion au cannabis⁴³. Sa mère précise qu’il entend des voix, mais elle n’est pas en mesure de m’en dire plus sur les troubles et le traitement qu’il suit. Suzanne se concentre sur les symptômes qu’elle observe – l’agressivité, les voix, les conflits – et les informations très limitées que lui communiquent les médecins.

Ce sont les parents qui ont demandé la première hospitalisation quand il avait dix-sept ans, suite à ces premières manifestations agressives. Hospitalisé sous contrainte, Sami est placé au Pavillon 5, le pavillon fermé. Dans le récit de Suzanne, les relations avec l’institution psychiatrique se résument à la signature des papiers nécessaires aux hospitalisations. Bien que ce soient les parents qui soient à l’origine des premières hospitalisations, ils reviennent aussi le chercher contre l’avis des médecins, après que Sami a appelé son père pour lui dire qu’il n’était pas « un oiseau à enfermer dans la cage ». A plusieurs reprises émergent des situations conflictuelles avec l’institution psychiatrique qui est à la fois sollicitée pour résoudre une situation explosive et accusée d’enfermer et de ne pas soigner Sami.

L’ambivalence des institutions

La confusion des rôles thérapeutiques et répressifs est une constante des interactions entre la famille et les institutions. Une confusion des rôles thérapeutiques apparaît d’abord, puisque

⁴³ Les « cigarettes » désignent souvent le cannabis.

médecins et psychiatres sont distingués comme relevant de deux régimes de soins bien différents, Suzanne ne considérant pas le psychiatre comme un docteur. Elle associe le psychiatre à Nouville, mais tous les autres médecins consultés sont des « docteurs normaux ». Par ailleurs, les circuits thérapeutiques sont peu clairs, et la fonction médicale est ramenée à la prescription du traitement neuroleptique ou à la validation des papiers permettant l'obtention d'une pension d'invalidité. Le rapport à l'hospitalisation est également limité au papier qu'elle a signé pour l'hospitalisation sous contraintes, et les soins et les modalités d'hospitalisation ne lui sont pas expliquées. L'envoi en hôpital de jour est un échec car il est situé Vallée du Tir, là où réside une des bandes de jeunes avec laquelle Sami est en conflit.

Le fonctionnement de la maladie ou les effets des médicaments ne sont pas expliqués non plus par les médecins. Quand Suzanne demande au médecin si le cannabis pourrait être en cause, celui-ci évacue sa question et l'oriente vers des explications « de chez [eux] », la sorcellerie et les jalousies, au lieu d'enrichir la construction de son modèle explicatif en y apportant les explications biomédicales sur le lien entre cannabis et schizophrénie. Plutôt que de valider l'effort d'une mère qui essaie de construire du sens en entrant dans le régime discursif médical, celle-ci est renvoyée aux préjugés culturels que porte le corps médical au sujet de la maladie mentale dans la culture kanake.

Cette approche réductrice renforce l'incompréhension de part et d'autre de la relation thérapeutique ainsi que l'approche essentiellement répressive qui teinte les soins. La place prise par les services sociaux conforte cette dynamique répressive de l'institution, puisque l'assistante sociale envoyée par le collègue au domicile familial aurait demandé à ce que Sami ne dorme plus dans le salon. Comme il est d'usage dans les familles océaniques, ils recevaient de fréquentes visites de membres de la parenté, à qui était offerte l'hospitalité. Alors, l'assistante sociale aurait demandé que Sami ne prête plus sa chambre à ces occasions :

« Eux ils ont dit “ben voilà, faut arrêter ! Vous la coutume à vous, faut pas faire ça. Si les gens qui arrivent, ben [faut les] laisser dans le salon si vous voulez accepter. Mais le gosse il faut qu'il dort dans la chambre, ben comme ça il dort bien.” »

Dans le français incertain de Suzanne se dégage l'image de services socio-médicaux qui jugent, évaluent, répriment mais qui ne proposent guère de solutions, ou alors celles-ci sont incomprises par les parents de Sami.

Pour cette famille, ma visite ce jour-là s'inscrit probablement dans le même contexte. Le père de Sami que je croise régulièrement discute souvent avec moi amicalement. Dans nos conversations émerge systématiquement la thématique de la confrontation avec l'autorité

coloniale, à laquelle je suis associée. Il me raconte les insultes qu'il assène aux gendarmes quand ils tentent de lui faire un contrôle d'alcoolémie, ou il me prend à parti sur les politiques coloniales menées quand il était manœuvre de force. Déversant des flots d'injures à l'égard des colons, il reste sympathique avec moi mais m'appelle en plaisantant « Madame Sarkozy ». Ce rapport ambivalent, où l'hostilité n'est pas clairement affichée mais diffuse, semble caractériser les relations de cette famille avec les institutions sociomédicales avec lesquelles ils doivent composer.

Du côté des agents institutionnels, la mécompréhension des problématiques socioculturelles ne fait que renforcer les sources de conflits. De l'examen du dossier médical ressort une réduction à l'extrême de l'élément culturel, qui participe de la disqualification des familles. Le diagnostic de « schizophrénie paranoïde chronique » n'a été posé qu'après plusieurs années et de nombreuses hospitalisations dans lesquelles apparaissent surtout, du point de vue du dossier médical, un jeune homme récalcitrant qui refuse de se soigner, fume du cannabis et boit de l'alcool, enfin fugue régulièrement.

De la complexité de l'environnement socioculturel, on ne trouve que des mentions teintées d'exotisme relatives à l'expression des troubles. Sami est décrit comme étant « en communication aux ancêtres », dans un « délire mystique » et une mention est faite à un « délire tribal », car Sami dit au médecin que sa famille « ne fait pas partie de la tribu et de la nation » et qu'il « n'aurait pas sa place dans la tribu ». La fragilité de la famille et la complexité de l'environnement socioculturel kanak n'apparaissent ainsi que sous l'angle du délire mystique. La complexité « tribale » échappe au « projet de vie » qui prévoit le retour à Lifou : même s'il s'accompagne de bénéfices thérapeutiques évidents, ce projet est incohérent avec le parcours de vie de Sami, qui a passé toute sa vie à Nouméa, et dont la place de sa famille dans la tribu est fragilisée. Il en est de même pour les traitements kanaks mis en place. Seule une mention est faite à la « consultation d'un médecin kanak », alors que la mère de Sami a consulté plusieurs médecins pendant de nombreuses années. En outre, aucune mention n'est faite de la place de celle-ci, alors qu'elle assure une présence et des soins quotidiens : elle « partage » avec lui constamment, lui prépare des « petits médicaments » pour dormir, ne cesse de prier pour son fils et parvient à le calmer quand il se bat avec son père. La socialisation adolescente en bandes de jeunes rivales est aussi absente, alors qu'elle est à l'origine de certains délits, bagarres et situations ayant mené Sami à l'hôpital, ainsi que des échecs en hospitalisation de jour à la Vallée du Tir. Au final, les annotations médicales restent en surface de la complexité de vie du patient et de ses proches. A aucun moment les acteurs médicaux ne semblent aider Sami et ses proches à faire sens de ces troubles, si bien qu'ils

élaborent leurs propres modèles explicatifs sans recourir aux étiologies biomédicales et en se pliant à un traitement neuroleptique dont les implications sont sommairement comprises.

Les feuilles : cannabis et jalousie

Les explications formulées par Sami et sa famille combinent la thématique d'un empoisonnement provoqué par la jalousie à celles du cannabis. Comme chez Marcel, Sami est tombé malade quand il a commencé à travailler comme moniteur dans une colonie de vacances, faisant soupçonner une jalousie suscitée par cette réussite sociale. Mais Suzanne pense aussi que la consommation de cannabis est responsable de la maladie de Sami comme des autres jeunes de la tribu, qui sont nombreux à avoir été hospitalisés au CHS. C'est l'hypothèse qu'elle a formulée auprès du médecin, mais que celui-ci n'a pas retenue.

« Mais t'as vu à la tribu ici, mais y a beaucoup ! C'est la tribu qui a le plus de malades mentaux. (...) Ben je sais pas c'est à cause de quoi. Même moi, j'ai partagé avec le docteur, j'ai dit au docteur, "peut-être que c'est à cause de fumer jeune ? et puis fumer cannabis?". Ben l'autre docteur, il dit que non. »

Plutôt que d'approfondir les questionnements de la mère, le docteur oriente vers un modèle culturel simplifié de sorcellerie. Le renvoi par le médecin à une explication prétendument « indigène » semble devoir faciliter l'adhésion au traitement médicamenteux :

« Ben lui il a dit à moi, "madame, des fois c'est cannabis, mais des fois c'est les trucs à nous qui fait mauvais", t'as vu ? Il a dit à moi d'aller soigner avec les médicaments à nous, indigènes. Peut-être c'est la jalousie ou quelque chose. Lui il a dit à moi de faire. Faut faire en même temps la piqûre, tout ça, comme ça ça va [aller]. »

Dans le récit rapporté de la consultation médicale, la famille est orientée vers un modèle étiologique simplifié, comme pour s'assurer de la prise du traitement neuroleptique. Les médicaments kanaks sont ramenés à la forme simplifiée du boucan. Ni le déclenchement de la maladie, ses possibles causes et son évolution, ni l'action des neuroleptiques et leurs effets secondaires ne sont expliqués.

Dans cette incertitude étiologique, la mère de Sami élabore ses modèles explicatifs en fonction des interactions avec les thérapeutes rencontrés – médecins, psychiatres, guérisseurs – qui valident, contredisent ou affinent ses intuitions, en même temps qu'ils proposent leurs remèdes. Derrière la thématique de la « jalousie » se déploient les différentes étiologies de ce

que l'on a regroupé sous l'expression de « maladies posées », auxquelles se mêle la consommation de cannabis.

Tout d'abord, la jalousie serait la réponse aux ressources monétaires obtenues par Sami quand il a commencé à travailler. Cette thématique se poursuit quand Sami commence à toucher une allocation pour son handicap. Elle se redouble même puisque la mère de Sami est bénéficiaire d'une pension similaire et qu'elle redoute de nouvelles jalousies suscitées par ces ressources monétaires. Puis Suzanne soupçonne un empoisonnement qui aurait été commis par le biais du cannabis que Sami aurait fumé. De la même façon qu'on se méfie de la nourriture consommée chez quelqu'un d'autre parce qu'elle peut être empoisonnée, les cigarettes de cannabis fumées entre jeunes pourraient avoir été empoisonnées. Pour expliquer cet éventuel empoisonnement, Suzanne évoque le « jeu des esprits » auquel Sami aurait joué avec des amis, une hypothèse qui a été validée par l'un des guérisseurs consultés :

« [Le guérisseur] a dit que, “madame, lui, l'esprit à lui, peut-être il a dû faire (...) le pouvoir pour voir les gens qui [sont] morts”. Et puis t'as vu l'esprit des morts, peut-être ils [sont] avec lui, et puis eux ils ont pris l'esprit à lui. Ben y avait le guérisseur, il a dit à moi, que lui, il faut aller à la tombe du mec, tu vois.»

Le jeu des adolescents qui ont appelé les esprits auraient eu pour conséquence malheureuse d'emporter l'esprit de Sami, un procédé semblable au *kotrè fè u* [maladie de celui qui a été emporté par un esprit]. Pour retrouver son esprit enlevé par celui d'un mort, Sami doit retourner sur la tombe de la personne qui a été dérangée par le jeu pour demander de faire revenir son esprit. Mais Sami refuse ce traitement, comme la plupart des traitements qui lui sont proposés.

Un deuxième volet de ce modèle explicatif mentionne l'empoisonnement des cigarettes dans le cadre d'une rivalité entre les bandes de jeunes des quartiers de la Vallée des Colons et ceux de Sainte-Marie.

« Mais là-bas à la Vallée des Colons, parce que y a les jeunes de Sainte-Marie, ils viennent toujours là-bas, et puis il a dit faut faire attention, c'est possible qu'ils tirent les machins, les os, pour les squelettes, ils prennent les os et puis il va machiner en poudre, après ils mettent avec les cigarettes. C'est pour faire mauvais la tête pour les garçons. Ça fait que, eux ils savent pas qu'ils fument, mais y avait les machins. Ils vont gratter, et puis ils vont fumer les jeunes, et puis ça devient...⁴⁴ Parce que lui il fréquente aussi les

⁴⁴ Suzanne décrit ici une des formes que peut revêtir le boucan : des phanères (poils, ongles) sont réduits en poudre et introduits dans une boisson, de la nourriture, ou des cigarettes, pour faire perdre la tête de la personne qui les consommera.

jeunes du quartier Sainte Marie, bien avant, et puis j'ai demandé à lui "faut pas toujours fumer avec les cigarettes qu'ils ont fumées", ça fait que c'est à cause de ça. »

Ce modèle met en accusation « l'autre éloigné »⁴⁵, en l'occurrence la bande du quartier rival de celui où vit Sami. La maladie et l'attaque sorcière y sont pensées dans le cadre de la conflictualité entre des groupes localisés sur différents espace de Nouméa. Ainsi, la « jalousie » recouvre une complexité de situations susceptibles d'être à l'origine de la maladie et renvoie à l'accusation de l'autre éloigné – esprit ou bande rivale.

Toutefois, Sami n'adhère pas à ces explications et en propose d'autres. Il pense avoir marché dans un « coin tabou » et aurait ainsi accédé à des histoires qui auraient dû rester cachées. Ce registre concorderait avec les manifestations des troubles, puisque ses hallucinations auditives sont reliées à certains ancêtres, ainsi que des *tepolo* ou des *haze*. Sami dit que les voix qu'il entend sont celles de « petits lutins » qui « communiquent, [qui] essaient de réagir sur la situation globale d'aujourd'hui ». Sa mère confirme, « des fois il parle des trucs de chez nous là-bas dans les grottes ! la falaise tout ça, des trucs tabous ». Sami parle des Galahmë, c'est-à-dire des *haze* vivant dans des grottes du district d'où sont originaires ses utérins. Sa mère complète, ce sont « des trucs à nous » comme dit Suzanne, qui m'explique, « c'est des vieux d'avant c'est des vieux d'avant, tu vois ? tabous ».

La piqûre, l'allocation et la coutume

Après avoir refusé de se soigner pendant plusieurs années, entraînant plusieurs ruptures de traitement, un « projet de vie » est formulé pour Sami par l'équipe du CHS, projet qui prévoit un « retour à Lifou » avec « suivi ambulatoire et traitement injectable ». De retour à Lifou, il arrête son traitement pendant trois ans, puis celui-ci est remis en place et progressivement augmenté, entraînant des effets positifs et négatifs visibles par toute la famille. Sa mère dit « au début, on avait pitié de lui, parce que y a l'effet, mais c'est pas bon » et Sami précise :

« C'est les effets secondaires, je sais pas si c'est dû au traitement ou à ce qu'on a habituellement, mais y a la mâchoire qui se déplaçait tout le temps, la langue qui se détournait, comme ça. Et puis ça va pas, dans la tête. »

Mais Sami ressent aussi rapidement des bienfaits, qu'il décrit comme un relâchement des tensions qui facilite la pensée :

⁴⁵ Sylvie Fainzang, *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1989, vol.29, 112 p.

« Ça fait être encore dans ma zone, quoi, j'avais la tension qu'était normale, j'arrive à réfléchir, penser, avec des traitements, tout ça. (...) Moi dans mon cas, penser, réfléchir c'était compliqué, c'était difficile, c'était un truc vraiment... j'arrivais pas quoi. Mais avec le traitement, là j'arrive à penser, réfléchir, ça va avec le traitement. »

La reprise de ce traitement est à ce moment intriquée à la mise en place des mesures accompagnant l'accès à l'invalidité. De fait, ces piqûres sont aussi présentées à Sami et à sa famille comme la condition de l'allocation d'adulte handicapé qui est mise en place à la même période sur l'ensemble du territoire.

« Suzanne : avant il aimait pas faire la piqûre ! Mais c'est nous qui forçons lui.

Sami : je déteste la piqûre, mais je vois que ça apporte quand même...

Suzanne : après, un jour, comme on a dit à Sami, "Sami, si tu fais pas la piqûre y a pas un rond !" [*rires*]. Il va pas toucher ses sous. Sami il a dit "carrément ? y a pas un rond ?", "ben oui ! si tu fais pas la piqûre, tu touches rien" [*rires*] et puis c'est là, à partir de là, que lui il a accepté. Et puis ça y est. Après il a dit [au docteur] que, voilà, "docteur, moi je veux vivre indépendant, je veux avoir une maison pour moi tout seul, je veux pas vivre avec eux, ça me dérange, tout ça". Et puis ils m'ont appelée, pour dire les trucs que Sami il a dit. J'ai dit "oui c'est vrai". Voilà, il faut faire une demande, on a fait une demande. [Je lui ai dit] "ben tu vas donner ces 4 000 [francs], maman elle va donner ses 4 000 comme ça tous les mois". Il faut économiser tous les mois il faut économiser cinq mois pour faire 125 000, pour faire 450 000. Comme ça, on a déjà 500 000⁴⁶, on va aller donner. Parce que j'ai une belle-sœur qui s'occupe du machin handicapé [à la Province]. Comme ça on va dire à elle, "voilà, les sous, ben tu peux appuyer le dossier à nous deux pour avoir la maison ?" »

Dans les discours familiaux, le versement de l'allocation d'adulte handicapé et la construction d'une maison subventionnée est étroitement associée à l'injection mensuelle de neuroleptique. L'allocation est aussi réinscrite dans l'économie du don, puisque Sami en redistribue une partie, ce qui est perçu par lui et par son entourage comme un geste prometteur de guérison. « Il faut s'entraider », explique Sami pour justifier l'agent qu'il donne aux uns et aux autres quand il reçoit son allocation mensuelle. Avec des sanglots dans la voix, sa mère dit de son côté : « Il a toujours aidé ici à la maison. Il est malade. Ça le guérit... ça va faire partir ». Déjà en prison, il redistribuait à ses codétenus les vêtements que sa mère lui apportait. Puis, après une dispute avec son père, il revint s'excuser avec un don coutumier de 5 000 francs.

⁴⁶ Soit 4 190 euros, la somme nécessaire à la construction d'une maison par le Fonds Social de l'Habitat pour une personne en situation de handicap.

« Et puis on a demandé une aide aussi pour lui et pour moi. Nous deux on va construire ici, là, nous deux on a déjà commencé à faire le champ, là. Il va construire, là. Nous deux on a déjà demandé, mais il faut que nous deux on commence à économiser les sous, 425 000. C'est les maisons de la province. Deux chambres. Voilà, j'ai dit à lui. (...) Parce que t'as vu les sous à lui c'est lui qui nous aide un peu ici, aussi. Mais lui il est plus comme avant. Si on a des problèmes d'assurance de voiture, machin, ben on dit on va prendre ça pour aider (...) et puis lui il va tirer 20 000 ou 30 000. Il sait que l'autre sœur à lui elle a besoin, lui il donne les sous. Lui il a acheté un sac de riz, un kilo de riz, café, machin et puis un paquet de biscuit et un jeu pour amener à la maison chez eux. Mais c'est les pensées à lui, tu vois, tout seul. Voilà. (...) Mais t'as vu, on dirait que lui il est pas malade. Tu vois les gens qui [sont] malades, ils [ne savent pas faire] la coutume. Moi j'ai dit, lui, quand il a des sous, même avant à la Vallée des Colons, quand il arrive avec les sous, (...) il y a même la grand-mère à mon mari, là-bas à la maison et le grand frère aussi, il a pris 10 000 et puis il a donné à la grand-mère. "Voilà pour toi *nënë*, et puis 5 000 francs pour le frère". Et eux ils disent, "non mais t'es pas malade mon fils !" parce que t'as vu l'aîné, là, il travaille, il a jamais donné à sa femme, ou à moi ou son frère. Même à la grand-mère. Mais tandis que lui, qui est malade, il donne. Et puis la grand-mère [a dit] "peut-être un jour ta maladie va guérir mon fils". Parce que [faire ça], c'est le travail des gens qui sont intelligents, qui sont pas malades. »

Le « partage » se déploie ici à un autre niveau. Reversée dans la circulation des échanges, l'allocation permet à Sami de réparer les torts commis et de conserver voire d'accroître son rôle dans la communauté. Cette redistribution permet aussi de prévenir de nouvelles jalousies qui viseraient les ressources monétaires dont il bénéficie actuellement.

Les histoires de Sami et de Marie illustrent de deux manières distinctes l'importance du rôle social dans le déroulement de la maladie. Si les femmes comme Marie sont peu mobilisées dans les discours sur le mal-être, les jeunes hommes sont au contraire au cœur de ces discours, ce qui témoigne de l'importance des attentes sociales qui sont projetées sur eux. Elles sont particulièrement saillantes quand émerge la question du suicide.

IV. Mal-être de la jeunesse, épidémie de suicide et inquiétude des aînés

Pour aborder la question du mal-être de la jeunesse et de « l'épidémie de suicide » qui aurait, selon mes interlocuteurs, frappé Lifou dans les années 2000, je m'appuie sur les discours qu'ils suscitent en particulier chez les parents et chez les représentants de l'autorité coutumière. Il ne s'agit pas tant de déconstruire ces discours qui, sur ce type de thématiques, sont souvent des écrans, mais plutôt d'analyser dans le refoulement dont ils témoignent les difficultés des formes d'autorité contemporaine. L'accent mis sur le cannabis dans la perception des problèmes de la jeunesse n'est pas erroné, puisqu'il existe de fait un lien entre cannabis et déclenchement des schizophrénies, de même que la consommation de cannabis est un indicateur des formes de malaise social⁴⁷. Mais sous cet angle, les réponses apportées sont d'abord punitives et manifestent d'autres formes de violence sociale. Elles suscitent notamment un certain nombre de questionnements sur l'usage du châtiment corporel comme mode de régulation des désordres sociaux à Lifou. La thèse de Tate LeFevre a ainsi montré que les discours sur le mal-être de la jeunesse kanake sont indicateurs de comment l'histoire coloniale a façonné les modes d'autorité en Nouvelle-Calédonie, ainsi que les revendications sur l'autochtonie⁴⁸. Elle reprend ainsi l'approche de Jennifer Cole et Deborah Durham, pour qui la jeunesse est le matériel symbolique dans lequel une société se figure son futur⁴⁹. Loin de considérer la « jeunesse » comme une catégorie universelle, c'est comme construction de la modernité que j'envisage son traitement⁵⁰. Je suis l'analyse de Jean et John Comaroff, pour qui la jeunesse est une formation idéologique qui émerge dans le contexte d'une modernité caractérisée par l'expansion impériale et l'idéologie développementiste. La jeunesse incarne les espoirs et les angoisses d'une société d'une part⁵¹, les contradictions du monde globalisé d'autre part⁵². S'intéresser aux structures qui prennent en charge la jeunesse permet de comprendre ces projections et de mettre en lumière la perception qu'ont les Kanaks dans un monde globalisé.

⁴⁷ A ce titre, on soulignera que si la consommation de cannabis n'est pas forcément plus élevée qu'en métropole, la précocité de cet usage et la proportion importante de jeunes qui fument tous seuls, comme le montre l'étude sur les usages de drogues à l'adolescence, sont le signe d'un usage du cannabis comme mode de soins de la souffrance sociale. F. Beck et al., « Usages de drogues à l'adolescence en Nouvelle-Calédonie. », art cit, p. 360.

⁴⁸ T. LeFevre, *Creating Kanaky: Indigeneity, Youth and the Cultural Politics of the Possible*, op. cit.

⁴⁹ Jennifer Cole et Deborah Durham (eds.), *Figuring the Future: Globalization and the Temporalities of Children and Youth*, Santa Fe, School for Advanced Research Press, 2008, 320 p.

⁵⁰ Jean Comaroff et John L. Comaroff, « Réflexions sur la jeunesse. Du passé à la postcolonie », *Politique africaine*, 2000, n° 80, p. 91.

⁵¹ *Ibid.*

⁵² *Ibid.*, p. 95.

Le souci des aînés face à une « épidémie de suicide »

L'inquiétude face aux suicides à Lifou a pris une place croissante au fil de mes terrains, suite à ce que beaucoup d'interlocuteurs qualifièrent « d'épidémie de suicide » à Lifou. Bien que l'épidémiologie n'ait pas encore permis de quantifier exactement ce phénomène, il est apparu clairement à chacun de mes retours après une absence, quand j'appris le suicide de tel jeune homme ou de telle jeune femme que j'avais côtoyés. En outre, les très fréquentes morts violentes, par exemple dans des accidents de la route, sont indicatrices d'autres formes de comportements suicidaires à Lifou.

Face à l'importance du problème, la question fait l'objet de nombreuses discussions dans des cadres collectifs coutumiers ou religieux. La scène présentée en introduction de cette thèse est un exemple des situations au cours desquelles cette question est ressaisie collectivement. Un rassemblement comme la fête d'un grand chef, une kermesse, la convention des protestants pour Pâques, une réunion des diacres... depuis quelques années, chacun de ces rassemblements donne lieu à une session de discussion ou de présentation autour de la question du suicide, quand celle-ci ne fait pas l'objet d'une conférence spécifique. Les intervenants de l'Antenne Médico-Psychologique ou des psychologues venus de Nouméa ou de métropole interviennent alors pour présenter des résultats d'enquête ou répondre aux questions qui sont le plus souvent formulées par des parents ou des *qatr* [personnes âgées] inquiets.

L'inquiétude que manifestent les aînés est à penser dans un contexte régional dans lequel la jeunesse océanienne est perçue comme étant en déclin social et en péril moral⁵³. Depuis la fin des années 1970, le suicide et le déclin de la jeunesse sont des préoccupations centrales en Micronésie et aux Samoa⁵⁴. Dans la plupart des îles, les leaders politiques et religieux se rassemblent pour discuter d'un phénomène confirmé par les enquêtes épidémiologiques produites dans ces îles à partir des années 1980, qui relie ce phénomène aux importantes transformations socio-économiques de la région à la même période. Ces perceptions sont renforcées par l'existence d'un agenda de la santé globale qui met en place enquêtes et conférences dédiées.

Les habitants de Lifou ont une perception du phénomène sous l'angle de l'exceptionnalité. Certains disent « battre tous les records » en comparaison du reste de la Nouvelle-Calédonie –

⁵³ T. LeFevre, *Creating Kanaky: Indigeneity, Youth and the Cultural Politics of the Possible*, op. cit., p. 113.

⁵⁴ Edward D. Lowe, « Epidemic Suicide in the Context of Modernizing Social Change in Oceania: A Critical Review and Assessment », *The Contemporary Pacific*, 2019, vol. 31, n° 1, p. 105-138.

sans que cela puisse être confirmé faute de chiffres. Dans leurs paroles se lisent une grande inquiétude et la volonté d'aider les plus jeunes. « Comment aborder ça ? je veux dire, on va venir les voir, c'est bien, mais qu'est-ce qu'on doit leur dire ? Qu'est-ce qu'on va faire ? » me demandait le diacre qui venait alors de me raconter comment il avait tenté de mettre fin à ses jours dans sa jeunesse. Ce jour-là, il m'avait sollicité avant tout pour discuter des formes de soutien qu'il pouvait apporter en tant que diacre dans sa tribu. Il me fit part de sa tristesse de ne pas avoir su aider une jeune femme de son entourage qui s'était pendue après avoir longtemps fait part de son mal-être aux uns et aux autres. Issu d'une famille émaillée de morts violentes et de difficultés sociales, Philippe a trouvé dans le travail religieux une forme d'apaisement en même temps qu'un rôle social. Diacre, il est amené à discuter avec les jeunes de sa tribu et il a notamment beaucoup connu la jeune femme qui s'est pendue quelques mois auparavant, qui lui avait fait part de sa volonté de mettre fin à ses jours. Dans cet entretien comme dans de nombreux autres ayant pour thème le suicide, le diacre cherchait surtout auprès de moi des conseils pour prévenir ces passages à l'acte suicidaire.

Deux niveaux dans les discours formulés se lisent dans ce type d'échanges : les commentaires généraux sur l'épidémie, les commentaires plus personnels mentionnant des cas précis. Ces deux niveaux montrent l'inquiétude des aînés face au malaise des plus jeunes. Je propose de m'intéresser aux commentaires généraux, sans prétendre offrir une étude de cas complète sur le modèle de celles présentées ailleurs dans cette thèse. L'ethnographie du suicide requiert une méthodologie particulière et elle est d'autant plus délicate dans un contexte où est menée en parallèle de l'enquête ethnographique une enquête épidémiologique de l'OMS de grande ampleur, l'enquête START. Au moment où commençait mon terrain était aussi mise en place des « autopsies psychologiques » consistant en la venue de Nouméa d'une psychologue interrogeant pendant plusieurs heures la famille de la personne décédée. Mon enquête s'est donc positionnée à un niveau moins intime et j'ai observé plutôt ce qui émergeait des discours, les explications proposées par mes interlocuteurs, laissant l'explicitation des causes profondes du suicide aux psychologues et psychiatres impliqués dans l'enquête START.

Idéalisation de la « tradition » et maux de la modernité : l'assise fragilisée des jeunes Kanaks

Les explications proposées par les aînés font systématiquement appel à une idéalisation des conditions de vie passées opposées à celles de la modernité. Elles réactualisent ainsi le régime

épistémique introduit avec la colonisation et l'évangélisation, dans lequel la modernité et la ville étaient la cause des maux des populations indigènes. A Lifou, où les Églises sont très présentes dans le quotidien, le salut par la religion est souvent proposé comme mode de résolution des maux de la jeunesse et des désordres sociaux.

Pour Martin, l'infirmier qui proposait une vision idéalisée de la prise en charge des *nekö i dro* dans le passé, le malaise de la jeunesse kanake témoigne de la dissolution des liens familiaux et communautaires dans la tribu. Comme la maladie psychiatrique en général, il rattache la survenue des suicides aux changements sociaux qui ont modifié les modes de contenance des troubles psychiatriques. S'il considère que ces troubles ont toujours existé, il pense qu'ils se manifestent de façon plus violente qu'auparavant, notamment par des suicides.

La manifestation explosive est présentée comme une pathologie de la modernité. En outre, les modes de vie contemporains ne permettent plus d'assurer la sollicitude devant accompagner théoriquement tous les membres de la tribu. Martin insiste sur la prise en charge qui entourait chacun. Il n'est par exemple pas acceptable de laisser une personne seule, et devant le mal-être de quelqu'un la réponse apportée est l'accompagnement collectif. Pour expliquer la dépression, mes interlocuteurs la considéraient comme une maladie « nouvelle » arrivée avec les modes de vie contemporains plus individualistes. Ils mentionnaient alors comme contre-exemple la sollicitude qui entourait les personnes endeuillées. Les cérémonies de deuil prévoient une présence constante de la communauté pendant plus d'une semaine. Les membres de la parenté élargie se rendent auprès de la famille endeuillée pour présenter un geste coutumier qui symbolise avant tout le soutien apporté. Ce qui différerait aujourd'hui serait cette présence collective, affaiblie par les transformations sociales – le salariat et l'école sont principalement mis en cause.

Philippe, le diacre, décrit ces changements non comme une perte des structures collectives mais comme un recours moindre à celles-ci :

« Dans les tribus, toutes les structures sont là. Il y a le pasteur, il y a le sujet, il y a le chef. Normalement, la vie dans une tribu, personne peut être seul, se sentir seul. Parce qu'on est tous entourés. Et tout est préparé. Quand tu as un problème, tu viens voir cette personne, quand t'as besoin de quelque chose tu viens voir cette autre personne. Mais maintenant, avec notre façon de vivre, la mentalité ça a vite changé, les gens ils pensent plus à demander... quand on a un problème ben on garde pour soi. »

Paul, un jeune homme qui prendra bientôt la succession de son père petit chef, évoque la « mondialisation », qui a « bousculé [leur] culture ». Il prend pour exemple la différence entre les modes de vie urbain et insulaire. A Nouméa « c'est une autre vie », dit-il pour expliquer

pourquoi les jeunes boivent de l'alcool en conduisant. Si l'idéalisation d'un passé ou d'un mode de vie rural doit être nuancée, on peut aussi y voir le signe d'une volonté de revaloriser certaines des valeurs de la coutume. Par exemple, Paul a échappé à la mort dans un accident de voiture où tous les autres passagers sont décédés et, pour expliquer son salut, son père dit qu'il a une « base solide » et qu'un esprit l'a protégé. Paul, fils exemplaire qui succèdera à son père, respectant ainsi les normes sociales qui permettent au lignage de se maintenir, possède selon entourage « l'assise » qui ferait défaut aux autres jeunes.

Les discours sur « l'assise » des jeunes sont constamment retrouvés pour rendre compte de leur position fragilisée face aux transformations sociales. Le *trepén*, est en *gene Miny*, c'est-à-dire dans la langue réservée aux chefs, l'assise, le fondement, la base du travail coutumier. On dit alors qu'on a assuré l'assise, pour signifier que le travail coutumier a bien été fait, travail qui se fait dans la case. C'est pourquoi l'assise est aussi comparée au foyer de la case. C'est ce qui lui permet de tenir debout, en équilibre, chacun des piliers de la case, qui incarnent les autres clans, se tenant les uns les autres. Une assise bancale fragilise l'individu et tout le réseau de parenté autour de lui.

« On va faire un travail [coutumier], et on est en train de préparer la base. On est en train de préparer quelque chose qui va durer dans le temps. On travaille le fond, pour le geste, pour la coutume qui va suivre. On assure l'assise, avant de faire le geste qui est là-bas. On assure l'assise du travail coutumier. Quand on fait le geste dans la case, on est en train de solidifier la base du travail. Y a des gestes qui se feront demain ou après-demain mais ce qu'on est en train de faire maintenant, c'est la base du travail coutumier. On solidifie la base du travail. L'assise. » (Chef de clan d'une cinquantaine d'années)

Implicitement, les suicides renvoient à des travaux coutumiers passés qui auraient été mal faits. Des adoptions compliquées sont souvent évoquées, notamment quand elles impliquent des « filles-mères » dont l'enfant aurait été confié à la grand-mère. Quand l'enfant adopté exprime un mal-être ou essaie de se suicider, l'entourage évoque une adoption « mal faite », c'est-à-dire que l'enfant n'aurait pas été confié à la bonne personne ou qu'un geste coutumier aurait manqué. La situation peut alors être dénoncée pendant les funérailles, par des remontrances adressées au chef de clan. Les reproches faits soit à la mère, soit à la grand-mère, se redoublent donc d'une mise en accusation du chef de clan qui aurait failli dans ses responsabilités. « *Thase kö nytrepén* », « on n'a pas assuré le travail à fond », dit-on alors : les remontrances individuelles ressortent à une défaillance plus globale des chefs de clan qui n'ont pas fait leur travail coutumier.

Ainsi, les discours-écran qui dénoncent les maux de la modernité en idéalisant un passé marqué par l'ordre coutumier ou religieux renvoient à un ensemble de transformations qui fragilisent l'organisation sociale. Celle-ci apparaît dans les discours sous la métaphore de la case : c'est là que se transmettent les histoires du clan, dont la connaissance est essentielle à l'équilibre individuel et collectif, là où se renouent sans cesse les alliances entre clans, dans les travaux coutumiers. C'est aussi à cette assise et à cette case que renvoyait le vieil infirmier qui, dans l'introduction de cette thèse, interpellait une équipe de soignants au cours d'une rencontre sur le suicide. En ce sens, la coutume renvoie ici comme dans les conflits coutumiers à une « cité idéale » : dans les situations de conflits, la coutume est l'un des registres cohérents de justification utilisés par les Kanaks dans la recherche d'un compromis⁵⁵. Michel Naepels souligne à quel point la référence à la coutume est ambiguë et laisse dans l'ombre des contradictions, puisqu'elle renvoie à « un passé imaginé dont les versions concurrentes ne sont pas compatibles les unes avec les autres, à une normativité dont le statut est flou, mais aussi à des situations de violence précoloniale excédant toute régulation »⁵⁶.

Ce contexte permet de mieux comprendre pourquoi, quand on les interpelle sur les causes du mal-être de la jeunesse kanake, les leaders coutumiers mettent en avant la perte de l'instrument sur lequel reposait leur autorité, à savoir l'astiquage.

Refonder l'autorité perdue ? Les discours sur les punitions corporelles

Il peut paraître surprenant que, pour expliquer le mal-être des plus jeunes, ceux qui sont en position d'autorité dans les tribus évoquent la fin de « l'astiquage ». Cette pratique punitive consiste à Lifou à punir l'ensemble d'une classe d'âge pour un délit commis par une personne de cette classe d'âge. Le plus souvent, l'astiquage est mentionné comme pratique éducative autant que judiciaire visant la prise en charge de la jeunesse. Elle est usitée pour punir un vol dans un champ autant qu'un viol, et son application est très variable en fonction des tribus et des délits. La pratique est aussi présentée comme un mode de résolution appartenant à la période pré-coloniale, même s'il est difficile d'en établir une généalogie claire. L'usage de l'astiquage a très probablement été renforcé sous l'effet du code Boula par les missionnaires, puisque les *polismen* [policiers mis en place par les missionnaires] battaient les individus qui

⁵⁵ Michel Naepels, *Ethnographie, pragmatique, histoire*, Paris, Publications de la Sorbonne, 2011, p. 157.

⁵⁶ *Ibid.*

ne se pliaient pas aux usages protestants du code. De fait, l'astiquage est présenté comme relevant des modes de résolution coutumiers des infractions, par opposition à la justice française et à la prison. Ce qui est alors mis en avant est le règlement collectif plutôt qu'individuel, dans le cadre de la tribu plutôt que celui du tribunal : la personne est jugée avec l'ensemble de sa classe d'âge par le conseil des anciens, puis elle est battue avec son groupe. Au moment de cette enquête, mes interlocuteurs m'indiquaient que cette pratique avait été récemment interdite. L'astiquage n'a en fait jamais été autorisé mais il était toléré, et mes interlocuteurs faisaient référence à une affaire survenue en 2000, ayant abouti à des poursuites judiciaires à l'encontre d'un groupe d'hommes se présentant comme la « police coutumière » du petit chef de Xepenehe et qui avait frappé des Témoins de Jéhovah. La peine prononcée contre cette « police » fut perçue comme un retrait de leur autorité aux aînés des tribus et une incompréhension des procédés coutumiers par la justice française. Si ce recul des techniques punitives est invoqué pour rendre compte des difficultés de la jeunesse, voire des suicides, c'est que la mal-être individuel qu'expriment ces jeunes renvoie implicitement à la défaillance des aînés à leur procurer « l'assise » nécessaire à leur épanouissement. Le suicide exprime le manque de cohésion du groupe et les défauts dans les mécanismes de résolution des dysfonctionnements de celui-ci.

Dans une période institutionnelle incertaine où l'on attend des « coutumiers » qu'ils prouvent leur capacité à gouverner, la mise en avant des techniques disciplinaires traduit comment ils entendent refonder leur pouvoir en réaffirmant leur monopole sur la violence légitime.

Les leaders coutumiers précisent aussi qu'un usage raisonné doit être fait des punitions corporelles, sans mettre en cause la pratique en tant que telle. Les dérives de cette pratique sont pourtant connues de tous : mort entraînée par les blessures, violences domestiques justifiées par une visée éducative. Qui plus est, cette pratique est aussi dénoncée par les plus jeunes, pour qui les violences physiques infligées dans l'enfance dans un cadre éducatif ne sont plus acceptables. Ceux-ci y voient une source de mal-être et la cause d'idées suicidaires⁵⁷.

« La coutume n'a plus l'autorité sur les personnes », me disait le diacre en parlant des vols commis dans la tribu, dans une discussion portant sur la souffrance des jeunes dans la tribu et le suicide de certains. Les causes du suicide ne peuvent être directement attribuées à un défaut de la coutume, car celles-ci se déploient dans des expériences singulières impliquant un faisceau de facteurs. Mais les désaccords sur les techniques disciplinaires entre jeunes et

⁵⁷ *Situation sociale et comportements de santé des jeunes en Nouvelle-Calédonie, op. cit.*, p. 66-72.

moins jeunes indiquent une fragilisation de la cohérence du groupe sous l'effet des transformations sociales. La rapidité de ces transformations, qui ne bénéficient que très peu à la jeunesse kanake, s'ajoutent aux attentes projetées sur cette jeunesse, dont on espère qu'elle répondra aux exigences scolaires et professionnelles, tout en succédant à ses aînés en assurant les travaux coutumiers.

Conclusion

A partir d'un examen des modes d'institutionnalisation psychiatrique, ce chapitre a exposé les destinées variables des personnes atteintes de troubles psychotiques, en fonction des positions qu'elles occupent dans l'espace social. Les hiérarchies d'âge et de genre dans l'espace social kanak influent considérablement sur les représentations de la maladie mentale et sur les recours thérapeutiques qui sont proposés, accentuant les inégalités sociales de santé. J'ai ainsi présenté la souffrance particulière d'une femme, dont le déclenchement des troubles psychotiques est associé aux moments rituels qui scandent la vie d'épouse à Lifou – de la « réservation » de l'épouse au mariage. Ces moments consolident la communauté en rejouant les alliances mais, dans l'histoire de Marie, ils favorisent aussi le déclenchement des troubles psychotiques. De plus, comme la maladie exprime un défaut dans les alliances qui soutiennent le mariage, elle met en cause l'harmonie du groupe, qui préfère la taire, un silence qui favorise davantage la chronicité. La coutume, dans ce cas, ne semble pas protéger mais au contraire précipiter dans la chronicité.

L'expression des troubles psychotiques sous l'angle du débordement, socialement réprouvée pour les femmes, est au contraire tolérée chez les hommes. Mais pour les jeunes hommes, elle est associée à une déviance vis-à-vis de l'ordre social, qui s'appuie sur une réactualisation du régime épistémique colonial dans lequel l'abus de substance, symptôme des maux de la modernité, est convoqué comme modalité explicative. La consommation de cannabis, si elle est indicatrice d'un mal-être et peut-être l'élément déclencheur de troubles psychotiques, est aussi une modalité discursive qui favorise la mise en place de techniques de soins d'abord disciplinaires. Les réponses distinctes apportées à la maladie mentale traduisent ainsi d'une part une conception de l'ordre et du désordre dans les communautés fondée sur un

déséquilibre de celles-ci, conception qui tend à accentuer les mécanismes de la défaite sociale, d'autre part des régimes curatifs qui mêlent constamment le soin et la discipline. Les explications et les recours proposés reflètent ainsi les économies morales contemporaines de l'autorité kanake, qui transparaissent également dans les dispositifs de soins décentralisés à Lifou tels que l'Antenne Médico-Psychologique.



Chapitre 9 – Soigner l’enfance et la jeunesse de Lifou : ethnographie d’une Antenne Médico-Psychologique

En Nouvelle-Calédonie, la sectorisation de la psychiatrie s’est faite en parallèle des bouleversements institutionnels amenés par les Accords de Matignon puis par les Accords de Nouméa. Les premiers ont introduit la notion de rééquilibrage – entre les Kanaks et les autres communautés, entre Nouméa et le reste du territoire – ainsi que de nouveaux acteurs et institutions, qui ont renouvelé les processus décisionnels encadrant les interventions socio-sanitaires. Puis le processus de décolonisation entamé par les Accords de Nouméa a fait émerger la question autochtone qui, dans le contexte océanien, est étroitement liée à la mise en avant de la coutume¹. Ce chapitre examine ces deux processus parallèles à partir de l’ethnographie d’une Antenne Médico-Psychologique établie à Lifou en 2006. La mise en place de ces structures décentralisées de l’hôpital psychiatrique dans des secteurs situés hors de Nouméa, s’inscrit dans ce contexte institutionnel particulier.

Ces structures traduisent le passage d’un régime de soins asilaire à un régime de la santé mentale plus ouvert et dont attend qu’il prenne en charge les pathologies de la souffrance sociale. Comme en métropole, la sectorisation est en Nouvelle-Calédonie un idéal plus qu’une politique, et elle est la traduction d’une psychiatrie humaniste qui combine des ambitions thérapeutiques et politiques². Ce « nouveau contrat sur les questions sociales », pour reprendre la formule de Nicolas Henckes, est l’expression d’un projet plus large d’hygiène sociale en même temps qu’un programme ambitieux de rénovation et de construction hospitalière³. Dans le contexte calédonien, il est imbriqué à la valorisation de la coutume et de certains éléments de la culture kanake.

¹ Pierre-Yves Le Meur, « Mobilité, autochtonie et citoyenneté : terrains africains et propositions océanistes » dans Marie Salain, Martin Thibault et Natacha Gagné (eds.), *Autochtonies. Vues de France et du Québec*, Laval, Presses de l’Université de Laval, 2009, p. 393.

² Nicolas Henckes, « La Psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir? », *Esprit*, 2015, n° 3, p. 29-30.

³ *Ibid.*, p. 31.

Les discours produits autour de la sectorisation et le renouvellement des pratiques de soins sont ici décrits, afin de saisir le changement des modes de gouvernementalité et les modifications dans les positions occupées par les acteurs institutionnels et médicaux, kanaks et européens.

Dans un premier temps, les logiques propres à la sectorisation en Nouvelle-Calédonie sont présentées et mises en perspective avec les contraintes de l'insularité et le processus de provincialisation (I). Puis est décrit le quotidien de l'Antenne Médico-Psychologique de Lifou (II), ainsi que les réseaux d'institutions et d'acteurs qui se déploient à partir de cet espace pour composer le dispositif de la santé mentale (III). Enfin je présente le renouvellement des relations socioprofessionnelles entre soignants kanaks et européens, afin de mettre au jour les reconfigurations du savoir/pouvoir dans l'espace politique de la santé mentale (IV).

I. Sectorisation et provincialisation

L'ouverture en 1966 d'un dispensaire d'hygiène mentale à Nouméa, hors des murs de l'asile de l'île Nou, ne fut qu'un très lointain écho des réformes qui se mettaient en place à la même période en France métropolitaine. Alors que la sectorisation entraînait une profonde réforme du monde hospitalier psychiatrique à partir des années 1960 en France⁴, la spécificité législative calédonienne retarda considérablement ce processus, signe des pesanteurs coloniales traversant les institutions et législations, mais aussi les pratiques des acteurs. Ce processus est documenté par quelques rapports qui sont mobilisés ici pour saisir la complexité de sa mise en œuvre dans le contexte calédonien.

⁴ La circulaire du 15 mars 1960 a lancé en métropole la politique de sectorisation, en énonçant les principes d'une nouvelle façon de planifier d'organiser le système psychiatrique français. N. Henckes, « La Psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir? », art cit.

Contexte des premières réformes en direction d'une sectorisation en Nouvelle-Calédonie

Auparavant sous administration militaire, dirigé par un Médecin directeur issu du Service des Armées et en « régie de l'Etat », le Centre Hospitalier de Soins Albert Bousquet est devenu en 1989 un « établissement public autonome »⁵. Ce nouveau statut dota l'établissement de son propre Conseil d'administration, d'une autonomie financière et d'une personnalité morale. L'élargissement de ses compétences permit de proposer de nouvelles orientations pour la psychiatrie qui le conduisaient plus clairement vers la sectorisation⁶. Le Dispensaire d'hygiène mentale de Nouméa, qui était auparavant rattaché à l'hôpital général, fut alors placé sous la tutelle du CHS, devenant ainsi le premier « secteur », avant d'être renommé Centre Médico-Psychologique sur le modèle métropolitain.

Un premier *Schéma de santé mentale* rédigé en 1992 énonçait un certain nombre de mesures allant dans la direction de la sectorisation⁷. Outre l'ouverture de secteurs à l'extérieur de l'hôpital, ce schéma proposait la mise en place d'une véritable prise en charge pédopsychiatrique et la fermeture de « l'internat » de pédopsychiatrie au profit d'un service ouvert. Les années 1990 virent aussi l'hôpital se décentraliser progressivement grâce à l'organisation de missions ambulatoires hors de Nouméa. Ces missions se mirent en place sur un territoire dont l'administration avait été redécoupée sous l'effet des Accords de Matignon : les trois provinces créées reconfiguraient le paysage institutionnel et économique, et les actions de formation visant les Kanaks favorisèrent leur insertion dans le tissu économique et institutionnel calédonien. D'anciens militants indépendantistes kanaks intègrent les administrations nouvellement créées pour administrer la Province Nord et la Province des Îles, à la population majoritairement kanake et indépendantiste. Progressivement, les Calédoniens de toute origine ethnique vinrent occuper les postes des institutions soit nouvellement créées, soit progressivement transférées de l'administration de l'Etat français vers une administration territoriale. A leurs côtés, des fonctionnaires de métropole continuèrent d'être recrutés pour intervenir dans les emplois pour lesquels il n'existe pas

⁵ Le Centre Hospitalier Territorial avait connu le même processus en 1981.

⁶ La délibération territoriale n°50, adoptée le 28 décembre 1989, stipule que le CHS « assure la lutte contre les maladies mentales et est responsable de celle-ci dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés. Il met à la disposition de la population, dans les secteurs qui lui sont rattachés, les services et les équipements de prévention, les diagnostics et les soins. Ces services exercent leurs activités non seulement à l'intérieur de l'établissement, mais aussi en dehors de celui-ci » (article 1^{er}).

⁷ Eric Barbié, *Insularité, culture et santé mentale en Nouvelle-Calédonie : pour un projet de soins infirmiers au CHS de Nouméa*, Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 1994, 181 p.

encore de compétences calédoniennes, par exemple dans le corps médical. N'étant plus recrutés parmi le corps des armées, les médecins qui arrivèrent en Nouvelle-Calédonie dans les années 1990 avaient un profil différent et étaient plus ouverts aux réformes hospitalières.

Les contraintes structurelles et institutionnelles de Nouvelle-Calédonie

Deux rapports, rédigés par deux acteurs qui incarnent ce renouveau des personnels du monde médical, documentent ce contexte stimulant en même temps que les difficultés liées aux lourdeurs avec lesquelles il faut composer. Le *Bilan d'activité du Service de pédopsychiatrie de 1991 à 1996* préparé par Marie-Odile Pérouse de Montclos⁸, alors chef de service pédopsychiatre et le mémoire d'infirmier général Eric Barbié intitulé *Insularité, culture et santé mentale en Nouvelle-Calédonie : pour un projet de soins infirmiers au CHS de Nouméa*⁹ témoignent des défis, des espoirs et des difficultés à réformer une institution fortement inscrite dans l'histoire coloniale. La pédopsychiatre est alors la première à exercer cette spécialité en Nouvelle-Calédonie. Quant à l'infirmier général, c'est un infirmier calédonien parti se former en métropole à l'Ecole Nationale de la Santé publique de Rennes. Leur vision représente ainsi le renouvellement des perspectives et des pratiques portées par la recomposition institutionnelle.

Considérant la spécificité du territoire en matière législative comme une opportunité à saisir, Barbié invite à « être pionnier », ambitionne de proposer un projet de soins infirmiers qui soit « révolutionnaire » et s'inspire du modèle français de sectorisation tout en prenant en compte les spécificités calédoniennes. L'élan pionnier qui consiste à voir la spécificité calédonienne comme un terrain vierge pour y innover n'est toutefois pas dénué d'une lucidité sur les limites que revêt cette spécificité, ainsi que sur les lourdeurs et les contraintes structurelles. C'est précisément la large manœuvre laissée au territoire en matière de santé publique qui explique le retard dans certains domaines, en particulier ceux qui marquent des innovations sociales. Dans le domaine psychiatrique, les lois garantissent en France les libertés individuelles ne

⁸ Marie-Odile Pérouse de Montclos, *Bilan d'activité du Service de pédopsychiatrie de 1991 à 1996*, Nouméa, Centre Hospitalier Spécialisé Albert Bousquet, 1996.

⁹ E. Barbié, *Insularité, culture et santé mentale en Nouvelle-Calédonie : pour un projet de soins infirmiers au CHS de Nouméa*, *op. cit.*

sont pas appliquées automatiquement en Nouvelle-Calédonie, tandis que ceux qui au contraire constituent un frein à ces libertés ont tendance à être appliquées sans débat¹⁰.

Barbié comme Pérouse de Montclos pointent la dimension asilaire de la psychiatrie calédonienne, « psychiatrie de la chronicisation des patients (identique à celle qui existait jusque-là), du repli sur soi des équipes soignantes, qui perdure l'image carcérale et entraîne le rejet de la population »¹¹. Pour ces deux praticiens, le défi principal est de sortir l'établissement de la vocation d'hébergement et de chronicisation, en premier lieu par la formation du personnel soignant qui, pour la plupart n'a reçu presque aucune formation : avant les années 1960, aucune formation n'était demandée aux « gardiens », ensuite renommés « surveillants de maison de santé », qui travaillèrent à Nouville jusque dans les années 1990¹². En outre, certains d'entre eux étaient des personnels de santé justiciables de sanctions disciplinaires, ou d'anciens détenus de droit commun affectés au CHS à leur sortie de prison¹³. La première formation du personnel du CHS ne fut mise en place qu'en 1996¹⁴.

Aux côtés de ce personnel calédonien peu ou pas formé, les médecins et psychologues venus de métropole sur des contrats courts dans le cadre de la restructuration institutionnelle engendrèrent un *turn-over* important, favorisant les tensions entre les différentes catégories de personnel.

Trait constant de la fonction publique calédonienne, ce phénomène est encore plus marqué dans le domaine de la santé. Le retrait progressif des personnels de l'armée se fit au même moment que la mise en œuvre des Accords de Matignon, qui suscitaient des besoins croissants en cadres qu'il fallut soit former, soit recruter en métropole. Avant que la population calédonienne ne revienne des formations dispensées en métropole, une population européenne de fonctionnaires recrutés sur des contrats courts vint assurer la transition institutionnelle. Travaillant sur des périodes courtes au gré de leurs mutations dans les DOM-TOM et ne s'investissant pas dans la durée sur le territoire, ils rencontrèrent des personnels locaux peu formés, terrain fertile pour des conflits socioprofessionnels. Cette dynamique encore présente se traduit par une fragmentation des projets mis en œuvre, qui dépendent des personnes qui les portent, sans que les personnels locaux ne disposent de la formation et de l'expérience nécessaire à la continuité institutionnelle. Au CHS, cet ensemble de tensions s'ajouta selon

¹⁰ Barbié mentionne comme exemple la loi de 2008 sur l'hospitalisation à la demande d'un tiers qui fut source de longs débats en France pointant la restriction de libertés qu'elle accompagnait, mais qui fut appliqué sans débat en Nouvelle-Calédonie. *Ibid.*, p. 19.

¹¹ *Ibid.*, p. 74.

¹² *Ibid.*, p. 84.

¹³ Ce type de recrutement s'arrêta dans les années 1980. *Ibid.*

¹⁴ M.-O. Pérouse de Montclos, *Bilan d'activité du Service de pédopsychiatrie de 1991 à 1996*, op. cit., p. 38.

Pérouse de Montclos à la « divergence de points de vue institutionnels » entre psychiatres et administratifs, à l'origine d'un « climat institutionnel délétère »¹⁵.

A cet ensemble de difficultés s'ajoute une charge de travail importante qui rend impossible tout travail de recherche sur les dimensions socioculturelles¹⁶ et un manque criant de moyens budgétaires attribués à la psychiatrie¹⁷. Enfin, la répartition inégale des 70 000 habitants dans des zones rurales et insulaires complexifie davantage la mise en place de secteurs qui puissent couvrir tout le territoire¹⁸. L'opposition géographique d'un espace urbain dense et concentré à un espace rural dispersé sur un territoire étendu, à laquelle s'ajoute le maintien des processus décisionnels à Nouméa en dépit des efforts de rééquilibrage prévus par les Accords de Matignon, rend la sectorisation très difficile. Arrivé à la même période, le psychologue Yoram Mouchenik, autre acteur marquant la volonté de réforme et d'innovation portée par certains intervenants de la santé à cette période, décrit lui aussi la pénible reconfiguration du paysage de la santé mentale. Malgré d'importantes transformations témoignant du développement d'une psychiatrie de secteur – recours moins systématiques à l'hospitalisation, création de plusieurs structures de soins et de consultations hors les murs, fermeture des lits d'hospitalisation pour enfants et création du service de pédopsychiatrie – l'espace rural continue d'être moins bien desservi et dépourvu d'infrastructures en santé mentale¹⁹.

Le défi d'un secteur dans les îles

Les Îles Loyauté constituent un « secteur » à part, éclaté entre quatre îles – Tiga, Lifou, Ouvéa et Maré – qui font de la décentralisation psychiatrique un défi. Deux contraintes structurelles spécifiques orientent la sectorisation aux Loyauté. D'une part, l'insularité rend difficile la prise en charge de patients suivis pour des maladies chroniques. Située à quarante-cinq minutes d'avion de Nouméa, les évacuations sanitaires de patients et les visites hebdomadaires ou mensuelles de médecins spécialistes engendrent des coûts importants. D'autre part, l'organisation des prises en charge sanitaires repose sur un montage administratif associant les dispensaires gérés par la Province des Îles au CHS à Nouméa, CHS

¹⁵ *Ibid.*, p. 18.

¹⁶ *Ibid.*, p. 38.

¹⁷ Le budget du CHS est huit fois inférieure à celui du CHT alors qu'il n'a que deux fois moins de lits, et près de 80% de ce budget est consacré aux dépenses de personnel. E. Barbié, *Insularité, culture et santé mentale en Nouvelle-Calédonie : pour un projet de soins infirmiers au CHS de Nouméa*, *op. cit.*, p. 83.

¹⁸ *Ibid.*, p. 73.

¹⁹ Yoram Mouchenik, « La Psychiatrie coloniale en Nouvelle-Calédonie », *Le Journal de la Société des Océanistes*, 2001, n° 113, p. 109-119.

en partie financé par des dotations des trois Provinces. L'ensemble nécessite donc la négociation constante des objectifs et des moyens entre acteurs provinciaux et institutionnels des îles et de Nouméa.

Les réformes impulsées par le CHS au début des années 1990 ont suivi la mise en place d'une administration provinciale née au même moment. Une première convention signée en 1993 entre la Province des Îles et le CHS prévoyait la mise en place pour la première fois de missions régulières aux îles Loyauté, dans chacune des différentes circonscriptions médico-sociales, c'est-à-dire dans les trois principales îles. Ce projet ambitieux prévoyait ainsi que chaque île reçoive la visite d'un psychiatre pendant deux ou trois jours, tous les trois mois. Des réductions budgétaires de la Province se traduisirent par une réduction du nombre de missions, mais l'impulsion était lancée. Progressivement, l'objectif de réduction du nombre de lits à l'hôpital, pour « déchroniciser » et favoriser la réinsertion des patients dans leur tribu d'origine permit le retour d'un certain nombre d'entre eux, que ce soit dans le cadre de visites thérapeutiques, ou de « projets de vie » plus durables. Ces projets impliquaient la mise en place d'une prise en charge sanitaire – des visites à domicile d'infirmier et la consultation régulière du psychiatre se rendant à Lifou – mais aussi sociale – la construction d'une maison ou l'aménagement des lieux de vie.

L'amélioration du dispositif sanitaire dans les îles et dans le Nord faisait partie des ambitions de rééquilibrage des Accords de Matignon. La rénovation des dispensaires et la formation des personnels y ont bouleversé les pratiques de santé. La suppression des vigiles de santé est l'une des conséquences emblématiques de ces changements. Les dispensaires de Lifou s'appuyaient jusque-là sur des « vigiles de santé » qui étaient recrutés dans les tribus et qui avaient reçu une petite formation médicale suffisante pour faire le relai entre les tribus et les dispensaires. A leur suppression, les budgets afférents furent transférés au profit des professionnels de soins. Ainsi, la plus grande technicité et la modernisation des structures se sont traduites par la perte d'une partie des relais dans les tribus.

Pour l'ensemble des spécialités médicales, assurer la continuité des soins représente donc une gageure. A Lifou, le système sanitaire repose sur des équipes à l'organisation fluctuante, puisqu'elle s'appuie en grande partie sur des médecins et infirmiers venus de métropole et recrutés sur des contrats courts – un an – sans forcément disposer des compétences pluridisciplinaires nécessaires à la médecine du dispensaire : comme autrefois dans la médecine de brousse, les médecins et infirmiers ont à gérer des urgences qui demandent des compétences plus larges que ne le prévoient les formations classiques. Quant aux spécialités qui ne requièrent pas une présence quotidienne au dispensaire – psychiatres, gynécologues,

ophtalmologues, gastro-entérologues, oncologues... – elles reposent sur la venue de spécialistes de Nouméa une fois par mois ou tous les deux mois. En une journée, ils doivent examiner dans l'un des deux dispensaires les patients venus de toute l'île. Pour gérer cette organisation complexe et s'assurer que les patients concernés se rendront bien à leur visite, une secrétaire médicale, ancienne vigile de santé, sillonne l'île au préalable pour distribuer dans les maisons les « convocations » prévenant de la visite médicale. Depuis son bureau au dispensaire, elle continue de faire le relai entre les équipes de Nouméa, le dispensaire et les patients, s'assurant que les uns et les autres sont bien informés. A Lifou, le dispositif perpétue la routine établie par les visites médicales du temps de l'épidémie de lèpre et bénéficie par ailleurs de la proximité des institutions provinciales, basées à Wé, et de la forte mobilité des habitants entre Lifou et Nouméa.

Mais ce dispositif coûteux doit aussi composer avec une desserte aérienne défailante. Les grèves du personnel aérien sont fréquentes et longues, immobilisant parfois les avions pendant plusieurs mois, quand ce ne sont pas les nombreux cyclones de la saison chaude qui empêchent les avions de décoller. La continuité des soins s'en trouve affectée, de même que la confiance à l'égard du dispositif. Quand les spécialistes reviennent après plusieurs mois d'absence, les patients ne se présentent pas, et la confiance est à reconstruire pour rétablir la routine des soins mensuels.

A ces difficultés s'ajoute le montage institutionnel complexe associant la Province des Îles et le CHS. La Province met à disposition des locaux, et l'hôpital du personnel. Mais puisque la santé est une compétence provinciale, c'est à la Province des Îles d'établir ses priorités et de les discuter avec l'institution nouméenne, ce qui donne lieu à des négociations entre acteurs indépendantistes et non indépendantistes aux visions divergentes. Les modalités de facturation sont aussi le fruit d'une négociation, puisque les médecins et leurs missions sont payés par le CHS, mais que celui-ci est financé en partie par des dotations provinciales. Cette complexité débouche parfois sur des défauts de paiement qui empêchent la venue de psychiatres pendant plusieurs mois. C'est alors l'équipe du dispensaire qui assure la continuité du traitement, sans que celui-ci ne soit réévalué par l'équipe psychiatrique.

Les ambitions initiales de la politique de secteur dans les îles ont été dans un premier temps revus à la baisse, et la routine des visites à domicile décrites au chapitre précédent a été trouvée au début des années 2000, mais elle continue de pâtir des difficultés structurelles mentionnées. A cela s'ajoute un dispositif original, l'Antenne Médico-Psychologique, dont l'orientation vers l'enfance et la jeunesse répond aux intérêts des institutions hospitalières et provinciales. Pour les premières, il s'agit de proposer une approche préventive de la

psychiatrie, en accord avec l'approche plus large et compréhensive de la santé mentale. Pour les secondes, l'accent mis sur la jeunesse et l'enfance rencontre l'élaboration du projet de société kanake.

II. L'Antenne Médico-Psychologique de Lifou

La « pédopsychiatrie de proximité » s'est établie à Lifou en 2006 avec la mise en place de l'Antenne Médico-Psychologique, après treize ans de missions de psychiatrie ambulatoire dans les îles. Sa mission est d'« accueillir toute famille exprimant une demande de soins psychiatriques ou psychologiques pour leur enfant, orienter et proposer le suivi le plus adapté, pour les enfants et les jeunes adultes jusqu'à 30 ans »²⁰.

Elle vise ainsi à prévenir les troubles de la santé mentale en agissant dès la petite enfance, de la détection des troubles encadrant la périnatalité au suivi d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes en difficultés. L'âge de trente ans, qui ne correspond pas aux délimitations métropolitaines, se veut une adaptation au contexte local dans lequel le mariage, qui survient tardivement, sanctionne le passage à l'âge adulte. En reprenant cette spécificité et en intégrant les « jeunes adultes » à son projet, l'AMP est clairement positionnée sur les questions de société relatives à la jeunesse kanake. Une autre dimension centrale de l'infrastructure est l'« approche culturelle des problématiques pédopsychiatriques », qui se traduit de façon pratique par l'embauche d'une « infirmière locutrice *drehu* qui intervient comme médiatrice culturelle auprès de la population », puis d'une psychologue kanake également locutrice *drehu*, enfin par la participation de l'équipe à des formations sur « l'étude anthropo-socio culturelle du monde kanak »²¹.

Sa position unique à Lifou l'amène aussi à intervenir plus largement dans le tissu social par le biais d'actions de sensibilisation à la santé mentale, notamment au cours des rassemblements collectifs. Située dans l'ancienne maison du médecin-résident, à une douzaine de mètres du dispensaire, sa vie s'anime chaque mercredi lors de la venue du pédopsychiatre autour de laquelle s'organise une partie des activités de la structure.

²⁰ Centre Hospitalier Albert Bousquet, *Projet d'établissement 2005-2010*, Nouméa, 2005.

²¹ Commission de la santé, des affaires sociales, du handicap et des problèmes de société, *Procès-verbal du 27 avril 2011*, Wé, Province des Îles.

Dans le quotidien de l'AMP se lit la mise en acte d'une santé mentale propre au contexte calédonien, s'adaptant aux institutions provinciales et aux logiques coutumières spécifiques de Lifou. Cette structure et les acteurs qui la font vivre sont un point de départ pour observer les espoirs, attentes et négociations qui rayonnent à partir de cet espace. On y voit le renouveau du maillage sanitaire, la place qui y est laissée à l'expression des voix de l'autorité coutumière, et la cristallisation autour de quelques thématiques des tensions qui le traversent.

La pédopsychiatrie en Nouvelle-Calédonie et à Lifou

En France, la psychiatrie de l'enfant s'est élaborée comme discipline propre dans les années 1930, à un moment de réorganisation de la société française et afin de répondre aux pertes démographiques de la première guerre mondiale²². En Nouvelle-Calédonie, la mise en place de services tournés vers l'enfance est une des dimensions centrales de l'ouverture de la santé mentale à une période marquée par l'émergence d'un souci pour la jeunesse océanienne. Ce souci marque la gouvernementalité qui se constitue sous l'effet de la recomposition institutionnelle et du projet de création d'un Etat calédonien.

De plus en plus connue des habitants de Lifou, de mieux en mieux insérée dans le tissu social, l'AMP compte sur une file active d'environ 250 patients répartis sur les îles Loyauté. Son personnel réalise 1333 consultations dans l'année, 376 groupes thérapeutiques, 270 visites à domiciles, 88 points écoutes jeunes et 206 réunions²³. Si bien que les habitants se présentent de plus en plus spontanément pour consulter le pédopsychiatre ou la psychologue.

Proposant une approche distincte de celle du CHS, axée sur la prévention et destinée à changer la perception de la psychiatrie, l'Antenne élargit ses activités au-delà des consultations, en proposant des groupes thérapeutiques, des visites à domicile fréquentes, des « interventions dans les écoles ou tribus pour des sessions de sensibilisation au dépistage précoce des troubles », des « points-écoute » pour les jeunes dans les collèges et lycées, des « visites de courtoisie en tribus », des « cellules de crises », enfin toutes les activités associées

²² Le premier congrès international de psychiatrie infantile se tint en 1937 sous l'impulsion notamment de Georges Heuyer. La naissance de la discipline coïncide en partie avec la nécessité d'anticiper les problèmes démographiques en France suite aux pertes de la première guerre mondiale. Jean-Christophe Coffin souligne la dimension politique qui encadre d'emblée l'émergence de la psychiatrie de l'enfant : l'histoire de la pédopsychiatrie est selon lui une « histoire d'Etat », car le souci pour la santé mentale des enfants correspond d'abord à un intérêt de l'Etat. Jean-Christophe Coffin, « La Psychiatrie de l'enfant en France, une affaire de l'État ? », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, 30 novembre 2016, n° 18, p. 81-96.

²³ Commission de la santé, des affaires sociales, du handicap et des problèmes de société, *Procès-verbal du 27 avril 2011, op. cit.*

aux réseaux mis en place autour de la structure. Ces réseaux sont multiples : l'AMP anime le réseau périnatalité, celui des professionnels de l'enfance « concernés par les problématiques éducatives, sociales, judiciaires et sanitaires », ses intervenants collaborent avec le personnel soignant des dispensaires ou fournissent des avis techniques pour les projets de « prise en charge médico-éducative des enfants en situation de handicap ». Enfin, à partir de l'antenne de Lifou sont organisées des missions hebdomadaires vers Ouvéa, Tiga et Maré.

L'AMP accueille des enfants orientés par le réseau scolaire ou amenés par leurs parents ou grands-parents inquiets, de jeunes mères prises en charge dans le cadre du réseau périnatalité, mais aussi des patients de psychiatrie adulte arrivés à l'AMP par hasard, des couples en difficulté conjugale, enfin les personnes qui, de plus en plus nombreuses, se tournent vers la structure pour demander une aide psychologique. Dans la petite structure se tisse les fils d'un maillage sanitaire, juridique, social et coutumier autour de la souffrance psychique.

Mais la spécificité de l'antenne, tournée vers la prévention et l'approche communautaire, rend ses activités difficilement comptabilisables sur le même modèle que le service de psychiatrie adulte. Parce qu'ils ne sont pas « hospitalo-centrés », parce qu'ils ne facturent pas, explique Christian, les activités sont sous-estimées dans les bilans et ils sont « montrés du doigt » par leurs collègues de Nouméa. En outre, la structure est encore fragile, manque encore de moyens et reste fortement « personne dépendante »²⁴.

Le quotidien de l'AMP

Il n'est pas encore 7 heures du matin et Christian s'installe sur l'un des bancs d'une table du petit snack qui fait face à la baie de Chateaubriand, de l'autre côté de la route de l'AMP. Le snack est déjà bien animé, car c'est aussi jour de marché, qui rassemble les gens venus de toute l'île. Christian boit son premier café de la journée, avec une part de gâteau à l'ananas. Comme chaque mercredi, il s'est levé à 4 heures pour prendre le premier vol de Magenta, l'aérodrome qui relie Nouméa aux Îles. Bermudas, claquettes et chemisette, le sourire avenant, Christian est d'humeur joviale, comme à son habitude. Après plusieurs années à venir chaque mercredi, il a pris le pli de se lever si tôt et prend plaisir à venir à Lifou. La journée de travail n'a pas exactement commencé, mais deux autres intervenantes sociosanitaires nous rejoignent, la sage-femme coordinatrice du réseau périnatalité de Nouvelle-Calédonie, qui vient une fois par mois, et une éducatrice spécialisée basée à Lifou.

²⁴ *Ibid.*

Comme Christian, toutes deux sont originaires de métropole et sont installées en Nouvelle-Calédonie depuis plusieurs années. Après avoir bourlingué dans d'autres DOM-TOM, elles se sont établies en Nouvelle-Calédonie, où les conditions de vie et de travail étaient meilleures. La conversation qui s'engage autour des tasses de café fumantes tourne rapidement autour des voiliers, que tout métropolitain établi sur le territoire cherche à acquérir. Nous partageons avis, récits et expériences autour de la voile. L'une raconte le souvenir d'un naufrage, l'autre compare les caractéristiques des catamarans ou le prix des emplacements au port de Wé et de Nouméa. Au fil de la discussion, nous saluons au passage les visages familiers, nombreux, qui viennent remplir puis vider les tables autour de nous – de jeunes patients et leurs familles, des collègues infirmiers ou du personnel de la Province. Il y a comme chaque mercredi beaucoup de monde, et un peu plus d'Européens venus de Nouméa qu'à l'accoutumée, puisque c'est le jour où de nombreux professionnels médico-sociaux viennent à Lifou pour la visite hebdomadaire ou mensuelle faite aux malades et familles suivies, pour des soins ou dans le cadre d'une enquête sociale. Arrivés par le premier vol, médecins, éducateurs spécialisés, psychologues, sages-femmes, experts du développement ou formateurs enchaîneront rendez-vous et réunions toute la journée jusqu'au soir. Les habitants de Lifou, eux, profitent des bus plus nombreux le mercredi pour venir jusqu'à Wé pour faire le marché, passer à la poste, au tribunal, à la Province, ou consulter un spécialiste. Le petit centre administratif de Wé devient alors, encore plus que les autres jours, l'épicentre économique et socio-sanitaire de l'île.

La vue depuis le petit snack est idyllique, sa terrasse ouverte sur l'une des plus belles plages de Nouvelle-Calédonie. C'est un mercredi ensoleillé comme un autre, le rythme y semble nonchalant et, à nous entendre parler de voile et de week-end sur des îlots, on croirait vivre dans un paradis exempt de tout souci. Dans la continuité de l'image construite par l'histoire coloniale, Lifou est une destination touristique prisée des nouméens, qui leur semble plus accessible que Maré et Ouvéa. Les gîtes et accueils en tribu sont nombreux, les circuits touristiques bien rodés et les campagnes publicitaires de l'office du tourisme vantent la qualité de l'accueil en tribu, et la « nature ouverte et entreprenante de ses habitants »²⁵.

Mais les professionnels de passage n'ont guère le temps d'en profiter. La pause dure à peine une petite demi-heure. Les premières consultations de Christian commençant à 7h30. Assis ou allongés sur les bancs du préau qui fait office de salle d'attente extérieure, des patients attendent déjà. Toute la journée jusqu'au soir, quand il prendra le dernier vol de la journée,

²⁵ Par comparaison, les campagnes de promotion du tourisme aux îles Loyauté célèbrent Maré comme étant « la plus sauvage », et Ouvéa uniquement pour la beauté de ses paysages, sans qu'aucun mot ne soit dit de ses habitants. Cf. le site *Destination Îles Loyauté*, www.iles-loyaute.com/fr

Christian enchaîne consultations et réunions, parfois se déplace dans une école, une famille, un rassemblement communautaire ou religieux. Il retrouve à l'AMP les autres intervenants qui y sont basés toute la semaine : une jeune psychomotricienne récemment arrivée de métropole ainsi qu'une infirmière et une psychologue kanakes. Comme le reste des institutions situées à Wé, la vie de l'AMP se remplit chaque mercredi de personnes attirées par cette visite hebdomadaire autour de laquelle s'organisent les consultations et les réunions avec les différents réseaux socio-sanitaires.

On entre par une porte vitrée sans tain protégée de barreaux, pour se trouver devant un bureau avec un ordinateur faisant office d'accueil, mais qui n'est utilisé que par les cadres de santé de passage ou par moi quand je viens observer les activités de l'AMP chaque mercredi. A droite, une petite cuisine où l'on déjeune et prépare le café, que l'on partage avec les collègues des autres structures qui viennent y prendre leur pause. Puis la salle de psychomotricité et les trois bureaux de consultation du pédopsychiatre, de l'infirmière psy et de la psychologue. La salle de bains a conservé sa douche, bien utile au retour des sorties à la mer qu'organise l'infirmière pour les groupes d'enfants. Après plusieurs années d'attente, les murs des différents bureaux ont été repeints avec des couleurs vives. Petit à petit, l'AMP est devenue un endroit chaleureux et accueillant pour les enfants. L'infirmière attend toujours la case qui doit être construite sur la pelouse qui fait face à l'AMP, et où elle espère réaliser son « activité contes » : grand-mère elle-même, elle voudrait mener des groupes thérapeutiques pour les enfants dans la case, et leur raconter des *ifejicatre* [contes] comme sa grand-mère lui en a contés et comme elle en conte à sa petite-fille. Mais les travaux sont lents, et la rénovation générale de l'ensemble du dispensaire a pris beaucoup de temps, retardant davantage les projets de l'AMP. Prévue pour être construite sur le terrain qui fait face à l'AMP, il a déjà fallu plusieurs années pour que la fosse septique qui y est enfouie soit rénovée, et la pelouse replantée. Dans l'autre dispensaire, à Xépénéhé, une petite salle de consultation que le pédopsychiatre partage avec les ophtalmologues a été installée à côté de la morgue, dans les vieux bâtiments rénovés datant du dispensaire de Moria. Certains mercredis, le pédopsychiatre doit « sauter dans une faille spatio-temporelle ». A midi, il a à peine le temps de manger un sandwich, « met la musique à fond et roule comme un fou » pour relier les deux dispensaires et arriver à l'heure à ses consultations. Selon lui, l'activité de l'AMP est alors bien rôdée, la « confiance » établie, si bien que les patients vont et viennent de semaine en semaine. Quand il n'a pas de réunions prévues, il enchaîne les consultations, environ quatorze, parfois plus quand se présentent des urgences, parfois moins quand il pleut des cordes. La journée de consultations se termine vers 15h30, et le temps restant jusqu'au départ

pour l'aérodrome se passe soit dans une réunion d'équipes, soit à gérer des urgences. Le pédopsychiatre part vers 17h45 et il « croise les doigts pour qu'il y ait un avion ». Cette année-là, il lui est arrivé de dormir deux fois à l'hôtel à cause de vols annulés. L'année précédente, une grève a privé l'île d'avions pendant plusieurs mois. Seules les urgences médicales étaient assurées. L'organisation du transport aérien occupe une grande place dans le quotidien de l'AMP, comme dans celui des habitants de Lifou. Il demande d'incessants bricolages, calculs et négociations. Quand la rumeur d'un préavis de grève commence à circuler, ceux qui savent qu'ils auront à partir sur Nouméa réservent un billet à la va-vite, pour être sûrs d'être premiers sur les longues listes d'attente qui s'ouvrira dès le début de la grève. Les seules urgences prises en considération sont une connexion pour un vol international, une évacuation sanitaire ou un déplacement de médecins qui correspond à une « réquisition ». Christian qui vient chaque semaine est à présent bien connu du personnel de l'aérodrome, qui l'appelle directement pour le prévenir d'un éventuel problème ou pour arranger ses réservations en fonction. Quand il lui arrive de rester bloqué sur l'île, Christian dort à l'hôtel, sauf s'il est trop tard, alors il dort à l'AMP sur un matelas de la salle de psychomotricité.

Les enfants de l'AMP

Les enfants arrivent à l'AMP après avoir été orientés dans le cadre scolaire, celui de la justice ou le réseau périnatalité. Certains sont aussi amenés spontanément par leurs parents. Parmi les enfants vus en consultation, les deux tiers sont originaires de Lifou et le tiers restant correspond à des enfants d'Européens mutés à Lifou. Cette surreprésentation²⁶ traduit une plus grande habitude de recourir à ce type d'infrastructures dans la population européenne, là où le rôle des psychologues, pédopsychiatres ou orthophonistes est peu connu de la plupart des familles kanakes. Pour celles-ci, l'AMP est d'abord associée au milieu scolaire : l'objectif de ne pas être associé aux prises en charges lourdes et stigmatisantes de la psychiatre adulte est rempli, et c'est plutôt à l'institution scolaire qu'elle est associée.

Fonctionnant différemment de toutes les autres structures médicales sur l'île, aucun acte n'est facturé et tous peuvent être pris en charge sans même avoir à présenter une carte d'aide médicale. Dans la patientèle kanake, on n'observe pas une surreprésentation d'enfants issus de famille aux ressources symboliques et matérielles plus élevées – comme des enfants

²⁶ Puisque la population européenne ne représente que 5% de la population totale de Lifou.

d'instituteurs, d'infirmiers, de pasteurs ou de chefs de clan. En revanche, c'est dans ces classes sociales que l'on trouve le plus de parents qui amènent spontanément en consultation un de leurs enfants, inquiets de le voir, par exemple, « dans la lune ». La moitié des enfants, kanaks comme européens, sont orientés par l'école pour résoudre des difficultés d'apprentissage ou de comportement. Le diagnostic consiste souvent à détecter une déficience ou un trouble envahissant du développement que cachent des agitations psychomotrices, des problèmes de comportement, un retard de parole ou des difficultés d'apprentissage. L'autre moitié des enfants arrive par le biais du système judiciaire ou de l'hôpital. Les plus petits sont envoyés par une sage-femme du réseau périnatal, alertée par la situation d'une maman en difficulté. Un peu plus de petits garçons que de petites filles sont reçus, et la plupart ont entre sept et dix ans.

La plupart des enfants vient avec plaisir à l'AMP. « Ils sont tout contents de venir » me dit Christian, « même quand ils n'ont pas rendez-vous ils viennent ! ». Un de ces enfants passe chaque mercredi à vélo devant l'AMP pour vérifier que la voiture du CHS y est bien garée, signe de la venue du pédopsychiatre, puis il va alerter tous les autres pour leur dire que Christian est bien là.

Celui-ci décrit quelques unes des situations familiales auxquelles il a à faire. Deux petits garçons qui sont suivis dans le cadre d'une mesure demandée par le juge, une Action Educative en Milieu Ouvert judiciaire (AEMO), font de « l'autoprescription », pour reprendre les mots de Christian : ce sont eux qui réclament de venir, contre leurs parents mis en cause, qui sont réticents. Ceux-ci sont décrits par le pédopsychiatre comme un « couple de conjugopathie », avec une maman qui « picole et qui fume du cannabis » et un papa qui est « un mec simple de la terre », qui était « presque clochard » à Nouméa et qui maintenant « cultive son champ ». Ils vivaient à Tindu, un quartier océanien pauvre de Nouméa, où une mesure de suivi AEMO avait déjà été décidée. Puis ils sont rentrés à Lifou « pour cultiver ». La précarité familiale, fortement préjudiciable aux enfants à Nouméa, est selon Christian atténuée à Lifou par l'appartenance des parents à un clan proche de la chefferie de leur tribu. Si bien qu'ils ont pu accéder à une maison et à un terrain pour cultiver. Christian décrit la fragilité de la relation thérapeutique dans les AEMO, car l'adhésion des parents est difficile à obtenir. L'éducatrice spécialisée se rend régulièrement au domicile des parents pour leur rappeler l'importance du suivi. Plutôt que d'amener le frère aîné comme l'avait préconisé l'éducatrice, les parents amènent le benjamin de la fratrie, qui se trouve aussi avoir besoins de soins spécialisés. L'enfant de trois ans a été diagnostiqué d'un syndrome d'alcoolisation foetale et orienté à l'AMP par une pédiatre de l'hôpital à Nouméa. De plus, il ne porte pas le

même nom que le reste de la fratrie, signe d'une place fragilisée dans l'ensemble familial et communautaire qui a alerté l'équipe médico-éducative. Afin de limiter le risque de retard mental, un « travail de psychiatrie élargie » a été mis en place avec un groupe comportant l'instituteur spécialisé, la psychomotricienne et l'orthophoniste, pour stimuler le développement cognitif de l'enfant. Mais la volonté des soignants mobilisés autour de ces enfants en difficulté se heurte aux problèmes financiers des parents, qui n'ont pas les moyens de venir jusqu'à Wé où se situent les infrastructures. Les enfants reçus sont souvent issus de familles précaires du point de vue financier ou de celui de la place occupée dans la tribu. Christian décrit des papas « qui ne tiennent pas la route », des enfants « perdus dans la nature », d'autres « en perdition » ou pris « dans des embrouilles ». Les situations de violence sont aussi le lot quotidien de l'AMP, qui intervient en dispensant des consultations à des enfants ou des parents impliqués dans des situations de violence domestique, ou qui met en place des « cellules de crise », par exemple quand survient un accident de la route violent causant la mort d'un adolescent. Le travail fait par les intervenants de l'AMP consiste alors à limiter l'impact de ces situations sur le développement des enfants.

Jacob, quatre ans : de l'école à l'AMP

Un petit garçon arrive en tenant la main de sa grand-mère. Il esquisse un sourire timide, ne dit pas un mot et suit Emilie, la psychomotricienne, pour sa séance hebdomadaire. Jacob a un peu plus de 4 ans et ne parle presque pas. Chaque mercredi, sa grand-mère l'amène à Wé où il consulte l'orthophoniste du dispensaire puis la psychomotricienne de l'AMP. L'instituteur, la psychologue scolaire et la psychologue de l'AMP complètent l'« équipe éducative » autour de l'enfant. Sa famille est aussi prise en charge par l'éducatrice spécialisée de l'Association de Protection de l'Enfance et de la Jeunesse (APEJ), dans le cadre d'une AEMO prononcée par le juge des enfants à Nouméa.

L'orthophoniste, la psychomotricienne et l'éducatrice spécialisée sont en train de boire le café sous l'auvent de l'AMP quand Jacob arrive. Elles l'accueillent avec un grand sourire. Une bouille ronde et de grands yeux, Jacob est « tellement mignon ! », disent-elles, même si la frustration le pousse parfois à se mettre en colère dans la salle de psychomotricité. Le petit garçon est suivi depuis deux années pour des problèmes de langage et de coordination motrice ou, pour reprendre les mots de sa grand-mère, « pour faire sortir les mots », c'est-à-dire pour lui apprendre à parler. La grand-mère a repris la garde de l'enfant qui a vécu jusqu'à l'âge de

deux ans avec ses parents à Nouméa. Le père avait déjà eu plusieurs enfants d'une précédente union, dont l'un est en situation de handicap et d'autres placés dans le cadre de mesures judiciaires. Lui et la maman de Jacob travaillant, personne n'avait le temps de s'occuper du petit. « Il parle pas, parce que y a personne qui va parler avec lui », m'explique la grand-mère. La mère est à l'écoute de son enfant, mais débordée à la maison où elle doit gérer d'autres enfants. Quant au père, peu présent, il n'est « pas fiable », dira l'une des intervenantes. « En fait, son père », m'explique la grand-mère, « il lui parle pas beaucoup. [II] est toujours devant la télé ».

La grand-mère a demandé à sa fille de lui confier l'enfant à Lifou, ce qu'elle a fini par accepter. Le père s'est plié à la demande puisque, pour reprendre les explications de la grand-mère, il n'a pas son mot à dire parce que le couple n'est pas marié. La grand-mère inquiète l'a ramené à Lifou où l'instituteur de l'école de la tribu lui a suggéré de consulter l'AMP. L'éducatrice spécialisée qui travaillait déjà avec la famille a organisé les rendez-vous. La mise en place d'une prise en charge s'est donc faite sous l'influence conjointe d'une mesure judiciaire, d'un premier dépistage de l'instituteur et d'une inquiétude de la grand-mère face aux problèmes de langage de l'enfant. Après un bilan psychologique et plusieurs séances d'orthophonie et de psychomotricité, l'enfant a fait des progrès notables, son élocution s'est améliorée et il a acquis une plus grande aisance corporelle et verbale. Un doute s'était posé sur une éventuelle déficience de l'enfant et le bilan psychologique a été difficile à établir. Pour la psychologue scolaire, une Européenne qui a épousé un homme de Lifou pour s'y installer, les bilans psychologiques classiques doivent être adaptés aux enfants de Lifou, et prendre en compte d'autres facteurs, comme la situation d'interaction dans laquelle se déroulent ces bilans : un entretien en face à face dans une salle d'école, avec une professionnelle européenne, représente une situation qui peut figer la spontanéité des enfants, les intimider, et donc biaiser un diagnostic. Avec Jacob, il a été difficile de faire passer les tests d'évaluation de ses capacités, précisément à cause de cette situation. Après plusieurs observations de l'enfant, le diagnostic de déficience a fini par être écarté et c'est plutôt un manque de stimulation et une carence socioéducative qui ont été identifiés et autour desquels l'équipe s'est mobilisée.

Face aux progrès de l'enfant, la grand-mère est pleine de gratitude envers l'équipe. Le travail fait dans les salles de consultation avec les différents intervenants lui échappe, et elle l'associe à une forme de soutien scolaire. Puisque les difficultés des enfants sont détectées le plus souvent dans le cadre scolaire et que le « réseau » qui les prend en charge associe étroitement les intervenants de l'école, l'AMP est associée à cette institution plus qu'à l'institution

médicale – même si elle est voisine du dispensaire. L’orthophoniste et la psychomotricienne disent être parfois perçues comme des aides scolaires qui aident l’enfant à faire ses devoirs. Quand ce sont les parents ou les grands-parents qui arrivent à l’AMP spontanément, avec une demande propre, celle-ci est formulée simplement – « faire sortir les mots », par exemple – ou associée à un problème observé à l’école – difficultés d’apprentissage, problèmes de comportement. L’orthophoniste, dont une partie de la famille est originaire de Lifou, voit dans le flou entourant ce qui se passe dans les salles de consultation de l’AMP et l’association au milieu scolaire comme quelque chose de « culturel ».

« Les gens ici ils sont moins sensibles à ça, à ces facteurs un peu psychologiques qui peuvent aller empêcher le développement de l’enfant, et entraîner plein de troubles de communication. Ils ont du mal. (...) C’est un truc culturel. Je pense que c’est pour ça, ils voient simplement la conséquence, en fait, du truc qui se répercute au niveau de l’apprentissage à l’école. »

Selon elle, même les responsables de la Province des Îles « ont du mal à cerner, enfin à voir quel est vraiment [son] métier, et le différencier d’un prof, d’une maîtresse, ou même de quelqu’un qui donne des cours du soir ».

L’histoire de Jacob est indicatrice d’un renouvellement des responsabilités familiales dans l’éducation des petits enfants et de l’importance prise par l’école. Dans la répartition des responsabilités éducatives, les grands-parents continuent de jouer un rôle central, mais qui s’est déplacé dans le contexte de l’augmentation du travail féminin et des mobilités salariales vers Nouméa d’une part, de l’extension du système scolaire d’autre part.

Le premier espace de socialisation de l’enfant continue d’être le clan, mais l’école est venue constituer un espace concurrent. Ses frères et sœurs, ses oncles et tantes, ses grands-parents l’encadrent encore de leur regard, le corrigeant si besoin. La sollicitude collective à l’égard des petits enfants a pour but de leur donner une « assise sociale », le *trepén* [fondement, base, support] que les aînés rappellent à l’enfant en racontant l’histoire du clan et de ses relations avec les autres clans. Le rôle des grands-parents dans la transmission de ces savoirs est central, et passe par les histoires racontées le soir dans la case, les *ifejicatre*. L’apprentissage passait aussi par le mimétisme, puisque les enfants restaient à la maison, auprès des grands-parents, jusqu’à l’âge de six ans, âge auquel ils entraient à l’école. La grand-mère prodiguait alors les soins au petit enfant : soins de prévention, en vérifiant une luette bien descendue et la fermeture de la fontanelle, soins curatifs des petits maux du quotidien, préparation des tisanes pour renforcer le petit et en faire un *nyipi atr* [vrai humain]. La construction du petit être

humain implique de façon centrale les grands-mères, qui ont aussi la responsabilité de l'éducation morale.

Une partie de ces apprentissages et de ces soins s'est aujourd'hui déplacée vers la structure scolaire, qui accueille les enfants dès l'âge de trois ans. La grand-mère de Jacob, m'explique qu'elle n'a jamais songé à l'amener chez un guérisseur pour faire examiner la lulette de Jacob et vérifier qu'elle soit bien descendue. C'est dans l'interaction scolaire que la difficulté à parler est devenue un problème à traiter, et c'est donc par l'institution périscolaire que représente l'AMP que passe le traitement. Si Jacob reçoit de sa grand-mère la plupart des soins habituellement prodigués aux petits enfants, comme le *hmitre* administré en infusion quand il a de la toux, il n'a vu aucun guérisseur pour ses problèmes d'élocution.

L'acquisition de la parole est une étape essentielle dans le développement des enfants kanaks, puisqu'elle marque le passage d'un état de vulnérabilité au monde des esprits à un état de petit *atr* [humain] intégré au monde des humains²⁷. L'observation de la lulette est associée à l'acquisition du langage, qui est au cœur d'un ensemble de soins curatifs et préventifs. Avec l'importance prise par l'école à un âge plus précoce, l'attention à cette étape du développement de la personne rejoint les référents de l'institution scolaire. Celle-ci, comme en métropole n'a joué un rôle que récemment dans le dépistage des troubles de l'enfance et dans l'établissement de statuts d'« handicapé »²⁸.

L'inquiétude face à l'absence de langage redouble, mais trouve sa résolution dans les soins prodigués par les intervenants associés à l'école. La grand-mère n'a pas non plus songé à la possibilité que Jacob soit un *nekö i dro* [enfant de la terre], une conception qui relève, pour reprendre ses mots, du « temps des vieux d'avant ». Pour Jacob, c'est autour de l'épanouissement scolaire que se déploient l'inquiétude et la résolution du problème. Dans ce contexte, la grand-mère n'est plus la première dispensatrice des soins et de l'éducation, mais une accompagnante vers les réseaux éducatifs et médicaux, à qui est déléguée la part la plus importante de l'attention au développement de l'enfant.

L'approche adoptée par la grand-mère est souvent retrouvée chez les parents de Lifou, qui ne font pas appel aux modes de résolution kanaks pour solutionner une difficulté langagière ou d'apprentissage détectée à l'école. Ils privilégient plutôt les protocoles proposés par les

²⁷ Comme chez les Mossi, le petit enfant n'acquiert le statut de personne que lorsqu'il a acquis le langage. Doris Bonnet, *Corps biologique, corps social: procréation et maladies de l'enfant en pays mossi (Burkina Faso)*, Paris, ORSTOM, 1988, vol.110, 138 p.

²⁸ Pour Romuald Bodin, le handicap mental est une « anormalité d'institution » liée à l'institution scolaire, car les pics de reconnaissance du handicap mental sont liés au moment du passage d'un niveau scolaire à un autre – ce qui diffère du handicap physique, lié à l'institution du travail, et du handicap psychique, lié à l'institution familiale. Romuald Bodin, *L'Institution du handicap. Esquisse pour une théorie sociologique du handicap*, Paris, La Dispute, 2018, 181 p.

psychologues à l'école ou à l'AMP. Les étiologies et les modes de résolution kanaks perdent une partie de leur importance quand l'enfant se trouve pris dans les réseaux scolaires et quand ceux-ci apportent une résolution visible des troubles, comme dans le cas de Jacob.

L'importance accordée à la culture kanake, qui fait partie des objectifs institutionnels de l'AMP, se positionne à un autre niveau, celui de la coutume.

III. Positionnements des acteurs de la santé mentale autour de la coutume

Autour de l'AMP se sont constitués plusieurs réseaux prenant la « santé mentale » pour objet d'intervention, réseaux qui témoignent de la reconfiguration du maillage sanitaire dans un contexte de décolonisation, puisqu'ils accordent une large place aux acteurs coutumiers. Je reprends ici une partie des éléments présentés au chapitre 4, à savoir les savoirs culturels kanaks et leur place dans les politiques publiques de la santé, pour voir comment ils sont introduits dans les réseaux et les dispositifs de prise en charge de la santé mentale.

L'élément culturel dans le maillage de la santé mentale

Les réseaux constitués autour de l'AMP s'orientent autour de trois axes : la santé, la justice, l'école. Au niveau scolaire, l'AMP travaille avec un réseau de professionnels de l'enfance (infirmiers scolaires, psychologue scolaire, orthophoniste, instituteurs spécialisés). Au niveau judiciaire, avec le tribunal d'instance et les éducateurs spécialisés, autour de cas de placements d'enfants. Enfin, le réseau périnatal associe l'AMP aux sages-femmes et au service de pédiatrie de l'hôpital à Nouméa, qui reçoit les femmes des îles. Ce réseau a pour objectif le dépistage de situations socio-médicales susceptibles de déboucher sur une souffrance psychique de l'enfant ou de sa mère.

En chaque point de ces réseaux s'activent des acteurs qui « adressent » des enfants à l'AMP. Pour la plupart des acteurs médico-sociaux basés à Lifou, l'intégration de « l'élément culturel » conditionne l'efficacité de ces réseaux, si bien que c'est autour de cette thématique que s'élaborent les nouvelles dynamiques sociales du maillage sanitaire.

Après quelques années de fonctionnement, Christian se dit satisfait, le « maillage est bien fait » dit-il, la « cellule d'adressage » fonctionne et il y a beaucoup moins « d'enfants laissés pour compte ».

L'objectif de prise en compte de l'élément culturel impose une situation d'interdépendance dans laquelle tous les acteurs doivent « travailler ensemble », une dynamique qui fait écho à la dimension « holistique » prônée par le plan *Do Kamo* et, plus largement, au contexte post-Accords de Nouméa et à la redéfinition des relations institutionnelles qu'il suscite. Ce contexte a été marqué par l'effervescence et l'optimisme de construire un « destin commun »²⁹ qui englobe tous les groupes socioethniques du territoire.

La santé mentale se prête tout particulièrement à une réflexion sur la dimension relationnelle que devraient revêtir les actions socio-sanitaires, puisque l'extension aux maux de la souffrance sociale implique un travail avec un large nombre d'acteurs, ainsi qu'une réflexion sur la prise en compte de « l'élément culturel » dans la santé. Le *Schéma de santé mentale* adopté en 2013 propose quelques éléments de compréhension de ce que recouvre l'idée de culture pour les acteurs des institutions nouméennes³⁰. Y est réitéré l'objectif de construction d'une « culture commune », sans toutefois que celle-ci soit définie au-delà de la mention aux « cultures océaniques ». Tandis que les institutions coutumières kanakes nées des Accords de Matignon se sont employées à définir un ensemble de « valeurs », réunies dans un « socle commun des valeurs kanak »³¹, et que le domaine scolaire a été largement investi par les indépendantistes kanaks³², la prise en compte de l'élément culturel kanak dans les programmes de santé est plus tardive, comme le chapitre 4 l'a exposé. Dans un contexte d'hégémonie de la biomédecine, les éléments de définition et les propositions pratiques pour intégrer la culture kanake aux pratiques thérapeutiques soumettent la médecine kanake au régime de scientificité de la biomédecine.

A Nouméa, en revanche, où sont formulées les Lois de pays et les autres réglementations territoriales, la culture kanake est dans ces textes dissoute dans une culture océanique. Le *Schéma de santé mentale*, préparé par des cadres de santé européens, mentionne les cultures et valeurs « océaniques », sans les définir. Ce terme englobant, qui reflète sans doute la

²⁹ L'idée de « destin commun » est apparue dans les Accords de Nouméa pour désigner le projet de construction d'une « communauté de destin » pluriethnique.

³⁰ « Annexe 4 à la délibération n°171 du 25 janvier 2001 fixant le schéma d'organisation en faveur de la promotion de la santé mentale en Nouvelle-Calédonie », *Journal Officiel de la Nouvelle-Calédonie*

³¹ Le *Socle commun des valeurs kanak* désigne un ensemble de normes et valeurs kanakes définies et compilées par les autorités coutumières pour fonder une identité et un droit coutumier. Il a été repris dans la *Charte du peuple kanak* élaboré par le Sénat coutumier en 2014. Sénat coutumier, *Charte du peuple kanak*, Nouméa, 2014.

³² Marie Salaün, *Décoloniser l'école ? Hawaï'i, Nouvelle-Calédonie. Expériences contemporaines*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013, 304 p.

diversité culturelle calédonienne, délégitime aussi implicitement les revendications autochtones³³. Si les valeurs « océaniques » permettent en effet d'englober l'ensemble des populations du territoire et son aspect multiculturel, y recourir revient à occulter la spécificité historique de la position kanake. L'incertitude de la notion reflète aussi la difficulté à penser les faits sociaux spécifiques à la Nouvelle-Calédonie.

L'examen des débats à Lifou entre membres de l'institution provinciale et représentants du CHS témoigne des processus par lesquels se redessinent des positions de légitimité et d'autorité sur les différentes dimensions du pouvoir thérapeutique et la place qu'ils entendent donner à la « culture » et aux acteurs qui la manient. Les comptes-rendus des réunions de la Direction des Affaires Communautaires et de l'Action Sociale (DACAS) laissent voir, à travers la réécriture qui en est faite par le personnel administratif provincial kanak et le vocabulaire choisi, les points de tension et les thématiques importantes – ce qu'il est jugé important de conserver dans la trace écrite du récit administratif.

Le rôle des acteurs religieux, associatifs, politiques, impliqués très tôt dans la gouvernementalité de la santé à Lifou, est remis en avant dans ce nouveau contexte. Le gouvernement des corps souffrants reconfigure les rôles de chacun dans le maillage. Etant donné la primauté du « préventif » dans l'action provinciale, qui délègue aux institutions territoriales le « curatif », c'est dans ce domaine que s'aiguisent les techniques de gouvernement du biopouvoir (post)colonial. Accéder aux corps souffrants pour les soigner ne peut se faire sans l'aval d'une autorité culturelle aux contours flous.

Une répartition des attributions de chacun se dessine, qui rend visible un dispositif institutionnel fragile, reposant sur une situation d'interdépendance des uns et des autres. Le CHS y dépend des acteurs provinciaux pour accéder au tissu social, mais aussi à l'autorité coutumière, enfin aux éléments culturels susceptibles de freiner la relation de soins ou au contraire de l'améliorer.

Quant à l'institution provinciale, la fragilité structurelle des îles, qui sont dépourvues de structures hospitalières, la contraint à se reposer davantage sur le tissu social qui l'entoure : « Aux îles, la DACAS n'a pas d'autres alternatives que de faire appel aux énergies de la société traditionnelle et d'envisager de contractualiser avec les associations religieuses ou de santé, comme le fait l'ASS NC avec Solidarité Sida »³⁴.

³³ Comme le relève Marie Salaün au sujet de la question scolaire, les tenants du multiculturalisme ont souvent été ceux qui délégitimaient les revendications autochtones. *Ibid.*, p. 269-270.

³⁴ Commission de la santé, des affaires sociales, du handicap et des problèmes de société, *Procès-verbal du 23 mars 2010*, Wé, Province des Îles.

La récurrence dans ces textes des termes de « collaboration », « ensemble », « réseau », « synergie » traduit le contexte qui succède aux Accords de Nouméa. Elle fait écho au vocabulaire aussi utilisé de « transversalité des moyens », de « mutualisation des compétences »³⁵.

Au passage, la réflexion des institutionnels et des praticiens s'accompagne d'une définition implicite de ce qui est considéré comme une « société civile » à Lifou. L'idée que la santé mentale est « l'affaire de tous », et pas seulement des médecins, dessine la vision particulière de ce que serait une société civile dans le régime discursif de l'autochtonie. Pour l'élue qui intervient dans le débat sur les prises en charge du CHS à Lifou, sont concernés « les professionnels, les coutumiers, les réseaux en tribu, les mouvements associatifs, les politiciens ainsi que la population des îles ». Ceux-ci sont appelés, dans ces projets de la santé mentale, à jouer un rôle préventif : ils constituent la « solution préventive », par opposition à « la solution curative » portée par le « service dédié » et ses « compétences *ad hoc* d'éducateur spécialisé, d'assistance sociale ». L'élue poursuit en définissant cette société civile composée selon elle « des porteurs de valeurs (pères et mères de famille, chefs de famille, aînés, chefs de famille, chefs de clans, chefs de tribus, grands chefs, religieux, enseignants...) »³⁶. Ainsi se dessine une conception de la prévention de la santé mentale fondée d'abord sur l'autorité morale, dont les représentants constituent la société civile, du moins dans les discours politiques kanaks. On retrouve dans cette approche la dimension disciplinaire qui caractérise l'approche médicale et psychiatrique à Lifou.

Médecine traditionnelle et psychiatrie

L'ensemble des acteurs concernés manifeste un intérêt pour la médecine kanake, dont l'approche présentée comme « holistique » devrait s'accorder avec un projet de santé mentale qui entend englober l'ensemble des dimensions et des acteurs sociaux. Pourtant, dénigrée sous la période coloniale, puis réhabilitée dans le contexte contemporain de décolonisation, la médecine kanake est présentée comme difficilement compatible avec la biomédecine dans le cadre psychiatrique.

Comme le rapporte un acteur provincial :

³⁵ *Ibid.*

³⁶ *Ibid.*

« Mr [*sic*] F. apporte une précision sur la médecine traditionnelle. Celle-ci intervient à des étages où la médecine normée n'intervient pas. Elle ne se limite pas à une consommation de plantes. La médecine traditionnelle est une manière d'habiter le monde différemment et ceci est un combat permanent. »³⁷

Tous les élus et acteurs médicaux se positionnent face à la médecine traditionnelle. Dans cette réunion qui les rassemble, un débat est entamé entre médecins-psychiatres du CHS venus présenter leur travail, élus indépendantistes et cadres de santé kanaks, débat qui laisse entrevoir les économies morales de ces institutions. Les psychiatres présents ce jour-là font état de leur activité et mentionnent d'une façon ou d'une autre leur prise en compte de la médecine traditionnelle. Pour eux, celle-ci apparaît comme une pratique sur laquelle ils n'interviennent pas, mais dont ils ont connaissance et dont ils respectent l'usage.

Le pédopsychiatre mentionne ainsi le recours aux médicaments kanaks de tous les enfants qu'il reçoit et les discussions qu'il a avec des experts qu'il considère comme légitimes sur ces questions, à savoir des chercheurs kanaks travaillant sur l'ethnobotanique ou les sciences sociales. Il évoque aussi un « projet de recherche portant sur la question de la formalisation des cas où les personnes passent de la médecine traditionnelle à la médecine psychiatrique ». Pour construire la légitimité de son propos sur cette question, il fait ainsi appel à une expertise qui repose sur la combinaison d'un capital scientifique, culturel et d'autochtonie.

Le débat, tel qu'il est retranscrit dans le compte-rendu, fait apparaître les tensions entre acteurs médicaux et institutionnels européens et acteurs politiques kanaks, tensions qui traduisent la construction d'une légitimité des uns et des autres autour de la médecine kanake. Celle-ci est au cœur des débats, même si son usage reste périphérique pour les acteurs psychiatriques. Ainsi, une psychiatre « intervient pour exposer la difficulté à expliquer à un malade que le traitement en cours peut durer longtemps et qu'il est nécessaire d'avoir une prise régulière des médicaments pour atteindre la guérison » mais elle « admet que pour les troubles les plus graves, le recours au traitement par la médecine traditionnelle est indispensable ». Cette précision traduit le revirement dans la position des acteurs du CHS vis-à-vis des médicaments kanaks, qui furent longtemps interdits à l'hôpital. Aujourd'hui tolérés, ils apparaissent dans les négociations entre institutions nouméennes et indépendantistes kanakes, comme concession faite pour accéder au tissu social kanak pour les premières, comme facteur de légitimité pour les seconds. La contrainte de la dotation provinciale, qui finance les activités du CHS dans les îles, est aussi en jeu.

³⁷ *Ibid.*

L'échange se poursuit, donnant à voir les crispations des uns et des autres autour d'une « collaboration » jugée nécessaire mais dans laquelle les uns et les autres ne sont pas tous légitimes. Le psychiatre fait montre de sa connaissance des complexités et des problèmes que pose la médecine kanake en termes de conciliation avec la temporalité des soins psychiatriques :

« Le docteur M. poursuit en disant que la médecine traditionnelle est détenue par une personne bien répertoriée dans la société Kanak. L'inconvénient majeur est que ces personnes ne parlent pas souvent le français et qu'ils ont des savoirs qui ne peuvent pas être révélés. Il reconnaît que c'est assez difficile pour les professionnels de santé dans le peu de temps de leur intervention de faire ce parcours-là afin de rencontrer chaque vieux pour un travail en collaboration. »

La réponse qui lui est faite par un élu indépendantiste témoigne des attaques et de la méfiance à l'égard des soignants de Nouméa « non-résidents ».

« Selon monsieur D. [*élu indépendantiste*], pour mieux se reconnaître il faudrait porter un badge. Et en rapport à la transmission orale des savoirs, il invite monsieur M. à comprendre la langue vernaculaire afin de permettre d'aller directement au sujet. Il soutient que cette barrière de langue constitue un obstacle pour les professionnels de santé non-résidents, ce qui nuit à l'efficacité du travail du professionnel de santé, d'où la nécessité d'avoir une personne résidente. Monsieur D. comprend tout à fait la difficulté que rencontrent les professionnels de santé lors des consultations et souligne que chaque île a son contexte. Ce dernier félicite et encourage l'équipe du CHS dans leur projet. »

Pour répondre à ces critiques, le médecin argue de la continuité de sa présence et du souhait d'approfondir la connaissance culturelle et la compétence linguistique. Les solutions proposées portent sur l'apprentissage de la langue, la visibilité de l'intervention et le recrutement de personnels résidents locuteurs, dans chacune des îles Loyauté.

Dans un contexte marqué par le revirement des positions de légitimité, l'institution psychiatrique, incarnation de la violence coloniale, doit de plus en plus tenir compte des injonctions de l'autorité politique kanake. L'accès aux malades, question centrale de la médecine coloniale puis (post)coloniale continue de se poser et de se heurter à une résistance partielle de la part des acteurs politiques kanaks, qui y trouvent une occasion d'asseoir leur légitimité. Dans ce contexte, la possession d'un capital d'autochtonie devient un élément central mobilisé par les acteurs aux différents points du maillage sanitaire. On voit ainsi apparaître, dans les interactions de cette réunion, un premier basculement dans les rapports de pouvoir entre acteurs médicaux européens et acteurs kanaks des institutions provinciales. La

situation d'interdépendance que traduit cette réunion témoigne du changement des rapports de savoir/pouvoir dans le contexte d'une décolonisation.

La santé mentale dans les chemins coutumiers

La question de l'accès au tissu social est parallèle de la question des chemins coutumiers à respecter dans l'espace social kanak. L'AMP, accueillie dans les murs du dispensaire géré par la Province, doit s'insérer dans un tissu villageois complexe et composer avec les logiques sociopolitiques qui ont marqué la mise en place de l'intervention sanitaire, logiques qui requièrent des autorisations prises au fil du chemin coutumier. La consolidation des instances provinciales se fait en parallèle de celle des autorités coutumières, qui revendiquent une place dans l'intervention publique.

Chaque nouvelle intervention de l'AMP s'accompagne d'une négociation des accès coutumiers. Dans un contexte politique océanien où la coutume est un « opérateur central de gouvernementalité »³⁸, les interventions sociosanitaires de prévention de la santé mentale, qui impliquent une dimension morale importante, doivent composer avec les représentations de l'autorité coutumière. Plus que d'une compréhension des représentations culturelles de la santé, la spécificité dont il s'agit est politique. Pour accéder à un malade ou à une tribu, il faut y être autorisé coutumièrement, en somme respecter les hiérarchies coutumières et les alliances existantes, ce qu'illustrent certaines discussions auxquelles j'ai assisté, comme celle dont je rends compte à présent.

Dans la petite cuisine de l'AMP est installée la machine à café autour de laquelle se retrouvent pour des discussions informelles les différents intervenants liés à l'AMP. Un matin, une cadre de santé, une psychologue et une infirmière s'y retrouvent pour discuter d'une réunion qui s'est tenue entre le CHS et la Province des Îles au sujet de la gériatrie. La gériatrie est un domaine de discussion crucial, car elle questionne les mécanismes de la sollicitude du groupe vis-à-vis de ses aînés vieillissants. Les trois intervenantes sont des femmes kanakes bien établies tant dans leur profession que dans leur communauté – diplômées et reconnues pour leurs compétences d'un côté, mariées coutumièrement de l'autre. Elles discutent des circuits coutumiers à respecter dans l'organisation de telles réunions, à savoir de quand et comment il faut « passer par les coutumiers », c'est-à-dire quand rencontrer les grands chefs ou leurs porte-paroles et comment présenter un visage qui est celui

³⁸ P.-Y. Le Meur, « Mobilité, autochtonie et citoyenneté : terrains africains et propositions océanistes », art cit.

d'une institution. Chaque étape de l'implantation du CHS dans les tribus s'accompagne d'une consultation et d'une association des coutumiers, conditions indispensables à la réussite des projets. La réunion dont il est question ce jour-là s'est pourtant tenue sans les acteurs coutumiers, absence qui interpelle les trois personnes.

Pour préparer la réunion, la cadre de santé qui pensait « aller voir les coutumiers » s'étonne d'avoir été freinée par la Province. Pour une autre, « il fallait passer par la DACAS », c'est-à-dire par la Province, en priorité. S'ensuit un débat animé entre les trois femmes destiné à éclaircir la place de la Province des Îles dans le chemin coutumier que devrait respecter le CHS et plus généralement les institutions territoriales amenées à intervenir de plus en plus dans les îles. Puisque l'association des coutumiers aux projets de santé dans les îles est indispensable, le CHS, institution nouméenne, doit-elle *présenter son visage* directement aux représentants de l'aire coutumière, ou doit-elle pour cela solliciter au préalable les interlocuteurs de la Province ? Où se situent les institutions nées des Accords de Matignon dans ces nouveaux chemins de l'alliance ? Le pouvoir financier que détient la Province en fait-il un interlocuteur préalable aux coutumiers ?

Un acteur institutionnel de la Province, qui est pourtant connu pour ses précautions sur ce sujet, se serait opposé à la demande de passer par les coutumiers, probablement pour « faire les choses dans l'ordre », « faire ça bien », ce pourquoi « il fallait prendre le temps ». On retrouve cette temporalité lente de l'introduction dans un tissu coutumier, celle qui avait caractérisé les débuts de cette enquête ethnographique : la vieille femme qui m'accueillait voulait aussi « faire ça bien », « dans l'ordre ». L'installation d'une institution dans un espace régi par l'ordre coutumier requiert ainsi, comme l'arrivée sur un nouveau *hnalapa*, le respect d'une temporalité longue ponctuée d'étapes marquant la progression dans les hiérarchies de cet espace.

La cadre de santé, représentante du CHS à Nouméa, et originaire de Lifou, est soucieuse de respecter les protocoles tant institutionnels que coutumiers. Une de ses interlocutrices s'étonne qu'elle ne soit « pas allée voir les coutumiers sans passer par la DACAS ». « Ah non » lui répond la cadre, « ben non, c'est pas possible, la DACAS c'est eux qui donnent l'argent ». D'un autre côté, passer par le « bureau de l'aire coutumière »³⁹ n'est pas non plus le bon chemin selon cette même interlocutrice car « ça, c'est des institutions qui sont sorties des Accords de Nouméa et donc c'est pas les vraies institutions coutumières ». Pour elle, « le grand chef » est l'institution coutumière, non le bureau de l'aire.

³⁹ Chacune des huit aires coutumières de Nouvelle-Calédonie possède son propre « bureau », structure exécutive qui est pour l'aire *drehu* composée d'un président, de deux vice-présidents et d'un secrétaire.

Au-delà du respect des protocoles coutumiers pour accéder à un territoire kanak, solliciter les coutumiers doit aussi permettre de les associer au travail thérapeutique. Il y a « tout ce travail à faire avec les coutumiers », d'explication du travail du CHS et de « l'importance du travail en tribu ».

Dans un autre contexte, celui d'une réunion du réseau des professionnels de l'enfance dans l'un des collèges de l'île, ressort de nouveau l'importance du travail avec les coutumiers dans la mise en place d'activités de prévention de la santé mentale des jeunes. Une intervenante kanake insiste, ce n'est pas à « nous », autrement dit aux représentants des institutions scolaire ou médicale, de venir dire aux coutumiers ce qu'ils doivent faire. « Il faudra faire attention au vocabulaire utilisé dans le compte-rendu qui sera envoyé », dit-elle. La prudence mise en œuvre témoigne de la complexité des interactions entre institutions coutumières et institutions scolaires et médicales, mais aussi de la place qu'occupent de nouveaux acteurs. Dans ces institutions socio-médicales, ces acteurs sont en premier lieu des femmes kanakes, qui apparaissent comme de nouvelles interlocutrices centrales à la compréhension des circuits de la coutume et aux procédés permettant de respecter ces circuits.

Quand il s'agit pour une institution de *montrer son visage*, c'est-à-dire de présenter son geste coutumier, le procédé revient à questionner les interlocuteurs légitimes, introduire de nouvelles modalités de légitimité – le poids financier – et à plier les temporalités institutionnelles à celles de la coutume. Si les institutions de santé coloniale ont toujours eu à composer avec les acteurs kanaks pour s'implanter sur leur territoire, les positions de pouvoir se sont déplacées. La gouvernementalité (post)coloniale telle qu'elle se met en place dans le contexte calédonien voit une affirmation des institutions kanakes et, en leur sein, des acteurs et actrices qui ont été formés d'abord dans le cadre des missions puis dans celui des formations mises en place après les Accords de Matignon.

Le renouveau contemporain des rapports entre institutions redessine aussi les relations socioprofessionnelles entre acteurs de la santé. La tension entre les différentes polarités de pouvoir se cristallise dans les interactions entre acteurs des différentes catégories socioprofessionnelles, dans lesquelles la dimension socioethnique tient une place centrale. Pour intégrer le tissu coutumier et comprendre ses complexités, il est indispensable de s'appuyer sur des personnels kanaks, locuteurs *drehu*, à même de faire la jonction entre les « deux systèmes » pour reprendre les mots d'une psychiatre du CHS. Dans la continuité d'une configuration coloniale dans laquelle les diacres, pasteurs et aides-soignants formés par la mission jouaient un rôle central de médiation culturelle, les jeunes élites kanakes – instituteurs, infirmiers ou psychologues – apparaissent comme les acteurs centraux des liens

entre les pôles du maillage sanitaire et social et, parmi eux, les femmes sont amenées à prendre une place nouvelle.

IV. Soignants kanaks et européens

« On s'entend bien maintenant avec Christian. Mais je me suis pris la tête avec lui au début "Christian écoute, je t'aime bien, Christian, mais y a des choses que tu comprends pas. Les choses que tu comprends pas, c'est culturel tu peux pas comprendre". Et puis, ça y est, (...) après il a dit "ah ouais, c'est vrai, ça". (...) Mais là [maintenant] on travaille très bien ensemble, c'est bien de confronter nos idées et puis, c'est justement pour que lui il soit efficace dans sa façon d'apporter auprès des enfants. Parce que c'est vrai que c'est pas évident. A la fois, sur Lifou, nous ici on est accueillants. Mais en même temps, on est méfiants, on se méfie par rapport à certaines choses. Mais si tu veux, c'est inné en nous, d'être accueillant. Mais après, y a plein d'autres choses qui viennent en arrière-plan... Y a notre histoire aussi. Bon l'histoire, elle est politique, quoi. »

Le jeune pasteur qui me tient ces propos est aussi très impliqué dans la prise en charge du handicap à Lifou, par le biais d'une association qu'il a créée. Il collabore au quotidien avec les acteurs du CHS, et notamment Christian, le pédopsychiatre. Comme une grande partie des personnels soignants arrivés de métropole pour s'établir à Lifou, Christian fait preuve d'une grande curiosité pour la culture kanake, une attitude qui tranche avec les médecins autrefois recrutés par l'armée. En face de ces praticiens au profil nouveau, des interlocuteurs kanaks questionnent leur légitimité et l'efficacité des soins, qu'ils mettent à l'épreuve de la complexité culturelle kanake. La tradition d'hospitalité de Lifou qu'évoque le pasteur est selon lui contrainte par l'histoire coloniale et par l'incompétence de ces nouveaux arrivants en matière de culture kanake. On peut aussi y voir, comme le propose Alban Bensa, une des dimensions de l'autochtonisation : dans son analyse, Bensa montre que l'autochtonie est à la base d'un modèle politique qui établit des limites spatiales et juridiques en posant un contrat répartissant des tâches entre ceux d'ici et ceux d'ailleurs⁴⁰. C'est un semblable mouvement

⁴⁰ Alban Bensa, « Usages savants et politiques de la notion d'autochtonie » dans Marie Salaün, Martin Thibault et Natacha Gagné (eds.), *Autochtonies. Vues de France et du Québec*, Laval, Presses de l'Université de Laval, 2009, p. 24.

qui s'opère avec le personnel soignant récemment arrivé de métropole : l'accueil est aussi assignation à une place dans un système qui renforce l'accueillant.

L'état d'esprit des prises en charge mais aussi la teneur des interactions entre les membres du personnel kanak et européen s'en trouve bouleversée.

Un pédopsychiatre atypique

Fils de psychiatre, Christian a lui-même grandi dans un hôpital psychiatrique de la région marseillaise. Puis il s'est intéressé à la psychothérapie institutionnelle à laquelle il a consacré sa thèse de médecine. Sans pouvoir appliquer directement les méthodes de ce courant psychiatrique au contexte calédonien, il recherche plutôt du côté de l'anthropologie le renouvellement nécessaire à la psychiatrie calédonienne. Loin du profil des psychiatres autrefois recrutés par le Service des Armées, Christian raconte plutôt, sans jamais se départir de son humour ni de son accent marseillais, comment il s'est fait réformer et les péripéties de sa jeunesse étudiante proche des milieux anarchistes. En sandales, chemisette et bermudas, toujours d'humeur joviale, il s'efforce de « se mettre au niveau » des patients, pour reprendre ses mots, plutôt que d'entretenir l'autorité liée à sa posture médicale. Cette autorité est toutefois bien présente dans certains contextes professionnels. Dans les réunions de réseau, c'est par exemple vers lui que se tournent les infirmiers, enseignants, sages-femmes et autres professionnels de l'enfance, pour une question d'ordre théorique sur le développement cognitif de l'enfant, sur une addiction ou toute question d'ordre médical. Seul médecin de ces espaces, il valide, complète ou précise les informations, tout en y ajoutant une touche d'humour, en faisant preuve d'humilité, et en s'effaçant devant l'avis de ses collègues kanaks dès qu'émerge une question relevant du monde socioculturel kanak.

Christian critique les dérives autoritaires que facilite le passé militaire de l'hôpital, et l'importance de modèles thérapeutiques médicamenteux et comportementaux, reflets des évolutions contemporaines de la psychiatrie. A mon arrivée à Lifou, Christian m'a accueillie chaleureusement et il n'a jamais cessé de prendre le temps de discuter avec moi de son travail, de m'expliquer certaines pathologies, les différents courants de la psychiatrie ou encore les réglementations calédoniennes en matière de santé.

Le « grand partage » de Christian ne porte pas tant sur une opposition entre les « deux systèmes » que seraient les mondes kanak et européen, pour reprendre la formule d'un de ses collègues à Nouméa. Christian est plus préoccupé par les « deux pensées de l'humain » qui

s'opposent selon lui dans les deux principaux courants de la psychiatrie. La tension entre approche organogénétique et psychogénétique, constante du questionnement psychiatrique⁴¹, se trouve chez lui formulée entre une opposition entre la « vision médicale de la psychiatrie » et la psychothérapie institutionnelle, fondée sur la psychanalyse et le politique. La première approche, privilégiée selon lui par le CHS, a pris plus d'ampleur avec la réforme des études de psychiatrie, qui a favorisé selon Christian « une pensée de maître du monde » appuyée sur une conception « biologisante » des troubles. Les évolutions de la profession en métropole se répercuteraient en Nouvelle-Calédonie, qui n'accueillerait plus que des psychiatres formés à cette approche. Lui se dit hostile aux approches comportementales, critique l'engouement pour l'addictologie, perçue comme une « solution miracle » en Nouvelle-Calédonie, ainsi que le « suivi médicamenteux » qui caractérise les prises en charge en psychiatrie adulte. Son approche décalée semble isoler Christian de ses collègues à Nouméa, dont il fait l'objet de critiques régulières.

Il prescrit très peu de médicaments à ses patients, enfants comme adultes, et semble vouloir se justifier quand il m'explique avoir prescrit un anxiolytique à un adolescent dont les angoisses sont telles qu'elles ont paralysé ses membres inférieurs. Pour ce jeune garçon, le tableau clinique qu'il brosse est marqué par un ensemble de conflits dans la tribu et de désordres dans la famille qui se répercutent sur l'enfant. Celui-ci deviendrait ainsi le « réceptacle chaotique et ingouvernable » de ces désordres, pour reprendre la formule de Yoram Mouchenik⁴². Christian a beaucoup lu le livre de ce dernier et, revenant quelques années plus tard sur le cas du jeune garçon, il m'expliquera que « c'était vachement intéressant. Ça aurait pu faire un article magnifique, encore mieux que *L'Enfant vulnérable...* ». L'enfant était paralysé depuis plusieurs mois, sans qu'aucun trouble organique ne puisse l'expliquer. A son retour de l'hôpital de Nouméa, Christian avait entrepris un travail de longue haleine, aidé de l'infirmière kanake de l'AMP, pour débrouiller les fils des conflits entourant l'enfant, et pour trouver une résolution coutumière.

Dans ce cas-là comme dans un certain nombre de problématiques engageant des conflits coutumiers, Christian reste en retrait des discussions et démarches entreprises par l'infirmière. Il assume avec humour sa position de « zoreil » et, plutôt que d'adopter le rôle de donneur de

⁴¹ Jean Khalfa, « Fanon, psychiatre révolutionnaire » dans Frantz Fanon, Jean Khalfa et Robert JC Young (eds.), *Écrits sur l'aliénation et la liberté*, Paris, La Découverte, 2015, p. 144.

⁴² Yoram Mouchenik, *L'Enfant vulnérable : psychothérapie transculturelle en pays Kanak, Nouvelle Calédonie*, Grenoble, La Pensée sauvage, 2004, p. 189.

leçons souvent associé à cette position⁴³, il s'incline devant ses collègues et collaborateurs kanaks et témoigne ainsi du changement des profils d'intervenants médico-sociaux arrivés en Nouvelle-Calédonie après les Accords de Nouméa. Dans un contexte où une partie des revendications kanakes a été prise en compte, en particulier dans le domaine du recrutement de personnels locaux et dans l'accès au corps électoral restreint, la question de la légitimité des nouveaux arrivants est posée avec encore plus d'acuité que par le passé. Marquant l'importance de ces changements sur les processus de subjectivation, Christian me rappelle régulièrement que je ne suis pas vraiment calédonienne, car je ne suis pas née sur le territoire.

De jeunes soignantes arrivées de métropole

Ces jeux de positionnement identitaire, qui influent sur la légitimité des uns et des autres, prennent une tournure particulière pour les jeunes professionnelles du secteur médico-social arrivées récemment de métropole. Signe du changement des profils recrutés, les jeunes femmes sont de plus en plus nombreuses à venir occuper un poste d'orthophoniste, de psychologue, de psychomotricienne, de kinésithérapeute ou d'infirmière. Elles arrivent à Lifou seules, en couple, ou en famille, pour des contrats courts d'un an, qui ne sont pas toujours renouvelés. Certaines poursuivent sur un poste à Nouméa ou dans le Nord, d'autres rentrent en métropole rapidement. Pour certaines, il s'agit de leur premier poste, et elles doivent composer avec les difficultés de l'expatriation et de l'apprentissage de leur métier. Certaines trouvent un compagnon voire un époux kanak avec lequel elles établissent une famille, d'autres expriment une grande frustration, voire une détresse, face à la difficulté de s'intégrer au monde kanak. En dépit de leur curiosité et de leur ouverture, le décalage culturel qu'elles perçoivent est source d'angoisse et de déception. L'une d'elle, Sophie, a grandi en Afrique avant de faire ses études en France métropolitaine. Elle dit avoir toujours voulu repartir de France et a postulé à Lifou un peu par hasard, et sans penser qu'elle l'obtiendrait. Débrouillarde, voyageuse et curieuse, elle ne s'attendait pas aux difficultés qui l'attendaient. Quelques mois après son arrivée, elle s'est séparée de son petit ami resté en France. Son travail la passionne et elle s'intéresse à la culture kanake, mais elle se sent souvent seule, loin de sa famille et de ses amis, elle a du mal à se faire des amis et ses expériences amoureuses à

⁴³ Le personnage célèbre de « Joinville », dans les bandes dessinées *La Brousse en folie* du calédonien Bernard Berger, est l'incarnation du fonctionnaire métropolitain fraîchement débarqué sur le territoire, et qui prétend tout connaître et tout comprendre.

Lifou ont été décevantes. Après quelques années à Lifou et un arrêt de travail pour une dépression, elle décide de poursuivre son activité à Nouméa, où les codes socioculturels sont plus proches des siens. Les difficultés qu'elle dit avoir rencontrées à Lifou sont multiples. D'abord, même si son travail la passionne, il est aussi source de frustration car elle a souvent l'impression qu'il n'avance pas et qu'elle pourrait faire bien plus. Curieuse de la culture kanake et désireuse de s'adapter aux spécificités socioculturelles de ses patients, elle a commencé à apprendre le *drehu*, a demandé à faire la formation sur la culture kanake proposée aux soignants, pour essayer de répondre aux nombreuses questions qu'elle se pose. Selon elle, mieux comprendre la représentation du temps et de l'espace dans la culture kanake et trouver les mots pour expliquer son travail aux parents faciliterait les prises en charge. Par exemple, elle se dit déroutée par les différences de conceptions du temps et de l'espace entre Européens et Kanaks, « parce que », dit-elle, « les représentations ne sont pas non plus les mêmes. (...) Le temps, ici, c'est hier, aujourd'hui, demain. (...) Du coup, un enfant à qui je demande la date et qui ne sait pas me la donner (...), ici, c'est tellement courant, que j'en fais pas forcément un symptôme ». Une différence dans la représentation du temps l'amène alors à reformuler sa pratique et à adapter les tests et échelles d'évaluation appris en métropole.

La différence culturelle est aussi source de difficultés dans sa vie personnelle. Elle s'est sentie mal à l'aise face à l'hospitalité et la sollicitude dont faisaient preuve les propriétaires de la petite maison qu'elle loue. Puisqu'elle était seule, ceux-ci se faisaient un devoir de lui rendre visite plusieurs fois par jour, alors qu'elle aurait souhaité plus d'intimité.

Les jeunes femmes européennes, bien que plus libres que les jeunes femmes kanakes, sont aussi l'objet d'un contrôle social important. D'autant plus que, quand elles travaillent dans le secteur médico-social, on attend d'elles un comportement exemplaire. La fréquentation du *nakamal*, la consommation d'alcool ou de cannabis peut être source de réprobation qui n'est pas toujours directement exprimée à la personne, mais qui apparaît sous la forme de ragots. Ces réprobations peuvent aussi être énoncées par des collègues. L'une de ces jeunes femmes me reçut un jour quelques temps avant de quitter son poste. Alors que nous étions assises dans la cuisine de l'AMP, elle retenait ses larmes en serrant sa tasse de thé. Elle quittait son emploi car, comme pour Sophie, les conditions de travail étaient devenues trop difficiles, et elle ne se sentait soutenue ni par son institution, ni par ses collègues. Au sujet d'une autre intervenante qui avait épousé un homme de Lifou, j'entendis qu'on lui reprochait de ne pas faire la coutume. Pourtant, sa position d'Européenne mariée à un homme de Lifou pouvait rendre plus complexe ses interventions et justifier l'absence de geste coutumier, précisément pour marquer la dimension professionnelle de sa présence. Les soignantes, kanakes et européennes,

doivent mobiliser des ressources associées à leur capital d'autochtonie, mais aussi à leur statut matrimonial, pour trouver une légitimité que leurs compétences ne suffit pas toujours à asseoir.

Ne disposant pas du statut de *drokotre* [docteur], intervenant sur des pratiques paramédicales peu comprises, assimilées à des aides scolaires, ces jeunes professionnelles se trouvent dans une position de grande vulnérabilité. En contrepoint de leurs *alter ego* kanaks, qui sont constamment valorisées pour leur centralité dans l'intervention thérapeutique, les intervenantes médicales et paramédicales européennes pâtissent d'un manque de reconnaissance qu'elles se sentent peu légitimes à exprimer.

A cela s'ajoute une violence de l'institution qui les emploie, violence qui apparaît dans la difficulté des conditions de travail, la déconsidération du travail, l'incompréhension de collègues face à des arrêts maladie motivés par la souffrance psychique. Ainsi, la fragilité de la structure et de la relation thérapeutique se double d'une fragilité d'un certain nombre d'intervenantes qui occupent des positions sociales plus vulnérables.

Les professionnels de soin européens rencontrés aujourd'hui à Lifou sont donc radicalement différents de ceux qui ont été recrutés en Nouvelle-Calédonie jusque dans les années 1990 et qui, pour reprendre Mouchenik, « se sont peu intéressés en terme de recherche à la population kanak et encore moins à celle résidant dans l'espace rural » et qui étaient « le plus souvent des expatriés en voyage » et qui « ont choisi de se fixer dans la colonie avec parfois comme corollaire une nécessité de déni, d'indifférence et d'ignorance de la population et de la culture autochtone »⁴⁴. Au contraire, le changement radical de recrutement a suscité l'arrivée de soignants à la fois plus ouverts, mais aussi plus vulnérables et aux trajectoires plus incertaines.

Dans un contexte où l'accès aux patients et à leur environnement social est conditionné par les interlocuteurs kanaks, le succès des activités de l'AMP dépend en premier lieu des personnes « locutrices *drehu* », qui incarnent les clés d'un monde kanak perçu par les médecins comme obscur et inaccessible.

⁴⁴ Y. Mouchenik, « La Psychiatrie coloniale en Nouvelle-Calédonie », art cit, p. 118.

La compétence culturelle du personnel soignant kanak

L'incompétence des personnels soignants récemment arrivés de métropole est contrebalancée par le savoir des soignants kanaks, dont attend qu'ils révèlent une complexité culturelle qui est présentée comme un « secret ».

« Chez les Kanaks, il y a une révolte par le silence, par le secret. Et le fait de pas avoir accès à la langue, ça bétonne ce secret-là. (...) Notre travail est compliqué, parce que t'as jamais accès à la strate d'en-dessous. Tu as une explication immédiate, tu as une explication culturelle de façade, et puis après tu as des explications culturelles de profondeur. Et ça... Même les Kanaks, des fois, ils sont pas au courant. »

Voici comment Christian formule la difficulté culturelle qui tiraille la relation thérapeutique. La barrière linguistique oppose une première résistance à l'accès à la « strate d'en-dessous », puisqu'elle préserve les « explications culturelles de profondeur » auxquelles Christian fait allusion. Christian se représente la difficulté culturelle sur le modèle de ce que James Scott formule comme des *hidden transcripts*, des transcriptions cachées⁴⁵. Pourtant, si la possession, le maintien et la transmission des secrets jouent un rôle structurant dans le monde kanak, il ne s'agit pas toujours d'une forme de résistance au monde colonial comme on pourrait le penser si l'on s'en tenait à une analyse en termes de transcriptions cachées. Il est certain que l'on taira d'autant plus à des Européens un certain nombre d'informations relevant de « l'intime-sacré ». Cependant les problèmes claniques et coutumiers souvent retrouvés dans l'étiologie des troubles psychiques sont en général tus à toute personne étrangère au clan, qu'elle soit européenne ou kanake. Dans une société segmentaire comme la société kanake, le maintien des secrets est nécessaire à son équilibre⁴⁶, ce qui complexifie la circulation du savoir et rend plus difficile encore aux yeux de l'observateur étranger la compréhension de son organisation sociale et politique. La complexité de l'espace politique kanak est renforcée par les modalités de transmission du savoir, puisque celui-ci est structuré en partie sur la base d'un certain rapport au secret⁴⁷. Les récits concernant la fondation d'une chefferie ou les dynamiques qui ont remodelé cette chefferie sont souvent tenus secrets au sein d'un village,

⁴⁵ Les *hidden transcript*, littéralement « transcription cachée », ou encore « texte caché », sont opposés par James Scott aux *public transcript*. Les premiers constituent une version des faits que les subalternes cachent aux dominants et qui contredisent ou infléchissent les discours publics. Ces notions permettent à Scott d'introduire l'idée d'infra-politique, qui caractérise selon lui la vie politique et la résistance des populations subalternes. James C. Scott, *La Domination et les arts de la résistance. Fragments du discours subalterne*, Paris, Editions Amsterdam, 2008, 270 p.

⁴⁶ Alban Bensa, « De la relation ethnographique : À la recherche de la juste distance », *Enquête*, 1995, n° 1, p. 5.

⁴⁷ Christine Demmer, « Secrets et organisation politique kanake », *L'Homme*, 2009, n° 2, p. 79.

d'un groupe de parenté, ou d'une famille. Au détour de ce type de récits, on peut lire les relations entre clans, leurs conflits, et leurs complémentarités, et on ne révélera pas à l'étranger – ni même parfois au sein de la maisonnée – les processus par lesquels une famille ou un lignage a changé de nom.

A Canala, on emploie en langue *xâräcìù* le mot *xwâfä* pour désigner le silence collectif sur les récits généalogiques, ce qui signifie non pas « secret » mais « limite sacrée », « mur »⁴⁸. Le mot renvoie à une façon d'être et de tenir les limites à ne pas franchir si l'on ne veut pas avoir d'ennuis. Et cette limite peut concerner une famille, un clan, ou un groupe de résidence entier. Ces nuances sémantiques traduisent bien la labilité de ce qui n'est pas exactement un secret, mais dont le silence protecteur a pour effet de poser des limites qui marquent l'appartenance à un groupe, comme le ferait le secret.

Entre la complexité sociopolitique kanake et la propension à garder secrètes les clefs de sa résolution, médecins, infirmiers, et intervenants du secteur médico-social européens ont affaire à un voile d'opacité qui oppose une résistance dans la prise en charge. Toutes les difficultés qu'ils rencontrent ne relèvent pourtant pas de l'ordre du secret *stricto sensu* : le secret, dont le propre est d'être délibérément tenu caché, n'est qu'une des facettes de l'opacité. Pourtant, les professionnels de la santé en Nouvelle-Calédonie ont tendance à considérer la complexité qui leur résiste comme un univers secret auquel ils n'ont pas accès. De la même façon que le secret pose des limites entre initiés et novices, ne pas accéder à la compréhension de la complexité sociale détermine des relations d'appartenance et d'exclusion. La complexité se dote alors des mêmes effets performatifs que le secret : elle redéfinit les limites entre les groupes, et modifie les relations de pouvoir entre d'un côté des soignants qui possèdent des clés d'interprétation et de compréhension – et donc d'accès au monde kanak – de l'autre des soignants novices – européens – qu'il s'agit d'initier. Le savoir sur le monde kanak, souvent mystifié à tort comme un secret, modifie alors les rapports de pouvoir dans le monde du soin.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 97.

La prise en compte de la dimension culturelle dans une situation d'enfance en danger

Christian illustre son propos par un cas qui lui semble représentatif de cette difficulté et dans lequel l'intervention de ses collaborateurs kanaks est essentielle.

Roselyne, une jeune femme issue de la famille Wakalua, est suivie par Christian avec son fils Alfred, âgé de 2 ans, depuis la naissance de celui-ci à la maternité à Nouméa. Le pédopsychiatre la rencontre à ce moment-là, alors qu'elle est dans un état de décompensation que Christian relie à un sevrage au kava et au cannabis. Outre la consommation de substances, Christian relève une distance avec son fils.

Au sujet de cette famille, Christian dit « qu'il y a toute une histoire, parce que c'était la fille du grand chef ». « Enfin », précise-t-il, « c'est pas vraiment un chef. Mais elle me dit chef, à moi. Donc moi, français, chef, je pense chef » : Christian se perd dans les complexités de l'autorité politique kanake, amalgamant sous le terme « chef » les différentes formes qu'elle peut revêtir.

Après plusieurs mois de prise en charge, au détour d'une conversation informelle, il éclaire la position sociale de la jeune femme suivie.

« En discutant mardi dernier... parce que, j'avais déjà posé la question, hein, et on me dit pas ! Et puis là, mardi, ça sort, d'un coup : "Ah ouais, mais Wakalua, ça veut dire mi-homme mi-esprit". En même temps, ça fait un peu peur parce qu'il peut manipuler les éléments, c'est celui qui fait arrêter la pluie : il crache, et ça fait arrêter la pluie. Tu vois, il a un pouvoir très fort. Et je dis "mais c'est le chef d'où ? parce que j'ai pas bien compris, il y a le grand chef, le petit chef... de quel endroit c'est ?". Alors on me dit "non, mais c'est pas vraiment un chef", c'est quelqu'un, tu vois, qui a un pouvoir (...) c'est quelqu'un de très puissant, il est mis là. Tout le monde connaît ça. Et personne t'en parle. »

L'incompréhension initiale est liée à une traduction linguistique inexacte qui a renforcé une opacité culturelle. De fait, il est malaisé de cerner le fonctionnement politique de la société kanake, par exemple de distinguer les différents types de chefs qui participent du gouvernement de la société kanake (propriétaires terriens, chefs de clans, chefs administratifs...). L'accès à ce qu'il considère être un secret bien caché lui fait l'effet d'une révélation et modifie sa compréhension de la relation entre la mère et son enfant. Cet enfant est né d'une union hors mariage, et elle souhaite qu'il garde le nom Wakalua, afin qu'il hérite de la puissance du clan. Selon le pédopsychiatre, l'appartenance de la jeune femme à ce clan

explique aussi la tolérance de l'entourage communautaire face aux comportements déviants dont elle fait preuve. Les pouvoirs du clan sur les événements climatiques susciteraient respect et crainte de la jeune femme. N'ayant ni emploi, ni maison, celle-ci joue de cette position pour habiter chez les uns et les autres et dit au pédopsychiatre que ce sont « [ses] sujets, ils [lui] doivent allégeance ».

Rompre un secret pouvant révéler la labilité des appartenances à des groupes d'agnats et énoncer une parole généalogique étant susceptible de provoquer un conflit, on peut supposer qu'il n'y a pas eu une volonté délibérée de cacher les propriétés du clan auquel appartient Roselyne, mais simplement mise en œuvre de la prudence propre au silence collectif sur ces questions. Le pédopsychiatre s'est heurté à cette « limite sacrée », pour reprendre l'expression *xâräcüù* que les uns et les autres respectent pour éviter les ennuis.

Si la relation ethnographique qui se noue dans la société kanake, société segmentaire et inégalitaire, « se trouve prise dans une logique de la dissimulation, du double sens et de la litote »⁴⁹, si l'ethnologue s'y voit constamment confronté à une « éthique du silence », une « prudence »⁵⁰, on peut aisément concevoir à quel point la relation thérapeutique s'en trouve elle aussi bouleversée.

Cette prudence de la parole est dotée de deux effets. En premier lieu, elle sanctionne les limites entre des positions d'extériorité et d'intériorité au clan, limites interprétées par le pédopsychiatre comme une limite entre groupes européens et groupes kanaks. Cette perception influe sur les relations socioprofessionnelles avec les collaborateurs kanaks de l'AMP. En second lieu, elle permet d'éviter une prise en charge socio-sanitaire inadaptée.

La complexité généalogique tue par les uns et les autres ne facilite pas la prise en charge de troubles qui lui sont souvent directement liés. Comme l'a montré Yoram Mouchenik, la conflictualité sociale suscitée par des problématiques de filiation ou d'alliance peut se traduire par des troubles sur le psychisme d'un enfant⁵¹. La dation du nom est l'un des éléments qui pose problème dans cette situation. Plutôt que de porter le nom du lignage paternel, comme le voudrait l'usage, il portera un nom hérité de la lignée maternelle, ce qui le dotera des caractères physiques et psychiques du clan⁵².

La compréhension de ce premier élément se traduit par une adaptation de la prise en charge sociale. La situation continue de relever d'une « enfance en danger », mais le pédopsychiatre

⁴⁹ A. Bensa, « De la relation ethnographique », art cit, p. 5.

⁵⁰ Michel Naepels, *Histoires de terres kanakes : conflits fonciers et rapports sociaux dans la région de Houaïlou (Nouvelle-Calédonie)*, Paris, Belin, 1998, p. 130.

⁵¹ Y. Mouchenik, *L'enfant vulnérable*, op. cit.

⁵² Christine Salomon, *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, Paris, Presses Universitaires de France, 2000, p. 34.

ne fait pas de signalement au juge avant d'avoir compris les paramètres socioculturels qui entourent la mère et l'enfant. « Comment faire, au niveau coutumier ou familial, pour récupérer l'histoire ? » s'interroge le pédopsychiatre.

« Tu peux le faire à la française : tu fais un signalement au procureur et il y a un placement. Ça, c'est classique, le bébé il est en danger. Donc la gendarmerie arrive, prend l'enfant, et le met dans une famille d'accueil. En Nouvelle-Calédonie, la justice elle est débordée à ce niveau-là. Les structures de familles d'accueil il y en a quasiment pas. Déjà, ça foire. Par contre, ça se fait beaucoup. Chaque fois qu'il y a un nouveau psychiatre qui arrive pour travailler dans les îles, il fait des signalements à tour de bras, ce qui ne débouche sur rien. »

La compréhension du positionnement clanique ne résout pas la problématique sociale d'enfance en danger, mais elle permet au pédopsychiatre de prévenir une aggravation de celle-ci que serait un placement inadapté. En cohérence avec l'importance donnée à la « place », le placement de l'enfant est pensé de sorte qu'il ne perde pas cette « assise sociale ». C'est sous cet angle, essentiellement préventif, qu'intervient dans la pratique pédopsychiatrique la prise en compte de la dimension culturelle.

« Si c'est étudié culturellement, ça permettra que ce jeune qui doit grandir ait une place aussi. Parce que s'il part, il a plus de place... Il garde le nom, mais il n'a plus de place... donc on a fait un travail avec la famille de la maman. »

Le souci pour l'adaptation au contexte culturel réside non dans d'éventuels troubles psychiatriques qui ne seraient trouvés que dans le monde kanak, mais plutôt dans des troubles sociaux causés par l'impact de la précarité individuelle dans une organisation sociale conflictuelle. C'est donc au niveau de l'intervention sociale qu'elle joue, plus que du diagnostic médical.

L'accès aux savoirs autochtones

Pour comprendre l'importance que revêt l'accès à cette forme de savoir, il faut revenir sur les modalités qui permettent au soignant d'y accéder.

Pour accéder aux explications généalogiques essentielles à la prise en charge, le psychologue Yoram Mouchenik a privilégié le déplacement dans les familles⁵³. C'est au

⁵³ Y. Mouchenik, *L'enfant vulnérable*, op. cit.

cours d'une longue relation thérapeutique tissée au plus près du quotidien familial et villageois qu'il a peu à peu dénoué les fils de récits généalogiques et familiaux, en menant ses consultations dans la case familiale de ses patients. Pour autant, le choix d'une intervention dans une structure dédiée (l'AMP, son bureau, ses codes institutionnels), loin du village et de ses secrets, rend-il impossible l'accès à ces récits explicatifs ?

Les intervenants de l'AMP et des réseaux qui l'entourent s'inscrivent dans une forme de dispositif plus institutionnalisé qui complexifie l'accès à ces savoirs, sans pour autant l'empêcher. Le pédopsychiatre vient à Lifou une fois par semaine pour effectuer des consultations de pédopsychiatrie. Le reste de la semaine, il consulte à la maternité ou à l'hôpital de jour à Nouméa. La relation nouée avec les patients n'est donc pas la même que celle d'un soignant qui vivrait à temps plein à Lifou et qui partagerait le quotidien villageois de ses habitants. Ce dispositif n'est pourtant pas totalement étranger à une autre forme de quotidien de ses patients, puisque les habitants de Lifou ont développé des habitudes et un quotidien autour du centre administratif de l'île. Ils s'y rendent au moins une fois par semaine pour faire des courses dans l'une des petites superettes de l'île, pour passer à la mairie régler des papiers, ou au dispensaire s'ils en ont besoin, surtout le mercredi, jour de marché. Par ailleurs, ils s'inscrivent eux aussi dans une grande mobilité entre Lifou et Nouméa, où sont établis leurs réseaux familiaux, et où ils accèdent notamment à des structures de soins inexistantes à Lifou.

La dispersion géographique des familles de Lifou modifie la transmission des savoirs. Alors qu'autrefois, les secrets claniques étaient transmis « au coin du feu », dans la case⁵⁴, d'autres biais permettent d'y accéder aujourd'hui. C'est ainsi que le pédopsychiatre accède à une information précieuse non pas en construisant une relation dans la durée dans l'intimité villageoise d'une famille ou d'un clan, mais en établissant des affinités avec des personnes originaires de Lifou avec qui il partage un quotidien professionnel. C'est au détour d'une conversation banale avec ses collègues originaires de Lifou et travaillant avec lui à l'hôpital de jour de Nouméa qu'il prend connaissance d'un élément socioculturel important dans la prise en charge de Roselyne et Alfred, mais dont personne ne lui avait parlé auparavant.

Les professionnels kanaks, dans ce contexte, accèdent à un statut singulier. De la même façon qu'on attend d'un anthropologue qu'il connaisse et révèle le fonctionnement caché du monde kanak, on attend d'un soignant qu'il se forme et s'adapte à ce monde s'il lui est étranger, ou qu'il devienne un passeur vers ce monde s'il en possède la maîtrise. Dans le contexte de la

⁵⁴ C. Demmer, « Secrets et organisation politique kanake », art cit, p. 91.

santé et de surcroît dans celui de la psychiatrie, comprendre la complexité socioculturelle du monde kanak et savoir s'y rapporter de façon adéquate constituent la clef de voûte du dispositif sanitaire, en même temps que sa pierre d'achoppement.

Le capital d'autochtonie des personnels médicaux et paramédicaux kanaks

Lors de mes premières rencontres avec les personnels soignants de l'AMP, Marie-Sophie, l'infirmière kanake travaillant à l'Antenne Médico-Psychologique, m'a toujours été présentée comme étant une figure centrale et la clef permettant de dénouer nombre de situations. Aux dires de mes différents interlocuteurs, Marie-Sophie est une personne sans qui l'AMP n'existerait pas. Originnaire de Lifou et mariée à un homme également originaire de Lifou, elle a vécu une grande partie de sa vie à Nouméa, où elle a travaillé depuis 1986 au CHS Albert Bousquet. Comme beaucoup de natifs de Lifou, elle passe sa vie entre Nouméa et les îles, et elle a voulu revenir vivre à Lifou pour se rapprocher de sa famille à l'approche de la retraite. A la fois insérée dans le mode de vie européen de Nouméa, et très proche de ses racines kanakes, elle incarne un certain visage des habitants de Lifou. Ses vêtements et son mode de vie le traduisent : elle porte parfois la robe mission, mais elle est le plus souvent habillée d'un pantalon et d'une tunique ou d'un chemisier. Elle arbore quelques bijoux soignés et roule dans un modèle récent de 4X4 qui témoigne d'un niveau de vie confortable, tout en lui permettant d'aller aux champs le week-end s'occuper de ses ignames et des autres plantations vivrières qu'elle possède avec son mari. Sa connaissance d'une part de l'institution psychiatrique, d'autre part du monde de Lifou, en fait une personne ressource indispensable. Elle dispose de son bureau à l'AMP, mais le plus souvent, Marie-Sophie est en déplacement, puisque son travail prévoit qu'elle se rende dans les écoles pour s'y occuper d'enfants en situation de handicap, ou qu'elle aille à la rencontre des familles pour discuter de la prise en charge de leur enfant. Elle intervient aussi dans des consultations de groupes avec les enfants de la classe spécialisée du collège, séances au cours desquelles elle leur dit des contes, les emmène faire des sorties à la mer, ou leur fait préparer des recettes de cuisine. Il est prévu que soit construite une case devant l'AMP pour qu'elle puisse mener dans de meilleures conditions ses activités de contes. Proche de la retraite, Marie-Sophie semble privilégier sa vie familiale sur sa vie professionnelle, notamment sa petite-fille qu'elle emmène et va chercher à l'école chaque jour. Marie-Sophie semble occuper une place plus symbolique que pratique, et un œil inexpérimenté pourrait la trouver peu occupée : difficile de savoir quand Marie-Sophie est

présente à l'AMP, et quand elle y est présente, difficile de savoir ce qu'elle fait exactement. Certains de ses collaborateurs se trouvent parfois un peu désorientés par son fonctionnement : peu joignable, sans emploi du temps clair (c'est la seule de l'équipe à ne pas avoir son agenda partagé en ligne), avec de longues périodes d'absence au cours desquelles on ne sait pas vraiment si elle est en consultation, en groupe thérapeutique ou ailleurs. Sa présence plus évanescence tranche avec les intervenantes européennes qui préparent, remplissent et analysent les tableaux excel de suivi des consultations, ou qui prennent en note précisément l'évolution de la prise en charge de chaque patient. Devant son ordinateur, Marie-Sophie collecte plutôt des recettes pour les enfants.

Pourtant, ce mode de fonctionnement semble constitutif de son travail, les tâches qu'elle fournit ne pouvant pas toujours s'inscrire dans un espace délimité, encore moins dans un emploi du temps préétabli. Comme tous les intervenants socio-médicaux kanaks, le travail de Marie-Sophie est aussi constitué par le temps passé à maintenir les liens communautaires et familiaux préexistants à son statut d'infirmière : prendre les dernières nouvelles au marché, aller apporter son geste coutumier pour un deuil ou un mariage, prendre le temps de discuter avec un membre de la parenté passant devant l'AMP, en somme respecter l'ensemble des obligations sociales qui lui incombent par son statut et son clan. Pouvant apparaître fuyante et insaisissable, Marie-Sophie est en fait centrale, indispensable, et omniprésente. C'est à son bureau que viennent frapper les personnes, sans passer par la porte principale où se trouve l'accueil de l'AMP.

Elles expliquent alors à Marie-Sophie leur problème en *drehu*, à bas mots, puis celle-ci les oriente vers la psychologue et le psychiatre en expliquant la situation rencontrée, situation à laquelle elle est souvent en mesure d'apporter des compléments, en fonction de son degré de connaissance de la vie des tribus.

Dans le cas d'Alfred et Roselyne, Marie-Sophie intervient dans le travail de discussion fait avec le clan de la jeune mère, afin de préserver la place de l'enfant dans son clan d'origine. Le pédopsychiatre fait appel à elle une fois que, l'enfant étant de retour à Lifou, la procédure de placement est mise en place. Marie-Sophie se fait alors médiatrice des discussions entre les membres des différents clans concernés et l'équipe socio-éducative.

Dans un premier temps, elle essaie de trouver une famille appartenant au même clan que la jeune mère et qui porte le nom Wakalua. Toutefois, personne n'est prêt à accueillir cet enfant dans cette famille. C'est finalement la grand-mère maternelle qui accepte de s'en occuper, ce qui pose de nouvelles difficultés coutumières : après avoir divorcé, celle-ci s'est remariée dans un autre district et a changé de nom, situation relativement inconvenante du point de vue

coutumier. Le clan dans lequel elle vit à présent est donc parfaitement étranger et pour qu'il accepte l'arrivée de l'enfant, un « travail coutumier » est nécessaire. Le pédopsychiatre m'explique le rôle alors tenu par Marie-Sophie :

« Ça, il a fallu le traiter coutumièrement. C'est-à-dire qu'il a fallu qu'elle [la grand-mère maternelle] demande la permission. Et pour pas qu'il y ait de conflit, ça a été aidé par l'infirmière. »

Marie-Sophie fait office de clé d'entrée dans l'univers coutumier et de traductrice. Pour le pédopsychiatre, elle « a aidé à ce que ça circule entre eux », « elle a aidé à ce que des liens se recréent entre les deux familles, et que ce soit parlé, et qu'il y ait une situation officielle, coutumière ». Son intervention a permis de rétablir des liens là où ils étaient rompus : d'une part, entre la famille de la grand-mère maternelle et la famille du grand-père paternel, d'autre part entre l'institution européenne – incarnée par l'AMP et le Juge aux Affaires Familiales qui décide du placement – et l'institution coutumière kanake – le clan qui va accueillir l'enfant placé. C'est la mise en relation de deux systèmes de compréhension et de prise en charge qui apparaît être le cœur de son activité.

En revanche, bien qu'elle soit considérée comme l'une des clés d'accès à la « strate d'endessous » évoquée par le pédopsychiatre, Marie-Sophie ne se positionne jamais dans une place où elle révélerait des secrets. Dans mon enquête ethnographique, bien qu'elle ne se soit jamais opposée à ma recherche, il m'a été difficile d'examiner avec elle le détail de certains parcours thérapeutiques et d'accéder à des éléments précis qui m'auraient permis d'éclaircir l'opacité de certaines situations socioculturelles rencontrées à l'AMP. Comme avec d'autres interlocuteurs rencontrés dans cette enquête ethnographique, j'ai essuyé non pas des refus de collaborer, mais des façons polies de ne pas répondre à mes demandes d'éclaircissement. Ainsi, comme les soignants européens, j'ai fait la même expérience du silence et de l'opacité. Pour mieux analyser ce positionnement, il convient de revenir sur les modalités de transmission du savoir dans la société mélanésienne. Dans son étude comparative sur cette transmission en Papouasie et en Asie du Sud-Est, Frédérick Barth⁵⁵ souligne l'importance que prennent le secret et le mystère pour le *conjurer* (que l'on pourrait traduire par chaman ou sorcier) de Nouvelle-Guinée : pour ce dernier, plus son savoir est tenu caché, plus son prestige augmente. Le *conjurer* garde ses secrets et ne les communique à ses novices que par le biais de la performance rituelle. C'est une façon d'accéder à un rang et de s'y maintenir. La rétention du secret fait partie du mode de transmission du savoir, et il faut savoir faire avec

⁵⁵ Fredrik Barth, « The Guru and the Conjuror: Transactions in Knowledge and the Shaping of Culture in Southeast Asia and Melanesia », *Man*, 1990, p. 641.

cette forme de transmission pour accéder à une connaissance du monde mélanésien : le savoir n'est transmis qu'à un groupe restreint d'initiés, à ses groupes voisins immédiats. Il en découle une forme de savoir limitée en masse et en abstraction. Pour comprendre les secrets, il faut être partie prenante de la performance. Dans ma rencontre avec Marie-Sophie, c'est en l'accompagnant lors d'une visite à domicile que j'ai pu accéder à la forme de savoir qui m'intéressait et qui me permettait de lever le voile d'opacité qui recouvrait certaines situations : ce sont les « ressources d'autochtonie »⁵⁶ qu'elle était capable de mobiliser en situation qui lui permirent de rendre possible une intervention thérapeutique ou sociale, comme dans le cas du petit Alfred et de sa mère.

Conclusion

Succédant à des médecins de l'armée peu enclins à prendre en considération les complexités socioculturelles dans lesquelles s'inscrivent les patients, les personnels soignants arrivés plus récemment de métropole sont plus disposés à s'ouvrir au monde kanak et sont dans des trajectoires professionnelles plus incertaines. Les relations professionnelles entre soignants kanaks et européens, dans le cadre d'une petite infrastructure de santé décentralisée à Lifou, témoignent de la reconfiguration des rapports de savoir/pouvoir dans le contexte d'une décolonisation. Le pouvoir psychiatrique asilaire, en s'ouvrant vers les îles, s'est plié aux logiques du fait autochtone. Pour mettre en place des prises en charge plus proches des habitants, les acteurs médico-sociaux sont amenés à répondre à des exigences coutumières, exigences qui ne sont toutefois pas clairement explicitées. La complexité des montages institutionnels nés des Accords de Matignon vient s'ajouter à la complexité des chemins coutumiers et à la complexité socioculturelle propre à l'espace social kanak. Dans ce paysage renouvelé, la difficulté d'accès aux populations est vécue comme un « secret » pour certains soignants européens, qui se reposent sur les soignants kanaks, maillon central des dispositifs de soin. Une telle configuration rejoue les logiques initiales de l'implantation médicale à Lifou, qui reposait sur une association des missions religieuses aux pouvoirs coutumiers

⁵⁶ Jean-Noël Retière, « Autour de l'autochtonie. Réflexions sur la notion de capital social populaire », *Politix*, 2003, vol. 16, n° 63, p. 121–143.

kanaks et aux auxiliaires formés par la mission. Toutefois, dans un contexte contemporain marqué par le fait autochtone, le capital d'autochtonie déplace légèrement cette configuration en faisant du capital d'autochtonie la condition de la légitimité des acteurs kanaks impliqués dans le dispositif. Le contenu des savoirs qu'ils mobilisent pour être médiateurs de l'intervention de santé repose plus sur une inscription dans un territoire que sur un capital culturel. La période qui avait succédé au régime de l'indigénat avait déjà été marquée par un déclin des formes d'autorité liées aux pouvoirs kanaks constitués sous l'indigénat, en faisant émerger de nouvelles logiques sociales et politiques relevant de capitaux professionnels et scolaires⁵⁷. Le capital d'autochtonie s'ajoute à ces dernières pour reconfigurer les rapports de savoir/pouvoir dans les structures de soin, où l'accès à l'espace est dépendant de personnes ressources dont la seule appartenance clanique est synonyme d'ouverture ou de fermeture. En ce sens, la coutume est bien un « opérateur central de la gouvernementalité »⁵⁸. Dans cette reconfiguration, certaines femmes kanakes sont amenées à jouer des rôles centraux et ce d'autant plus quand elles sont dans une position sociale légitime de femme mariée. Au contraire, des femmes plus jeunes, européennes ou kanakes, dans des situations matrimoniales qui ne correspondent pas aux modèles coutumiers traditionnels, peuvent être isolées. Ainsi, dans la reconfiguration des relations sociales qui accompagne le « nouveau contrat social » de la santé mentale, de nouveaux acteurs légitimes apparaissent, d'autres sont affaiblis dans leurs positions, et les reconfigurations de ces positions tendent à rigidifier certaines dimensions de la coutume.

⁵⁷ Benoît Trépied, *Une Mairie dans la France coloniale. Koné, Nouvelle-Calédonie*, Paris, Karthala, 2010, p. 77.

⁵⁸ P.-Y. Le Meur, « Mobilité, autochtonie et citoyenneté : terrains africains et propositions océanistes », art cit.

Conclusion

Pour saisir comment se reformulait l'espace contemporain de la santé mentale à Lifou, j'ai examiné dans cette thèse l'expérience de quelques personnes concernées par les troubles psychiques ou impliquées dans leurs soins, afin de les replacer dans le cadre de processus sociaux, économiques, institutionnels et politiques plus larges. Dans leurs parcours singuliers apparaissent les dynamiques socioéconomiques qui sont susceptibles d'accentuer la vulnérabilité, de faire basculer dans la maladie mentale ou de favoriser la chronicité de celle-ci. Chez Marcel, les hallucinations sont survenues dans le contexte d'un travail précaire sur un site minier marqué par l'isolement et l'épuisement. Les mobilités de travail entre Lifou et la Grande Terre et la fragilisation de la cellule familiale qu'elles entraînent apparaissent aussi en filigrane de l'histoire de Lolo et de ses proches. Dans ce contexte, l'alcoolisme émaille un parcours individuel et familial tiraillé entre Lifou et Nouméa, et précipite dans la chronicité. Au fil de son parcours comme de celui de quelques autres, on constate que les institutions médico-sociales n'ont apporté aucune solution, et que les familles sont seules à élaborer leurs propres modes de résolution.

Les vies retracées montrent ainsi comment les transformations associées au développement socio-économique se répercutent sur les possibilités thérapeutiques mises en œuvre par les familles ou par les guérisseuses et guérisseurs. Aux besoins d'une économie capitaliste requérant une main-d'œuvre flexible et peu coûteuse s'ajoutent les contraintes des obligations coutumières. Le temps laissé pour nourrir l'espace relationnel du soin s'étiole. En témoigne le parcours de Meri, guérisseuse qui tâche de répondre à la demande de soins de malades, tout en développant des activités pour générer des ressources monétaires qu'elle ne peut retirer de l'activité thérapeutique – location de logements aux enseignants de passage, vente de produits aux touristes, garde d'enfant. Ces nouvelles activités contraignent la temporalité longue de la thérapeutique kanake, qui requiert d'aller parfois très loin dans la forêt chercher des plantes qui sont ensuite bouillies de longues heures durant, avant que ne les récupèrent des patients venus de toute l'île.

Ainsi, un ensemble de contraintes pèse sur les acteurs, malades ou soignants, qui doivent trouver les ressources pour vivre, soigner ou se soigner, mais aussi apporter leur contribution à la vie collective. L'espace relationnel du soin, qui repose selon Karlo Mila-Schaaf sur un ensemble de responsabilités, d'obligations et d'efforts¹, entre ainsi en tension avec les logiques socio-économiques contemporaines spécifiques de la situation (post)coloniale en Nouvelle-Calédonie. Cette dernière est caractérisée par les bouleversements économiques récents mentionnés, mais aussi par certaines rigidités qui traversent l'organisation sociale kanake.

Bien que soient mis en avant les principes de la sollicitude et de l'éthique relationnelle dans les discours portant sur la coutume kanake, ces principes sont inégalement mis en œuvre en fonction du statut social des uns et des autres. Ainsi, le parcours d'une femme souffrant de troubles psychotiques, Marie, fait apparaître la vulnérabilité des femmes face à la maladie mentale, une vulnérabilité renforcée par la place précaire qu'elles occupent dans l'organisation sociale. Dans le récit que fait Marie d'une voix fragile, les moments scandant la vie d'épouse sont vécus comme des moments d'épreuve qui favorisent le déclenchement de la maladie. Or on ne retrouve pas autour d'elle le déploiement de la sollicitude du groupe comme on l'observe pour Marcel ou Lolo. Au contraire, la souffrance des femmes est tenue à l'écart du groupe, invisibilisée, et ce d'autant plus quand elles sont mariées, puisque l'expression de leur mal-être mettrait en cause les alliances plus larges qui encadrent l'union matrimoniale. La relationnalité, dans ce cas-là, est aussi le pendant d'une exigence à se plier aux injonctions d'un fait coutumier, qui amplifie plutôt qu'il ne prévient les inégalités sociales de santé.

Les schizophrénies touchant les jeunes hommes, tout comme les tentatives de suicide en nombre croissant, sont quant à elles l'objet d'une profusion de discours. Ces troubles sont perçus comme une expression des déséquilibres du groupe et de la faiblesse des mécanismes de soutien collectif. Chefs coutumiers et religieux, parents et grands-parents, y perçoivent une menace pour le projet de société qu'ils entendent transmettre, ainsi qu'un affaiblissement de leur autorité sous l'effet des transformations sociales et politiques contemporaines. La réponse apportée, si elle continue de mobiliser une éthique de la sollicitude, comporte aussi un angle disciplinaire et punitif que favorisent des étiologies focalisées sur la consommation de cannabis. Le recours à l'institution psychiatrique, marquée par la contrainte de l'enfermement

¹ Karlo Mila-Schaaf, « Vä-centred Social Work: Possibilities for a Pacific Approach to Social Work Practice », *Social Work Review*, 2006, vol. 18, n° 1, p. 8-13.

et des neuroleptiques, semble être la réponse généralisée à des troubles qui prendraient leur source dans une déviance vis-à-vis de l'ordre coutumier.

La sollicitude circule donc de façon inégale et, plutôt que de protéger tous les membres de la communauté, le fait coutumier a pour effet de fragiliser davantage ceux dont « l'assise » a été ébranlée. Les modes de résolution qui en découlent – effets d'exclusion, pratiques curatives marquées par la contrainte – associés à des transformations socio-économiques rapides et de grande ampleur, facilitent la défaite sociale² qui précipite vers des parcours psychiatriques de chronicité et d'abandon.

Cet entremêlement constant du soin et de la discipline s'inscrit dans la continuité des régimes médicaux de la situation coloniale propre à Lifou ainsi que d'une psychiatrie calédonienne née dans les murs du bagne.

Tout d'abord, la médecine s'est implantée à Lifou avec les missions protestantes et catholiques qui ont introduit l'hygiénisme et la morale chrétienne, en même temps que des pratiques médicales fondées sur le dépistage puis l'isolement des lépreux. Les visites en tribu des médecins de la mission puis du dispensaire ont posé les bases d'un fonctionnement routinier de visites médicales qui perdure aujourd'hui dans les visites à domicile des infirmiers en psychiatrie. La gouvernamentalité coloniale s'établit sur un maillage sanitaire associant les autorités religieuses, coloniales et kanakes, maillage au sein duquel les Kanaks formés par la mission jouèrent un rôle central. De la maîtrise des décompensations à la « piqûre » mensuelle, en passant par l'enfermement à l'hôpital, la psychiatrie dans la tribu, assurée par les infirmiers kanaks, se fait le lointain écho de cette histoire de la médecine. De cette première période de la colonisation, il reste aussi l'idée que les habitants de Lifou auraient été épargnés par les violences coloniales et protégés par les missions. Pourtant celles-ci, en s'appuyant sur les représentants de l'autorité coutumière, diffusèrent des techniques disciplinaires violentes qui participèrent de l'assujettissement des corps et qui facilitèrent la mobilisation des insulaires dans le cadre du travail forcé sur la Grande Terre.

A Nouméa, ville où s'établit la majorité de la population européenne après avoir été l'un des principaux sites du bagne, les Kanaks furent tenus à la marge, ce que reflète de façon saillante le traitement psychiatrique fait de l'aliénation. L'histoire de la psychiatrie coloniale retracée dans cette thèse a montré comment sa fondation dans les murs du bagne a favorisé un traitement coercitif de l'aliénation, qui concernait d'abord les transportés et qui continue d'imprégner les pratiques contemporaines. La pathologie mentale dans la population kanake

² Tanya Marie Luhrmann, « Social Defeat and the Culture of Chronicity: Or, Why Schizophrenia Does so Well Over There and so Badly Here », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2007, vol. 31, n° 2, p. 135-172.

resta longtemps associée à la sorcellerie ou à l'alcoolisme et l'émergence d'une ethnopsychiatrie dans les années 1970 ne fit que conforter ce régime épistémique qui niait la subjectivité des Kanaks autant que la violence de la situation coloniale. Dans les premiers travaux s'intéressant aux troubles mentaux, les Kanaks continuèrent d'être décrits sous l'angle d'une inadaptation au mode de vie urbain. Plutôt que d'analyser les inégalités sociales et les violences coloniales, les psychiatres et ethnologues ont longtemps perpétué une vision réductrice et essentialisante qui conforta l'idée que les Kanaks n'étaient pas en mesure de rejoindre le projet de société calédonienne. Marges de la marge, comme l'étaient les bagnards, les Kanaks furent maintenus à la lisière du projet colonial, mobilisés uniquement en tant que main-d'œuvre du développement économique. Ainsi se développa un ensemble de savoirs sur les Kanaks, assortis de pratiques disciplinaires, qui confortèrent l'établissement des pouvoirs coloniaux.

Les expériences singulières mentionnées plus haut s'inscrivent dans la continuité de cette histoire coloniale, que deux processus contemporains ont reconfigurée. Le premier est le processus de décolonisation, qui s'accompagne d'une institutionnalisation des pouvoirs kanaks et d'une réappropriation ou d'une revalorisation des savoirs kanaks, enfin d'une interrogation des autorités coutumières sur les techniques à mettre en œuvre pour gouverner leurs sujets. Les bouleversements politiques propres au contexte de décolonisation apparaissent dans l'enquête ethnographique à travers l'émergence d'acteurs kanaks qui mettent en avant ce qu'ils considèrent être une spécificité culturelle et qui, dans la formalisation qu'ils en proposent, asseyent au passage leur autorité. Aux infirmiers kanaks s'ajoutent les cadres de santé et autres acteurs institutionnels qui, de retour de leur formation en métropole, sont venus occuper les postes clés du maillage sanitaire.

Le second est le processus concomitant d'ouverture de l'hôpital psychiatrique vers les espaces kanaks, qui se traduit par une institutionnalisation des pratiques de soins dans les communautés. Les acteurs socio-médicaux, venus de Nouméa pour la plupart, sont, pour reprendre la métaphore du vieil infirmier en introduction de cette thèse, « entrés dans la case ».

Sous l'effet de ce double processus, les relations socio-professionnelles de celles et ceux qui s'affairent à apaiser les maux de la souffrance psychique sont prises dans de nouvelles contraintes qui redéfinissent les rapports de savoir et de pouvoir dans les institutions. Bien que l'entremêlement du soin et de la discipline hérité de la période coloniale persiste, le renouvellement des acteurs est aussi source de réflexions nouvelles sur les pratiques médicales. De l'introduction au dispensaire de plantes utilisées dans les remèdes kanaks à la

volonté de considérer les soins de façon « holistique », de la prise en charge préventive du bien-être des petits enfants aux discussions dans les tribus sur les suicides, de l'implication plus grande des acteurs kanaks au rôle croissant qu'occupent les femmes kanakes, le dispositif de santé mentale traduit aussi le renouveau des modes de résolution du mal-être.

L'image de la case est souvent mobilisée pour traduire un idéal de l'organisation sociale kanake. Les piliers qui la soutiennent sont pareils aux différents clans qui soutiennent la chefferie. Autour de son foyer se transmettent les savoirs du clan et s'échangent les gestes et paroles coutumières qui portent les relations sociales. Cette thèse a montré que, pourtant, les poteaux qui soutiennent la case sont parfois traités de façon inégale et que les positions des uns et des autres dans l'espace social peuvent se traduire par des inégalités de santé. La case est ainsi un espace ambivalent où se reformulent les pouvoirs coloniaux et les subjectivités dans le contexte de la situation (post)coloniale de Nouvelle-Calédonie. En dépit de ces ambivalences, cet espace est aussi apparu comme l'endroit où se projetaient les expérimentations de nouvelles façons de soigner. La case qui pourrait être construite devant la petite Antenne Médico-Psychologique, entre le dispensaire et les institutions provinciales, pourrait bien être un espace de « partage » tel que le formule Marcel, comme d'une écoute et d'un échange réciproques, où la parole des patients est égale à celle des soignants, et où la temporalité des soins s'accorderait avec une éthique relationnelle.



Bibliographie

ACKERKNECHT Erwin H., « Natural Diseases and rational Treatment in primitive Medicine », *Bulletin of the History of Medicine*, 1946, vol. 19, n° 5, p. 467-497.

AGNIEL Guy, LECA Antoine et ORFILA Gérard, *Le Droit médical en Nouvelle-Calédonie*, Nouméa, SCEREN-CDP Nouvelle-Calédonie, 2005.

ALES Catherine, « Ethnologie ou discours-écrans ? Fragments du discours amoureux yanomami » dans Bertrand Masquelier et Jean-Louis Siran (eds.), *Pour une anthropologie de l'interlocution. Rhétoriques du quotidien*, Paris, L'Harmattan (coll. « Logiques sociales »), 2000, p. 211-246.

ALEXANDER James M., *The Islands of the Pacific: From the Old to the New: a Compendious Sketch of Missions in the Pacific*, New York, American Tract Society, 1895.

ANDERSON Warwick, « Hermansburg, 1929: Turning Aboriginal “primitives” into modern psychological subjects », *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 2014, vol. 50, n° 2, p. 127-147.

ANGLEVIEL Frédéric, PALOMBO Philippe, BOUBIN-BOYER Sylvette et BARBIE Eric, *Le Paradou. De l'hôpital du Marais au centre hospitalier Albert Bousquet, 1868-2014*, Nouméa, Centre Hospitalier Albert Bousquet et Editions du GRHOC.

ANONYME, « L'Aliénation aux colonies », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, 1905, p. 435-436.

ANONYME, « Dr. Paton's return to work », *Congregationalist and Christian World*, 29 juin 1901 p.

ARREGHINI Louis et WANIEZ Philippe, *La Nouvelle-Calédonie au tournant des années 1990 : un état des lieux*, Montpellier ; Paris, RECLUS ; La Documentation française (coll. « Collection Dynamiques du territoire »), 1993, 236 p.

ASSOCIATION FRATERNITE CALEDONIENNE, « Charte pour la Sauvegarde et le Progrès de la Calédonie », *Les Nouvelles calédoniennes*, 3 avr. 1982

ATLANI-DUAULT Laëtitia, *Au bonheur des autres : anthropologie de l'aide humanitaire*, Paris, Armand Colin, 2009, 240 p.

AUDISIO Michel, *La Psychiatrie de secteur : une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Toulouse, Privat, 1980.

- AUGE Marc, « L'Anthropologie de la maladie », *L'Homme*, 1986, n° 97-98, p. 81-90.
- AUGE Marc, « Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'événement » dans Marc Augé et Claudine Herzlich (eds.), *Le Sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives contemporaines, 1984, p. 35-91.
- AUGE Marc et HERZLICH Claudine, *Le Sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives contemporaines (coll. « Ordres sociaux »), 1984, 278 p.
- AVRIL Christelle, « Sous le care, le travail des femmes de milieux populaires. Pour une critique empirique d'une notion à succès » dans Margaret Maruani (ed.), *Je travaille, donc je suis*, Paris, La Découverte, 2018, p. 205-216.
- BALANDIER Georges, « La Situation coloniale : approche théorique », *Cahiers internationaux de sociologie*, 1951, vol. 11, p. 44-79.
- BARBANÇON Louis-José, *L'Archipel des forçats. Histoire du bagne de Nouvelle-Calédonie (1863-1931)*, Villeneuve-d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2003, 452 p.
- BARBIE Eric, *Insularité, culture et santé mentale en Nouvelle-Calédonie : pour un projet de soins infirmiers au CHS de Nouméa*, Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 1994, 181 p.
- BARE Jean-François, « La Terre et le Pacifique : introduction », *Études rurales*, 1992, n° 127-128, p. 8-13.
- BARE Jean-François, *Le Malentendu pacifique. Des premières rencontres entre Polynésiens et Anglais et de ce qui s'ensuit avec les Français jusqu'à nos jours*, Paris, Hachette, 1985, 278 p.
- BARTH Fredrik, « The Guru and the Conjuror: Transactions in Knowledge and the Shaping of Culture in Southeast Asia and Melanesia », *Man*, 1990, p. 640-653.
- BASAGLIA Franco, *L'Institution en négation : rapport sur un hôpital psychiatrique*, Paris, Arkhê, 2012, 336 p.
- BATESON Gregory, *Vers une écologie de l'esprit*, Paris, Seuil, 1995, 299 p.
- BAZIN Jean, *Des Clous dans la Joconde*, Toulouse, Anacharsis, 2008, 608 p.
- BECK François, LEGLEYE Stéphane, MICHEL Christian, SPILKA Stanislas, LAUMOND Sylvie, KARILA Laurent et LE NEZET Olivier, « Usages de drogues à l'adolescence en Nouvelle-Calédonie. », *Alcoologie et addictologie*, 2008, vol. 30, n° 4, p. 355-365.
- BEGUE J.-M., « Genèse de l'ethnopsychiatrie, un texte fondateur de la psychiatrie coloniale française : le rapport de Reboul et Régis au Congrès de Tunis en 1912 », *Psychopathologie africaine*, 1997, vol. 28, n° 2, p. 177-220.
- BEHAR Ruth et GORDON Deborah A. (eds.), *Women Writing Culture*, Berkeley, University of California Press, 1995, 457 p.
- BENEDICT Ruth, *Échantillons de civilisation*, Paris, Gallimard, 1967, 312 p.

BENOIST Jean, « Réflexions sur le pluralisme médical : tâtonnements, alternatives ou complémentarités », *Psychosomatische und Psychosoziale Medizin*, 1997, vol. 26, p. 10-14.

BENSA Alban, « Usages savants et politiques de la notion d'autochtonie » dans Marie Salaün, Martin Thibault et Natacha Gagné (eds.), *Autochtonies. Vues de France et du Québec*, Laval, Presses de l'Université de Laval, 2009, p. 21-31.

BENSA Alban, « Père de Pwädé. Retour sur une ethnologie au long cours » dans Didier Fassin et Alban Bensa (eds.), *Les Politiques de l'enquête*, Paris, La Découverte (coll. « Recherches »), 2008, p. 19-39.

BENSA Alban, *La Fin de l'exotisme. Essais d'anthropologie critique*, Toulouse, Anacharsis, 2006, 368 p.

BENSA Alban, « De la relation ethnographique : À la recherche de la juste distance », *Enquête*, 1995, n° 1, p. 131-140.

BENSA Alban, « La Société mélanésienne est éminemment politique » dans *Chroniques Kanak : L'ethnologie en marche*, Paris, Survival International, 1995, vol.10, p. 146-153.

BENSA Alban, « La Culture kanak aujourd'hui » dans *Chroniques kanak : L'ethnologie en marche*, Survival international., Paris, 1995, vol.10.

BENSA Alban, « Chronologie » dans *Chroniques Kanak : L'ethnologie en marche*, Paris, Survival International, 1995, vol.10, p. 352-353.

BENSA Alban, « Evolution de la situation en Nouvelle-Calédonie depuis mai 1981 » dans *Chroniques Kanak : L'ethnologie en marche*, Paris, Survival International, 1995, vol.10, p. 140-145.

BENSA Alban, « L'Inquiétante montée du terrorisme d'extrême droite » dans *Chroniques Kanak : L'ethnologie en marche*, Paris, Survival International, 1995, vol.10, p. 169-173.

BENSA Alban, « Un Non-lieu scandaleux » dans *Chroniques Kanak : L'ethnologie en marche*, Paris, Survival International, 1995, vol.10, p. 177-179.

BENSA Alban, « Mythe, mentalité, ethnie : trois mauvais génies des sciences sociales », *Genèses*, 1994, p. 142-157.

BENSA Alban, « Terre kanak : Enjeu politique d'hier et d'aujourd'hui. Esquisse d'un modèle comparatif », *Études rurales*, 1992, n° 127-128, p. 107-131.

BENSA Alban, « Colonialisme, racisme et ethnologie en Nouvelle-Calédonie », *Ethnologie française*, 1988, p. 188-197.

BENSA Alban et BOURDIEU Pierre, « Quand les Canaques prennent la parole », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1985, vol. 56, n° 1, p. 69-85.

BENSA Alban et RIVIERRE Jean-Claude, *Les Chemins de l'alliance. L'Organisation sociale et ses représentations en Nouvelle-Calédonie*, Paris, SELAF, 1982, 586 p.

- BENSA Alban et SALOMON Christine, « Instrumentalisation et malentendus. Les Kanaks face à l'appareil judiciaire français de Nouvelle-Calédonie », *Archives de politique criminelle*, 2007, vol. 1, n° 29, p. 171-182.
- BENSA Alban et WITTERSHEIM Eric, « Jean Guiart and New Caledonia: A Drama of Misrepresentation », *The Journal of Pacific History*, 1998, vol. 33, n° 2, p. 221-224.
- BERTHOMIEU R., « Assistance psychiatrique en Nouvelle-Calédonie », *Annales médico-psychologiques*, 1976, vol. 2, n° 4, p. 599-605.
- BIEHL João Guilherme, « Care and Disregard » dans Didier Fassin (ed.), *A Companion to Moral Anthropology*, New Jersey, Wiley-Blackwell, 2012, p. 242-263.
- BIEHL João Guilherme, *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*, Berkeley, University of California Press, 2005, 404 p.
- BIEHL João Guilherme, GOOD Byron J. et KLEINMAN Arthur (eds.), *Subjectivity: Ethnographic Investigations*, Berkeley, University of California Press, 2007, vol.7, 477 p.
- BODIN Romuald, *L'Institution du handicap. Esquisse pour une théorie sociologique du handicap*, Paris, La Dispute, 2018, 181 p.
- BONNET Doris, « La Taxinomie des malades en anthropologie : aperçu historique et critique », *Sciences sociales et santé*, 1999, vol. 17, n° 2, p. 5-21.
- BONNET Doris, *Corps biologique, corps social : procréation et maladies de l'enfant en pays mossi (Burkina Faso)*, Paris, ORSTOM, 1988, vol.110, 138 p.
- BONNET Doris et LAINE Agnès, « Conflits de légitimité autour d'une maladie génétique au Bénin » dans Laurent Pordié et Emmanuelle Simon (eds.), *Les Nouveaux guérisseurs : Biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2013, p. 39-54.
- BOUBIN-BOYER Sylvette, « La Part des femmes dans l'évangélisation de la Mélanésie », *Histoire et missions chrétiennes*, 2011, n° 4, p. 77-110.
- BOURRET Dominique, « Les raisons du corps : éléments de la médecine traditionnelle autochtone en Nouvelle-Calédonie », *Cahiers ORSTOM. Série Sciences Humaines*, 1981, vol. 18, n° 4, p. 487-513.
- BOURRET Dominique et BOEGLÉN Hilda (ill.), *Bonnes plantes de Nouvelle Calédonie et des Loyauté*, Nouméa, Editions du Lagon, 1981, 108 p.
- BOURRET Dominique et ZELDINE Georges, « La Folie canaque. A propos de l'étiologie traditionnelle des maladies mentales en culture mélanésiennes », *L'Evolution Psychiatrique*, 1978, vol. 43, n° 3, p. 549-562.
- BRIGGS Jean L., « Daughter and Pawn: one Ethnographer's Routes to Understanding Children », *Ethos*, 2008, vol. 36, n° 4, p. 449-456.

BRIGGS Jean L., « Emotions Have Many Faces: Inuit Lessons », *Anthropologica*, 2000, vol. 42, n° 2, (coll. « Reflections on Anthropology in Canada / Réflexions sur l'anthropologie au Canada »), p. 157-164.

BROCA Paul, *Instructions générales pour les recherches anthropologiques à faire sur le vivant*, Paris, G. Masson, 1879, 289 p.

BRUNER Jerome, *Acts of Meaning*, Cambridge, Harvard University Press, 1990, 208 p.

CALVEZ Marcel, « Le Handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité », *Sciences Sociales et Santé*, 1994, vol. 12, n° 1, p. 61-88.

CAMPBELL F. A., *A Year in the New Hebrides, Loyalty Islands, and New Caledonia*, Melbourne, George Robertson, 1873.

CARBONNEL Anna, *Jean-Pierre Olivier de Sardan : « Il y a de multiples points de vue idéologiques sur le développement »*, <https://sciences-critiques.fr/jean-pierre-olivier-de-sardan-il-y-a-de-multiples-points-de-vue-ideologiques-sur-le-developpement/> , 15 mars 2017, consulté le 25 mars 2017.

CAROL Jean, *Le Bagne*, Paris, Librairie Ollendorff, 1903.

CARPENTER-SONG Elizabeth, « Caught in the Psychiatric Net: Meanings and Experiences of ADHD, Pediatric Bipolar Disorder and Mental Health Treatment among a diverse Group of Families in the United States », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 2009, vol. 33, n° 1, p. 61-85.

CHABROL Fanny et GIRARD Gabriel, *VIH/Sida. Se confronter aux terrains. Expériences et postures de recherche*, Paris, ANRS (coll. « Sciences sociales et Sida »), 2010, 157 p.

CHEYNE Andrew, *A Description of Islands in the Western Pacific Ocean: North and South of the Equator, with Sailing Directions, Together with Their Productions, Manners and Customs of the Natives, and Vocabularies of Their Various Languages*, Londres, J.D. Potter, 1852.

CLIFFORD James, *Person and Myth: Maurice Leenhardt in the Melanesian World*, Durham, Duke University Press, 1992, 288 p.

CLIFFORD James, *Maurice Leenhardt, personne et mythe en Nouvelle Calédonie*, traduit par Geneviève Leenhardt et traduit par Raymond Leenhardt, Paris, Jean-Michel Place (coll. « Les Cahiers de Gradhiva »), 1987, 276 p.

CLIFFORD James, « De l'autorité en ethnographie », *L'Ethnographie*, 1983, vol. 79, p. 87-118.

CLIFFORD James et MARCUS George E. (eds.), *Writing Culture: the Poetics and Politics of Ethnography*, Berkeley, University of California Press (coll. « Experiments in contemporary anthropology »), 2008, 305 p.

COFFIN Jean-Christophe, « La Psychiatrie de l'enfant en France, une affaire de l'État ? », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, 30 novembre 2016, n° 18, p. 81-96.

COLE Jennifer et DURHAM Deborah (eds.), *Figuring the Future: Globalization and the Temporalities of Children and Youth*, Santa Fe, School for Advanced Research Press, 2008, 320 p.

COLLIGNON René, « La Psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal : esquisse d'une historisation comparative », *Revue Tiers Monde*, 2006, n° 3, p. 527-546.

COLLOMB Henri, « Rencontre de deux systèmes de soins. À propos de thérapeutiques des maladies mentales en Afrique », *Social Science & Medicine (1967)*, 1973, vol. 7, n° 8, p. 623-633.

COLLOMB Henri, « Assistance psychiatrique en Afrique (expérience sénégalaise) », *Psychopathologie africaine*, 1965, vol. 1, n° 1, p. 11-84.

COMAROFF Jean et COMAROFF John L., « Réflexions sur la jeunesse. Du passé à la postcolonie », *Politique africaine*, 2000, n° 80, p. 90-110.

COMAROFF John L., « Colonialism, Culture, and the Law: A Foreword », *Law & Social Inquiry*, 2001, vol. 26, n° 2, p. 305-314.

COMAROFF John L. et COMAROFF Jean, *Ethnography and the Historical Imagination*, Boulder, Westview Press, 1992, 352 p.

COPANS Jean et JAMIN Jean, *Aux Origines de l'anthropologie française : Les mémoires de la Société des observateurs de l'homme en l'an VIII*, Paris, Sycomore, 1978, 230 p.

CORIN Ellen, « Présentation. Les détours de la raison. Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie », *Anthropologie et Sociétés*, 1993, vol. 17, n° 1-2, p. 5-20.

CORIN Ellen et LAUZON Gilles, « Positive Withdrawal and the Quest for Meaning: The Reconstruction of Experience among Schizophrenics », *Psychiatry*, 1992, vol. 55, n° 3, p. 266-278.

CORIN Ellen et MURPHY H. B. M., « Psychiatric Perspectives in Africa. Part I: The Western Viewpoint », *Transcultural Psychiatric Research Review*, 1979, vol. 16, n° 2, p. 147-178.

DAUPHINE Joël, *Les Spoliations foncières en Nouvelle-Calédonie (1853-1913)*, Paris, L'Harmattan, 1989, 347 p.

DAUPHINE Joël, *Chronologie foncière et agricole de la Nouvelle-Calédonie, 1853-1903*, Paris, L'Harmattan, 1987, 159 p.

DEMMER Christine, « Secrets et organisation politique kanake », *L'Homme*, 2009, n° 2, p. 79-104.

DEMMER Christine, *Les Héritiers d'Eloi Machoro (1941-1985) : une génération nationaliste au pouvoir à Amââ et Kûöö, villages de Xârâcùù (Canala), Nouvelle-Calédonie*, EHESS, Paris, 2002, 581 p.

DEMMER Christine et SALOMON Christine, « Droit coutumier et indépendance kanak », *Vacarme*, 2013, n° 3, p. 63-78.

DIDIER Pierrine, *Médecine traditionnelle et « médecine intégrative » à Madagascar : entre décisions internationales et applications locales*, Université de Bordeaux, 2015, 597 p.

DJAMA Marcel, « Politiques de l'autochtonie en Nouvelle-Calédonie » dans Marie Salaün, Martin Thibault et Natacha Gagné (eds.), *Autochtonies. Vues de France et du Québec*, Laval, Presses de l'Université de Laval, 2009, p. 193-204.

DOUGLAS Bronwen, *A History of Culture Contact in North-Eastern New Caledonia 1774-1870*, Australian National University, Canberra, 1972, 446 p.

DOUGLAS Mary, *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, La Découverte, 1992, 210 p.

DOZON Jean-Pierre, « Quelques réflexions sur les médecines traditionnelles et le sida en Afrique » dans Jean Benoist et Alice Desclaux (eds.), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala, 1996, p. 231-235.

DOZON Jean-Pierre, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », *Politique africaine*, 1987, n° 28, p. 9-20.

DURIF-BRUCKERT Christine, « Récits privés de la maladie et processus narratif groupal : un support thérapeutique fondamental », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2007, n° 2, p. 105-122.

DUSSY Dorothée, *Nouméa, ville océanienne ? S'appropriier la ville*, Paris, Karthala, 2012.

DUSSY Dorothée, « Les Squats de Nouméa. Des occupations océaniques spontanées à la conquête symbolique de la ville en Nouvelle-Calédonie », *Journal de la Société des Océanistes*, 1996, vol. 103, n° 2, p. 275-287.

EHRENBERG Alain, « Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », *Esprit*, 2004, 304 (5), p. 133-156.

EHRENBERG Alain, *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 2000.

FAINZANG Sylvie, *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (coll. « Cahiers de l'Homme »), 1989, vol.29, 112 p.

FANON Frantz, *L'An V de la révolution algérienne*, Paris, François Maspéro, 1959, vol.3, 175 p.

FANON Frantz, KHALFA Jean et YOUNG Robert JC, *Écrits sur l'aliénation et la liberté*, Paris, La Découverte, 2015, 688 p.

FASSIN Didier, « Les Economies morales revisitées », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2009, 64e année, n° 6, p. 1237-1266.

FASSIN Didier, « La Souffrance du monde. Considérations anthropologiques sur les politiques contemporaines de la compassion », *L'évolution psychiatrique*, 2002, vol. 67, n° 4, p. 676-689.

FASSIN Didier, « Les Politiques de l'ethnopsychiatrie », *L'Homme*, 2 janvier 2000, n° 153, p. 231-250.

FASSIN Didier, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, 2000, vol. 24, n° 1, p. 95-116.

FASSIN Didier, *Les Enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala, 2000, 344 p.

FASSIN Didier, *L'Espace politique de la santé : essai de généalogie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1996, 328 p.

FASSIN Didier, *Pouvoir et maladie en Afrique : anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992.

FASSIN Didier et MEMMI Dominique (eds.), *Le Gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en sciences sociales, 2004, 166 p.

FAUGERE Elsa, « Mettre en mots, en nombres et en politique la nature néo-calédonienne », *Le Journal de la Société des Océanistes*, 2008, n° 126-127, p. 153-166.

FAUGERE Elsa, « La Fabrique identitaire dans les îles Loyauté. Comment peut-on être un colon-kanak ? », *Ethnologie française*, 2002, vol. 32, n° 4, p. 629-635.

FAUGERE Elsa, « Transactions monétaires en pays kanak », *Genèses*, 2000, p. 41-62.

FAVRET-SAADA Jeanne, *Les Mots, la mort, les sorts*, Paris, Gallimard, 1985, 427 p.

FERGUSON Ann Arnett, *Bad Boys: Public Schools in the Making of Black Masculinity*, Ann Arbor, University of Michigan Press, 2010, 272 p.

FERGUSON James et GUPTA Akhil, « Spatializing States: Toward an Ethnography of neoliberal Governmentality », *American Ethnologist*, 2002, vol. 29, n° 4, p. 981-1002.

FIZIN Paul Magulue, « Les *teachers* du Pacifique au XIX^{ème} siècle ou l'émergence d'une nouvelle élite océanienne entre tradition et modernité », *Histoire, monde et cultures religieuses*, 2011, vol. 20, n° 4.

FIZIN Paul Magulue, *Lifou 1793 – 1923 : histoire des contacts entre kanak et européens*, Université de Bordeaux, 2008.

FOUCAULT Michel, *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France, 1977-1978*, Paris, Seuil (coll. « Hautes études »), 2004, 435 p.

FOUCAULT Michel, *Dits et écrits, tome II : 1976-1988*, Paris, Gallimard (coll. « Quarto »), 2001, 1736 p.

FOUCAULT Michel, « Cours du 14 janvier 1976 » dans « *Il faut défendre la société* ». *Cours au Collège de France (1975-1976)*, Paris, Seuil, 1997.

FOUCAULT Michel, « *Il faut défendre la société* ». *Cours au Collège de France (1975-1976)*, Paris, Seuil, 1997, 283 p.

FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité. L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard, 1984, 339 p.

FOUCAULT Michel, « Subjectivité et vérité » dans *Résumés annuels des cours*, Paris, Collège de France, 1981, p. 385-389.

FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, 352 p.

FOUCAULT Michel, *L'Ordre du discours*, Paris, Gallimard, 1971, 88 p.

FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1961, 688 p.

FREYSS Jean, « Nouvelle-Calédonie : le “rééquilibrage” et ses contraintes » dans Alain Saussol et Joseph Zitomersky (eds.), *Colonies, territoires, sociétés*, Paris, France, 1996, p. 253-271.

FRIEDMAN Jonathan, « Y a-t-il un véritable Hawaïien dans la salle? Anthropologues et “indigènes” face à la question de l'identité » dans Christine Hamelin et Eric Wittersheim (eds.), *La Tradition et l'État*, Paris, L'Harmattan, 2002, p. 209-245.

FROMENTIN Clément, « Simulation et dissimulation de la folie dans les asiles au XIXe siècle », *L'Évolution psychiatrique*, 2016, vol. 81, n° 1, p. 27-41.

GAGNE Natacha, « Le Savoir comme enjeu de pouvoir » dans Didier Fassin et Alban Bensa (eds.), *Les Politiques de l'enquête*, Paris, La Découverte, 2008, p. 277-298.

GAGNE Natacha, GUYON Stéphanie et TREPIED Benoît, « Cultures à la barre », *Ethnologie française*, 2018, n° 1, p. 15-26.

GAGNE Natacha et SALAÜN Marie, « L'Océanie peut-elle être décolonisée ? », *Mouvements*, 2017, n° 3, p. 15-23.

GARCIA Angela, « The Promise: on the Morality of the Marginal and the Illicit », *Ethos*, 2014, vol. 42, n° 1, p. 51-64.

GARCIA Angela, « The Elegiac Addict: History, Chronicity, and the Melancholic Subject », *Cultural Anthropology*, 2008, vol. 23, n° 4, p. 718-746.

GARRO Linda C. et MATTINGLY Cheryl, « Narrative as Construct and Construction » dans *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, Berkeley, University of California Press, 2000, p. 1-49.

GAUDILLIÈRE Jean-Paul, « An Indian Path to Biocapital? The Traditional Knowledge Digital Library, Drug Patents, and the Reformulation Regime of Contemporary Ayurveda », *East Asian Science, Technology and Society: An International Journal*, 2014, vol. 8, n° 4, p. 391-415.

GAUDILLIÈRE Jean-Paul, *Inventer la biomédecine : la France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, Paris, La Découverte, 2002, 391 p.

GEERTZ Clifford, « Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture » dans *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*, New York, Basic books, 1973, p. 3-30.

GEIL William Edgar, *Ocean and isle*, Melbourne, WT Pater, 1902.

GIAMI Alain, HUMBERT Chantal et LAVAL Dominique, *L'Ange et la Bête. Représentations de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs*, Paris, Editions du CTNERHI, 2001, 128 p.

GLUCKMAN Max, THOLONIAT Yann et DE L'ESTOILE Benoît, « Max Gluckman (1940) : "Analysis of a social situation in modern Zululand" », *Genèses*, 2008, vol. 72, n° 3, p. 119-155.

GOFFMAN Erving, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les éditions de minuit (coll. « Le sens commun »), 1975, 176 p.

GOFFMAN Erving, *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Editions de Minuit, 1968, 452 p.

GOOD Byron J., « Theorizing the 'Subject' of Medical and Psychiatric Anthropology », *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 2012, vol. 18, n° 3, p. 515-535.

GOOD Byron J., « Phenomenology, Psychoanalysis, and Subjectivity in Java », *Ethos*, 2012, vol. 40, n° 1, p. 24-36.

GOOD Byron J., « Studying Mental Illness in Context: Local, Global or Universal? », *Ethos*, 1997, vol. 25, p. 230-248.

GOOD Byron J., « Culture, Diagnosis and Comorbidity », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1992, vol. 16, p. 427-446.

GOOD Byron J. et GOOD Mary-Jo DelVecchio, « Au mode subjonctif. La construction narrative des crises d'épilepsie en Turquie », *Anthropologie et sociétés*, 1993, vol. 17, n° 1-2, p. 21-42.

GOOD Byron J., GOOD Mary-Jo DelVecchio, HYDE Sandra Teresa et PINTO Sarah, « Postcolonial Disorders: Reflections on Subjectivity in the Contemporary World » dans *Postcolonial disorders*, Berkeley, University of California Press, 2008, p. 1-40.

GOOD Byron J., SUBANDI et GOOD Mary-Jo DelVecchio, « The Subject of Mental Illness: Psychosis, Mad Violence, and Subjectivity in Indonesia » dans João Biehl, Byron Good et Arthur Kleinman (eds.), *Subjectivity: Ethnographic Investigations*, Berkeley, University of California Press, 2007, p. 477.

GOOD Mary-Jo DelVecchio et HANNAH Seth Donal, « "Shattering Culture": Perspectives on Cultural Competence and Evidence-Based Practice in Mental Health Services », *Transcultural Psychiatry*, 2015, vol. 52, n° 2, p. 198-221.

GOOD Mary-Jo DelVecchio, HYDE Sarah J., PINTO Sarah et GOOD Byron J. (eds.), *Postcolonial Disorders*, Berkeley, University of California Press, 2008, vol.8, 478 p.

GOODFELLOW Benjamin, CALANDREAU Fanny et ROELANDT Jean-Luc, « Psychiatric Epidemiology in New Caledonia », *International Journal of Mental Health*, 2010, vol. 39, n° 1, p. 68-81.

GOODFELLOW Benjamin, DEFROMONT Laurent, CALANDREAU Fanny et ROELANDT Jean-Luc, « Images of the “Insane”, the “Mentally Ill”, and the “Depressed” in Nouméa, New Caledonia: A Mental Health Survey in the General Population », *International Journal of Mental Health*, 2010, vol. 39, n° 1, p. 82-98.

GRATIEN Jean-Pierre, *Marius Moutet : un socialiste à l’outre-mer*, Paris, L’Harmattan (coll. « Logiques historiques »), 2006, 384 p.

GROCHAIN Sonia, *Socio-anthropologie politique de l’emploi : les Kanak et le travail en Province Nord de la Nouvelle-Calédonie*, EHESS, Paris, 2007, 341 p.

GRUENAIIS Marc-Éric, « La Professionalisation des “néo-tradipraticiens” d’Afrique centrale », *Santé publique et sciences sociales*, 2002, n° 8-9, p. 217-239.

GUIART Jean, *Structure de la chefferie en Mélanésie du Sud*, Paris, Éditions du Musée de l’homme, 1963, 467 p.

GUIART René, *Le Feu sous la marmite*, Nouméa, Le Rocher à la voile, 2001, 368 p.

GUPTA Akhil et FERGUSON James, *Anthropological locations: Boundaries and grounds of a field science*, Berkeley, University of California Press, 1997.

HACKING Ian, *The Social Construction of What?*, Cambridge, Harvard University Press, 1999, 272 p.

HADFIELD Emma, *Among the Natives of the Loyalty Group*, Londres, Macmillan and Co. Limited, 1920, 344 p.

HAMELIN Christine et SALOMON Christine, « Vers un changement des normes de genre » dans *La Nouvelle Calédonie, vers un destin commun ?*, Paris, Karthala, 2010.

HAMELIN Christine, SALOMON Christine, LERT France, VIGNIER Nicolas, BONENFANT Sébastien, KANIEWSKI Nadine, CAROLE Claudette, *Situation sociale et comportements de santé des jeunes en Nouvelle-Calédonie*, Nouméa, INSERM, 2008, 112 p.

HAMELIN Christine et SALOMON Christine, « Violences et familles en Nouvelle-Calédonie. Perspectives ethnographiques et statistiques » dans Maryse Jaspard (ed.), *Violences envers les femmes. Trois pas en avant, deux pas en arrière*, Paris, L’Harmattan, 2007, p. 257-274.

HAMELIN Christine, SALOMON Christine, GOLDBERG P., SITTA R., CYR D. et GOLDBERG M., « Consommation d’alcool et violences à l’encontre des femmes en Nouvelle-Calédonie », *Les Cahiers de l’IREB*, 2005, vol. 17, p. 177-186.

HAMELIN Christine, SALOMON Christine, GUEGUEN Alice, LERT France et CYR Diane, *Abus sexuels précoces et santé reproductive des femmes en Nouvelle-Calédonie 2002-2003*, Paris, BEH, 2005.

HANNART Mélanie, *Existe-t-il une dimension culturelle au déficit d’insight dans la schizophrénie ? Étude observationnelle comparative de deux populations de patients issus de deux aires culturelles différentes : Nouvelle-Calédonie versus France métropolitaine*, Université de Caen, Caen, 2016, 100 p.

- HARAWAY Donna, « Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of partial Perspective », *Feminist Studies*, 1988, vol. 14, n° 3, p. 575-599.
- HARDING Sandra, *The Feminist Standpoint Theory Reader: Intellectual and Political Controversies*, New York, Routledge, 2003, 394 p.
- HENCKES Nicolas, « Entre tutelle et assistance : le débat sur la réforme de la loi de 1838 sur les aliénés des années 1870 aux années 1910 », *Sciences sociales et santé*, 2017, vol. 35, n° 2, p. 81-108.
- HENCKES Nicolas, « La Psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ? », *Esprit*, 2015, n° 3, p. 28-40.
- HERZFELD Michael, *L'intimité culturelle. Poétique sociale dans l'Etat nation*, Québec, Presses de l'Université de Laval, 2008, 285 p.
- HOWE Kerry Ross, *Les Iles Loyauté. Histoire des contacts culturels de 1840 à 1900*, traduit par Georges Pisier, Nouméa, Société d'études historiques de la Nouvelle-Calédonie, 1978.
- JENKINS Janis H., *Extraordinary Conditions: Culture and Experience in Mental Illness*, Berkeley, University of California Press, 2015, 368 p.
- JENKINS Janis H., « Psychopharmaceutical Self and Imaginary in the Social Field of Psychiatric Treatment » dans *Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology*, Santa Fe, School for Advanced Research Press, 2010, p. 17-40.
- JENKINS Janis H., *Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology*, Santa Fe, School for Advanced Research Press, 2010, 256 p.
- JENKINS Janis H. et BARRETT Robert J., *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience*, Cambridge, Cambridge University Press, 2004, 382 p.
- JEROME Laurent, « Pour quelle participation ? » dans Marie Salaün, Martin Thibault et Natacha Gagné (eds.), *Autochtonies. Vues de France et du Québec*, Laval, Presses de l'Université de Laval, 2009, p. 471-486.
- JOLLY Margaret, « Custom and the Way of the Land: Past and Present in Vanuatu and Fiji », *Oceania*, 1992, vol. 62, n° 4, p. 330-354.
- JUILLERAT Bernard, *Les Enfants du sang. Société, reproduction et imaginaire en Nouvelle-Guinée.*, Paris, Les Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 1986, 574 p.
- KASARHEROU Christiane, *Contribution à l'étude de démographie historique de la Nouvelle-Calédonie, 1853-1920*, Nouméa, Centre territorial de recherche et de documentation pédagogiques, 1988.
- KATZ Arlene M. et ALEGRIA Margarita, « The Clinical Encounter as Local Moral World: Shifts of Assumptions and Transformation in Relational Context », *Social Science & Medicine*, 2009, n° 68, p. 1238-1246.

KECK Frédéric, « Mentalité mythique ou mystique ? Maurice Leenhardt et Lucien Lévy-Bruhl » dans Michel Naepels et Christine Salomon (eds.), *Terrains et destins de Maurice Leenhardt*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2007, p. 51-67.

KEESING Roger M., « Creating the Past: Custom and Identity in the Contemporary Pacific », *The Contemporary Pacific*, 1989, p. 19-42.

KEESING Roger M., « Conventional Metaphors and Anthropological Metaphysics: The Problematic of Cultural Translation », *Journal of Anthropological Research*, 1985, vol. 41, n° 2, p. 201-217.

KELLER Richard C., « Between Clinical and Useful Knowledge » dans *Colonial Madness: Psychiatry in French North Africa*, Chicago, University of Chicago Press, 2008, p. 122-161.

KELLER Richard C., *Colonial Madness: Psychiatry in French North Africa*, Chicago, University of Chicago Press, 2008.

KHALFA Jean, « Fanon, psychiatre révolutionnaire » dans Frantz Fanon, Jean Khalifa et Robert JC Young (eds.), *Écrits sur l'aliénation et la liberté*, Paris, La Découverte, 2015, p. 137-167.

KHALFA Jean et YOUNG Robert JC, « Introduction générale » dans Frantz Fanon, Jean Khalifa et Robert JC Young (eds.), *Écrits sur l'aliénation et la liberté*, Paris, La Découverte, 2015, p. 7-64.

KILROY-MARAC Katie, *An Impossible Inheritance. Postcolonial Psychiatry and the Work of Memory in a West African Clinic*, Berkeley, University of California Press, 2019, 288 p.

KILROY-MARAC Katie, « Speaking with revenants: Haunting and the ethnographic enterprise », *Ethnography*, 2014, vol. 15, n° 2, p. 255-276.

KLEINMAN Arthur, *Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia and Pain in Modern China*, New Haven, Yale University Press, 1986, 264 p.

KLEINMAN Arthur, *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkeley, University of California Press, 1980, vol.3, 448 p.

KLEINMAN Arthur et BENSON Peter, « Anthropology in the Clinic: the Problem of Cultural Competency and How to Fix it », *PLoS medicine*, 2006, vol. 3, n° 10, p. 1673-1676.

KURTOVITCH Ismet, *La Vie politique en Nouvelle-Calédonie : 1940-1953*, Université de la Nouvelle-Calédonie, 1998.

LACHAUME Patrick, « L'hystérie délirante canaque », *L'Information psychiatrique*, 1987, vol. 63, n° 10, p. 1249-1257.

LACHENAL Guillaume, « Le médecin qui voulut être roi : Médecine coloniale et utopie au Cameroun », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2009, vol. 65, n° 1, p. 121-156.

LAINÉ Agnès (ed.), *La Drépanocytose. Regards croisés sur une maladie orpheline*, Paris, Karthala, 2004, 331 p.

LAMBERT Père, *Moeurs et Superstitions des Néo-calédoniens*, Nouméa, Société d'études historiques de la Nouvelle-Calédonie, 1976.

LANGE Raeburn, *Indigenous Leadership in Nineteenth Century Pacific Islands Christianity*, Canberra, Macmillan Brown Centre for Pacific Studies, 2005.

LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentation étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot, 1986, 411 p.

LAURENT Dominique, BOURDY Geneviève, AMADE Philippe, CABALION Pierre et BOURRET Dominique, *La Gratte ou ciguatera. Ses remèdes traditionnels dans le Pacifique sud*, Marseille, IRD Editions, 1993.

LAUX Claire, « Les Missionnaires et les autres : les acteurs de la première évangélisation de l'Océanie face aux autres Occidentaux », *Histoire et missions chrétiennes*, 2011, n° 4, p. 25-41.

LE MEUR Pierre-Yves, « Mobilité, autochtonie et citoyenneté : terrains africains et propositions océanistes » dans Marie Salaün, Martin Thibault et Natacha Gagné (eds.), *Autochtonies. Vues de France et du Québec*, Laval, Presses de l'Université de Laval, 2009, p. 379-400.

LEBLIC Isabelle, « Les Kanak et les rêves ou comment redécouvrir ce que les ancêtres n'ont pas transmis (Nouvelle-Calédonie) », *Le Journal de la Société des Océanistes*, 2010, n° 130-131, p. 105-118.

LECA Antoine, « Et si pour aller en avant, il fallait regarder en arrière? Réflexions sur le décret Moutet du 30 décembre 1936 », *Les Cahiers de droit de la santé du Sud-Est*, 2006, numéro spécial "La psychiatrie est-elle soluble dans le droit médical ?", n° 6, p. 113-136.

LEENHARDT Maurice, « Formes mythiques de la vie chez les Mélanésiens », *Gradhiva*, 2000, n° 27, p. 89-105.

LEENHARDT Maurice, *Notes d'ethnologie néo-calédonienne*, Paris, Institut d'ethnologie, Musée de l'Homme, 1980, 340 p.

LEENHARDT Maurice, *Gens de la grande terre*, 9^e éd., Paris, Gallimard (coll. « L'espèce humaine »), 1953, 229 p.

LEENHARDT Maurice, *Do kamo. La personne et le mythe dans le monde mélanésien*, Paris, Gallimard, 1947, 322 p.

LEENHARDT Maurice, « Totem et identification », *Revue de l'histoire des religions*, 1944, vol. 127, 1/3, p. 5-17.

LEENHARDT Maurice, « La Personne mélanésienne », *École pratique des hautes études, Section des sciences religieuses*, 1939, p. 5-36.

LEENHARDT Maurice, « Le Temps et la personnalité chez les Canaques de la Nouvelle-Calédonie », *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 1937, vol. 124, 9/10, p. 43-58.

LEENHARDT Maurice, *La Grande Terre*, Paris, Société des Missions Evangéliques, 1909, 82 p.

LEFEVRE Tate, *Creating Kanaky: Indigeneity, Youth and the Cultural Politics of the Possible*, New York University, New York, 2013, 413 p.

LEGEARD Luc, « Kanak et Polynésien à la Réunion, un épisode méconnu de l'engagisme », *Annales d'histoire calédonienne*, 2008, vol. 2, p. 187-194.

LEMELSON Robert, *Afflictions: Culture and Mental Illness in Indonesia*, s.l., Documentary Educational Resources, 2010.

LENORMAND Maurice H., *Dictionnaire de la langue de Lifou. Le Qene Drehu*, Nouméa, Le Rocher à la voile, 1999, 538 p.

LENORMAND Maurice H., « Le Mariage à Lifou, coutumes et acculturation », *Journal de la Société des Océanistes*, 1970, tome 26, numéro 26, p. 39-54.

LENORMAND Maurice H., « Vocabulaire des noms de plantes médicinales et alimentaires utilisées par les Mélanésien de Lifou (Iles Loyalty) », *Journal d'agriculture tropicale et de botanique appliquée, Muséum national d'histoire naturelle*, 1968, vol. 15, n° 4-6, p. 172-194.

LENORMAND Maurice H., « L'Evolution politique des autochtones de la Nouvelle-Calédonie », *Journal de la Société des océanistes*, 1953, tome 9, p. 245-299.

LENORMAND Maurice H., « Connaissance du corps et prise en compte de la personne chez le mélanésien de Lifou (îles Loyalty) », *Journal de la Société des Océanistes*, 1950, tome 6, p. 33-65.

LEPOUTRE Marie, « Le Pluralisme médical à Lifou » dans Alban Bensa et Isabelle Leblic (eds.), *En Pays kanak*, Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 2000, p. 293-309.

LEPOUTRE Marie, *D'une Médecine à l'autre. Grossesse et Enfancement : Ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie)*, EHESS, Marseille, 1997.

LERCARI Claude, SAM Léonard Drilë, VERNAUDON Jacques et GOWE Marc, *Langue de Lifou. Qene drehu. Méthode d'initiation*, Nouméa, Centre de Documentation Pédagogique de Nouvelle-Calédonie, 2001, Tome 1, 288 p.

LESLIE Charles, « Indigenous Pharmaceuticals, the Capitalist World System and Civilization », *Kroeber Anthropological Society Papers*, 1989, vol. 69-70, p. 23-31.

LESLIE Charles, « Medical Pluralism in World Perspective », *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 1980, vol. 14, n° 4, p. 191-195.

LESLIE Charles, *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, Berkeley, University of California Press, 1976, vol.3, 419 p.

LESLIE Charles et YOUNG Allan (eds.), *Paths to Asian Medical Knowledge*, Berkeley, University of California Press, 1992.

- LEVY-BRUHL Lucien, *La Mentalité primitive*, Paris, Librairie Félix Alcan, 1922, 537 p.
- LILOMAIAVA-DOKTOR Sa'iliemanu, « Beyond "Migration": Samoan Population Movement (Malaga) and the Geography of Social Space (Vä) », *The Contemporary Pacific*, 2009, vol. 21, n° 1, p. 1-32.
- LORMEE Nicolas, CABALION Pierre et HNAWIA Edouard Salkule, *Hommes et plantes de Maré. Îles Loyauté, Nouvelle-Calédonie. Nodei ngom ne yeserei ri node Nengone*, Marseille, IRD Editions, 2011, 358 p.
- LORMEE Nicolas, CABALION Pierre, HNAWIA Edouard Salkule et LAUTURE Hervé DE, « Enquête sur la médecine traditionnelle et les plantes médicinales de l'île de Maré », *Ethnopharmacologia*, 2010, n° 45, p. 73-76.
- LOWE Edward D., « Social Change and Micronesian Suicide Mortality: A Test of Competing Hypotheses », *Cross-Cultural Research*, 2019, vol. 53, n° 1, p. 3-32.
- LOWE Edward D., « Epidemic Suicide in the Context of Modernizing Social Change in Oceania: A Critical Review and Assessment », *The Contemporary Pacific*, 2019, vol. 31, n° 1, p. 105-138.
- LUHRMANN Tanya, « Introduction » dans Tanya Luhrmann et Jocelyn Marrow (eds.), *Our Most Troubling Madness: Case Studies in Schizophrenia Across Cultures*, Berkeley, University of California Press, 2016, p. 1-25.
- LUHRMANN Tanya Marie, « Social Defeat and the Culture of Chronicity: Or, Why Schizophrenia Does so Well Over There and so Badly Here », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2007, vol. 31, n° 2, p. 135-172.
- LUHRMANN Tanya et MARROW Jocelyn, *Our Most Troubling Madness: Case Studies in Schizophrenia Across Cultures*, Berkeley, University of California Press, 2016, 304 p.
- LUTZ Catherine, « The Gender of Theory » dans Ruth Behar et Deborah A. Gordon (eds.), *Women Writing Culture/Culture Writing Women*, Berkeley, Berkeley University Press, 1995, p. 249-266.
- MACFARLANE Samuel, *The Story of the Lifu Mission*, Londres, Ballantine and Company, 1873, 415 p.
- MACMILLAN BROWN John, « Aboriginal Decay in the Pacific Ocean », *Journal of Race Development*, 1916, vol. 6, n° 3, p. 277-284.
- MAHONE Sloan et VAUGHAN Megan, *Psychiatry and Empire*, New York, Palgrave Macmillan, 2007.
- MANN Gregory, « What was the Indigénat? The 'Empire of Law' in French West Africa », *The Journal of African History*, 2009, vol. 50, n° 3, p. 331-353.
- MARCUS George E., « Ethnography in/of the World System: The Emergence of multi-sited Ethnography », *Annual Review of Anthropology*, 1995, p. 95-117.
- MAUGER Gérard, « Enquêter en milieu populaire », *Genèses*, 1991, vol. 6, n° 1, p. 125-143.

- MAUSS Marcel, *Essai sur le don*, Paris, Presses Universitaires de France (coll. « Quadrige »), 1925, 252 p.
- MEAD George Herbert, *Mind, Self, and Society: from the Standpoint of a Social Behaviorist*, Chicago, University of Chicago Press, 1934, 400 p.
- MERLE Isabelle, « La Nouvelle-Calédonie, terre d'expériences coloniales », *Hermès, La Revue*, 2013, n° 1, p. 50-51.
- MERLE Isabelle, « De la "légalisation" de la violence en contexte colonial. Le régime de l'indigénat en question », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 2004, p. 137-162.
- MERLE Isabelle, « Retour sur le régime de l'indigénat : Genèse et contradictions des principes répressifs dans l'empire français », *French Politics, Culture & Society*, 2002, vol. 20, n° 2, p. 77-97.
- MERLE Isabelle, « Introduction », *Genèses*, 2001, Rencontre(s) coloniale(s), n° 43, p. 2-5.
- MERLE Isabelle, « De l'idée de cantonnement à la constitution de réserves. La définition de la propriété indigène » dans Alban Bensa et Isabelle Leblic (eds.), *En Pays kanak : Ethnologie, linguistique, archéologie, histoire de la Nouvelle-Calédonie*, Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 2000, vol.14, p. 217-234.
- MERLE Isabelle, « Le Régime de l'indigénat et l'impôt de capitation en Nouvelle-Calédonie. De la force et du droit. La genèse d'une législation d'exception ou les principes d'un ordre colonial » dans Alain Saussol et Joseph Zitomersky (eds.), *Colonies, Territoires, Sociétés. L'enjeu français*, Paris, L'Harmattan, 1996.
- MERLE Isabelle, *Expériences coloniales : la Nouvelle-Calédonie, 1853-1920*, Paris, Belin, 1995, 479 p.
- METAIS Eliane, *La Sorcellerie canaque actuelle les « tueurs d'âme » dans une tribu de la Nouvelle-Calédonie*, Paris, Musée de l'Homme (coll. « Publications de la Société des Océanistes »), 1967, 420 p.
- METZL Jonathan M., *The Protest Psychosis: How Schizophrenia Became a Black Disease*, Boston, Beacon Press, 2009, 272 p.
- MIGNON Mathilde, *Folles mémoires d'un Caillou*, s.l., La Sept Arte, Les Films d'ici, 1997.
- MILA-SCHAAF Karlo, « Vä-centred Social Work: Possibilities for a Pacific Approach to Social Work Practice », *Social Work Review*, 2006, vol. 18, n° 1, p. 8-13.
- MOKADDEM Hamid, *Pratique et Théorie kanak de la Souveraineté*, Nouvelle-Calédonie, Editions de la Province Nord, 2009, 144 p.
- MOOREHEAD Alan et MOOREHEAD Lucy, *The Fatal Impact*, Londres, Hamilton, 1969.
- MOUCHENIK Yoram, « Maurice Leenhardt et l'invention d'une personnalité indigène en Nouvelle-Calédonie », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2006, vol. 164, n° 8, p. 659-667.

MOUCHENIK Yoram, *L'Enfant vulnérable : psychothérapie transculturelle en pays Kanak, Nouvelle Calédonie*, Grenoble, La Pensée sauvage, 2004, 256 p.

MOUCHENIK Yoram, « La Psychiatrie coloniale en Nouvelle-Calédonie », *Le Journal de la Société des Océanistes*, 2001, n° 113, p. 109-119.

MOYSE-FAURIE Claire, *Le Drehu : langue de Lifou (îles Loyauté). Phonologie, morphologie, syntaxe*, Paris, Société d'études linguistiques et anthropologiques de France (coll. « Langues et cultures du Pacifique »), 1983, 212 p.

MUCKLE Adrian, « The Presumption of Indigeneity », *The Journal of Pacific History*, 2012, vol. 47, n° 3, p. 309-328.

MUCKLE Adrian, « Troublesome Chiefs and Disorderly Subjects: The Indigénat and the Internment of Kanak in New Caledonia (1887–1928) », *French Colonial History*, 2010, vol. 11, n° 1, p. 131-160.

MURPHY Robert F., SCHEER Jessica, MURPHY Yolanda et MACK Richard, « Physical Disability and social Liminality: A Study in the Rituals of Adversity », *Social Science & Medicine*, 1988, vol. 26, n° 2, p. 235-242.

MURRAY Archibald W. Wright, *Missions in Western Polynesia: Being Historical Sketches of these Missions, from their Commencement in 1839 to the Present Time*, Londres, John Snow, 1863.

NAEPELS Michel, *Conjurer la guerre : violence et pouvoir à Houaïlou, Nouvelle-Calédonie*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (coll. « En temps & lieux »), 2013, 287 p.

NAEPELS Michel, « Mobilisations au sortir de l'indigénat » dans *Conjurer la guerre : violence et pouvoir à Houaïlou, Nouvelle-Calédonie*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (coll. « En temps & lieux »), 2013, p. 149-188.

NAEPELS Michel, « L'Espionnage sans trêve et la curiosité de tout », *L'Homme*, 2012, n° 3, p. 77-102.

NAEPELS Michel, « Un perpétuel principe d'inquiétude », *L'Homme*, 2012, n° 3, p. 7-17.

NAEPELS Michel, *Ethnographie, pragmatique, histoire*, Paris, Publications de la Sorbonne, 2011, 192 p.

NAEPELS Michel, « Notion de personne et dynamique missionnaire » dans Michel Naepels et Christine Salomon (eds.), *Terrains et destins de Maurice Leenhardt*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2007, p. 69-91.

NAEPELS Michel, « Identités post-coloniales en Mélanésie », Nouméa, 2004.

NAEPELS Michel, « Partir à Nouméa. Remarques sur les migrants originaires de la région ajië » dans Alban Bensa et Isabelle Leblic (eds.), *En Pays kanak*, Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 2000, p. 355-366.

NAEPELS Michel, « Une étrange étrangeté : remarques sur la situation ethnographique », *L'Homme*, 1998, p. 185-199.

NAEPELS Michel, *Histoires de terres kanakes : conflits fonciers et rapports sociaux dans la région de Houailou (Nouvelle-Calédonie)*, Paris, Belin (coll. « Socio-histoires »), 1998, 379 p.

NAEPELS Michel et SALOMON Christine, *Terrains et destins de Maurice Leenhardt*, Paris, Ed. Ecole des hautes études en sciences sociales, 2007.

NAEPELS Michel et SALOMON Christine, *Terrains et destins de Maurice Leenhardt*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2007.

NANDY Ashis, *Science, Hegemony and Violence: A Requiem for Modernity*, Tokyo, Delhi, The United Nations University-Oxford University Press, 1988, 301 p.

NAYRAL Mélissa et NICOLAS Hélène, « La Méthodologie de l'observation participante au regard du genre, de l'âge et de la "race". Ouvéa et Lifou, Nouvelle-Calédonie » dans Clémentine Gutron et Vincent Legrand (eds.), *Eprouver l'altérité. Les Défis de l'enquête de terrain*, Louvain-La-Neuve, Presses Universitaires de Louvain, 2016, p. 165-181.

NICOLAS, « Comment on peut installer à peu de frais une infirmerie indigène », *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 1909, vol. 3, p. 157-160.

NICOLAS Hélène, « Patriarcat kanak, patriarcat colonial », *Mouvements*, 2017, n° 3, p. 114-121.

NICOLAS Hélène, « Devenir époux/épouse. Les premiers amours comme socialisation à une conjugalité violente (Lifou, Kanaky-Nouvelle-Calédonie) », *Genre, sexualité & société*, 2016, n° 15.

NICOLAS Hélène, *La Fabrique des époux : approche anthropologique et historique du mariage, de la conjugalité et du genre (Lifou, Nouvelle Calédonie)*, Université Aix-Marseille, Marseille, 2012, 854 p.

NOIRIEL Gérard, « Journal de terrain, journal de recherche et auto-analyse. Entretien avec Florence Weber », *Genèses*, 1990, vol. 2, n° 1, p. 138-147.

OGIER-GUINDO Julia, « Le Pays invisible. Représentations de la mort dans les discours cérémoniels kanak (Nouvelle-Calédonie) », *Cahiers de littérature orale*, 2011, n° 69, p. 79-106.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, *La Rigueur du qualitatif. Les Contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-La-Neuve, Academia (coll. « Anthropologie prospective »), 2008, 365 p.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, « Le "je" méthodologique : Implication et explicitation dans l'enquête de terrain », *Revue Française de Sociologie*, juillet 2000, vol. 41, n° 3, p. 417-445.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, « La Politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête. Archives de la revue Enquête*, 1995, n° 1, p. 71-109.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, « La logique de la nomination. Représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger », *Sciences Sociales et Santé*, 1994, p. 15-45.

O'REILLY Patrick, « Introduction » dans *Moeurs et Superstitions des Néocalédoniens*, Père Lambert, Nouméa, Société d'études historiques de la Nouvelle-Calédonie, 1976.

PAINI Anna, *Boundaries of Difference : Geographical and Social Mobility by Lifuan Women*, Australian National University, Canberra, 1993.

PAPERMAN Patricia, *Care et sentiments*, Paris, Presses Universitaires de France, 2013, 67 p.

PAREDES Julieta, *Hilando Fino. Desde el feminismo comunitario*, La Paz, Comunidad Mujeres Creando Comunidad, 2014, 125 p.

PASSERON Jean-Claude, « Biographies, flux, itinéraires, trajectoires », *Revue française de sociologie*, 1990, vol. 31, n° 1, p. 3-22.

PEROUSE DE MONTCLOS Marie-Odile, *Bilan d'activité du Service de pédopsychiatrie de 1991 à 1996*, Nouméa, Centre Hospitalier Spécialisé Albert Bousquet, 1996.

PETER Eugénie, *La Lutte contre la lèpre aux antipodes*, s.l., Société des Missions Evangéliques, 1938.

PETRON Marcel, *L'île Nou, Nouvelle-Calédonie*, s.l., 1987, 162 p.

PFEIFFER C., « Le concept de dépression en milieu mélanésien », *Revue Française de Psychiatrie*, 1989, n° 3, p. 14-16.

POINSO F. et VEDIE C., « Etude statistique des maladies mentales en Nouvelle-Calédonie », *Annales médico-psychologiques*, 1991, vol. 149, n° 8, p. 663-673.

POLS Hans, *Nurturing Indonesia: Medicine and Decolonisation in the Dutch East Indies*, Cambridge, Cambridge University Press, 2018.

POLS Hans, « The Insults of Colonial Psychiatry and the Psychological Damage of Colonialism » dans *Nurturing Indonesia: Medicine and Decolonisation in the Dutch East Indies*, Cambridge, Cambridge University Press, 2018, p. 116-137.

PORDIE Laurent et SIMON Emmanuelle, « Que sont les guérisseurs devenus ? Le monde des soins à l'heure de la globalisation » dans Laurent Pordie et Emmanuelle Simon (eds.), *Les Nouveaux guérisseurs : Biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2013, p. 9-35.

PORDIE Laurent et SIMON Emmanuelle (eds.), *Les Nouveaux guérisseurs : Biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2013, 301 p.

RALLU Jean-Louis, *Les Populations océaniques aux XIXe et XXe siècles*, Paris, Ined, 1990, vol.128.

RAY Sidney H., « The People and Language of Lifu, Loyalty Islands », *The Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland*, 1917, vol. 47, p. 239-322.

RAYSSÉ Pierre et CUEGNIET Gérard, « De l'assistance psychiatrique en Nouvelle-Calédonie, 2 : petite chronique d'une terre d'exil », *Nervure*, vol. 6, n° 4, p. 71-81.

REBOUL Henry et REGIS Emmanuel, *L'Assistance des aliénés aux colonies, Rapport au Congrès de Tunis (1-7 avril 1912)*, Paris, Masson, 218 p.

RECHTMAN Richard, « La Psychiatrie à l'épreuve de l'altérité. Perspectives historiques et enjeux actuels » dans Didier Fassin (ed.), *Les Nouvelles frontières de la société française*, Paris, La Découverte, 2010, p. 101-128.

RENAHY Nicolas, *Les Gars du coin. Enquête sur une jeunesse rurale*, Paris, Découverte (coll. « Textes à l'appui »), 2005, 284 p.

RETIÈRE Jean-Noël, « Autour de l'autochtonie. Réflexions sur la notion de capital social populaire », *Politix*, 2003, vol. 16, n° 63, p. 121-143.

RICHARDSON Eugene T., BARRIE Mohamed Bailor, NUTT Cameron T., KELLY J. Daniel, FRANKFURTER Raphael, FALLAH Mosoka P. et FARMER Paul E., « The Ebola Suspect's Dilemma », *The Lancet. Global Health*, 2017, vol. 5, n° 3, p. 254-256.

RICŒUR Paul, *Temps et récit I. L'intrigue et le récit historique*, Paris, Seuil, 1983, 320 p.

RIVERS William Halse, *Medicine, Magic, and Religion: the Fitzpatrick Lectures delivered before the Royal College of Physicians of London in 1915 and 1916*, Londres, New York, Harcourt, Brace & Company, 1924.

RIVERS William Halse (ed.), *Essays on the Depopulation of Melanesia*, Cambridge, Cambridge University Press, 1922.

SAADA Emmanuelle, « Citoyens et sujets de l'Empire français. Les usages du droit en situation coloniale », *Genèses*, 2003, n° 53, p. 4-24.

SALAÛN Marie, *Décoloniser l'école ? Hawaï'i, Nouvelle-Calédonie. Expériences contemporaines*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013, 304 p.

SALAÛN Marie, *L'école indigène : Nouvelle-Calédonie, 1885-1945*, Rennes, Presses Universitaires De Rennes, 2005.

SALAÛN Marie, THIBAUT Martin et GAGNE Natacha (eds.), *Autochtonies. Vues de France et du Québec*, Laval, Presses de l'Université de Laval (coll. « Mondes autochtones »), 2009, 552 p.

SALOMON Christine, « Quatre décennies de féminisme kanak », *Mouvements*, 2017, n° 3, p. 55-66.

SALOMON Christine, *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, Paris, Presses Universitaires de France, 2000, 159 p.

SALOMON Christine, « Hommes et femmes. Harmonie d'ensemble ou antagonisme sourd ? » dans Alban Bensa et Isabelle Leblic (eds.), *En Pays Kanak*, Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 2000, vol.14, p. 311-338.

SAM Léonard Drilë, *Dictionnaire Drehu-Français (Lifou, Nouvelle-Calédonie) : suivi d'un lexique français-drehu (pour débutants)*, Nouméa, Centre Territorial de Recherche et de Documentation Pédagogiques, 1995, 262 p.

SAND Christophe, *Le Temps d'avant, la préhistoire de la Nouvelle-Calédonie. Contribution à l'étude des modalités d'adaptation et d'évolution des sociétés océaniques dans un archipel du Sud de la Mélanésie*, Paris, L'Harmattan, 1995, 365 p.

SAND Christophe, BOLE Jacques et OUETCHO André, « Les Sociétés préeuropéennes de Nouvelle-Calédonie et leur transformation historique. L'apport de l'archéologie » dans Alban Bensa et Isabelle Leblic (eds.), *En Pays kanak*, Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 2000, p. 171-194.

SAUSSOL Alain, « La Terre et la confrontation des hommes en Nouvelle-Calédonie », *Les Temps modernes*, 1985, vol. 464, p. 1612-1622.

SAUSSOL Alain, *L'Héritage. Essai sur le problème foncier mélanésien en Nouvelle-Calédonie*, Paris, Publication de la Société des océanistes, 1979.

SCHWARTZ Olivier, *Le monde privé des ouvriers*, Paris, Presses Universitaires de France, 2012.

SCOTT James C., *La Domination et les arts de la résistance. Fragments du discours subalterne*, Paris, Editions Amsterdam, 2008, 270 p.

SELOD Sophia, *Difficultés diagnostiques chez les patients d'une autre culture : pourquoi certains patients dépressifs sont-ils diagnostiqués comme psychotiques*, Université de Lille, 1998.

SERVY Alice, « Bingo et enjeux sociaux : l'exemple de la communauté urbaine de Seaside Tongoa à Port-Vila (Vanuatu) », *Journal de la Société des Océanistes*, 2011, n° 133, p. 285-298.

SHINEBERG Dorothy, *They Came for Sandalwood: A Study of the Sandalwood Trade in the South-West Pacific 1830–1865*, Brisbane, University of Queensland Press, 2014.

SHINEBERG Dorothy, *The People Trade: Pacific Island Laborers and New Caledonia, 1865-1930*, Honolulu, University of Hawaii Press, 1999.

SHINEBERG Dorothy, « Un Nouveau regard sur la démographie historique de la Nouvelle-Calédonie. », *Journal de la Société des Océanistes*, 1983, vol. 39, n° 76, p. 33–43.

SHINEBERG Dorothy, *The Trading Voyages of Andrew Cheyne, 1841-1844*, Canberra, Australian National University Press, 1971.

SHINEBERG Dorothy, « The Sandalwood Trade in Melanesian Economics, 1841–65 », *The Journal of Pacific History*, 1966, vol. 1, p. 129-146.

SINDZINGRE Nicole, « La Nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les Senufo » dans Marc Augé et Claudine Herzlich (eds.), *Le Sens du mal*, Paris, Éditions des Archives contemporaines, 1984, p. 93-122.

SMITH Linda Tuhiwai, *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*, New York; London, Zed Books Ltd., 2013.

SOLER Nathanaëlle, *Gendered Violence and Silence in the “Country of the unspoken”: reflections on Ethnographic Writing in New Caledonia*, <http://anthropologyofsilence.com/2018/03/08/gendered-violence-and-silence-in-the-country-of-the-unspoken-reflections-on-ethnographic-writing-in-new-caledonia/> , 8 mars 2018.

SOLER Nathanaëlle, *Théâtre pour le développement et prévention du sida au Vanuatu : Monographie du Wan Smolbag Theater*, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 2012, 197 p.

STOLER Ann Laura, *Carnal Knowledge and imperial Power: Race and the Intimate in colonial Rule*, Berkeley, University of California Press, 2002.

STOLER Ann Laura, « Rethinking Colonial Categories: European Communities and the Boundaries of Rule », *Comparative Studies in Society and History*, 1989, vol. 31, n° 1, p. 134-161.

STRATHERN Marilyn, *The Gender of the Gift: Problems with Women and Problems with Society in Melanesia*, Berkeley, University of California Press, 1990, 440 p.

STUBER-VANDAME Sanga, *Qui met la pierre à l'édifice ? L'offre de soin au Vanuatu entre kastom et aide au développement*, Mémoire de Master, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 2016, 119 p.

THOMAS Nicholas, *Entangled Objects: Exchange, material Culture, and Colonialism in the Pacific*, Cambridge, Harvard University Press, 2009.

TISSEUIL, « Les Léproseries partielles en Nouvelle-Calédonie », *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 1929, p. 95-114.

TJIBAOU Jean-Marie, *La Présence kanak*, Paris, Odile Jacob, 1996, 326 p.

TODD Zoe, *The Decolonial Turn 2.0: the reckoning*, <https://anthrodendum.org/2018/06/15/the-decolonial-turn-2-0-the-reckoning/> , 15 juin 2018.

TREPIED Benoît, « Le sang, le nom, la coutume », *Ethnologie française*, 2018, n° 1, p. 57-68.

TREPIED Benoît, « « La décolonisation sans l'indépendance ? » Sortir du colonial en Nouvelle-Calédonie (1946-1975) », *Genèses*, 2013, vol. 2, n° 91, (coll. « Genèses »), p. 7-27.

TREPIED Benoît, « Chefferie, Bétail et Politique : un notable kanak contre la revendication d'indépendance en Nouvelle-Calédonie », *Anthropologica*, 2013, n° 55, p. 335-348.

TREPIED Benoît, « Recherche et décolonisation en Nouvelle-Calédonie contemporaine : lectures croisées », *Revue d'histoire des sciences humaines*, 2011, n° 1, p. 159-187.

TREPIED Benoît, *Une Mairie dans la France coloniale. Koné, Nouvelle-Calédonie*, Paris, Karthala, 2010.

TREPIED Benoît et WITTERSHEIM Eric, « Une Anthropologie au service de la réforme coloniale. Jean Guiart et l'Union française dans le Pacifique (1947-1957) », *Carnet de Bérose*, 2019, n° 11, p. 259-289.

TURNER Victor, *Les Tambours d'affliction*, Paris, Gallimard, 1972.

TURNER Victor, *The Forest of Symbols: Aspects of Ndembu Ritual*, Ithaca, Cornell University Press, 1967, 405 p.

TYLOR Edward Burnett, *Primitive Culture: Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Art, and Custom*, Londres, J. Murray, 1871, vol.2.

VAUGHAN Ashley M., *The Gift and the Road: Exploring the Meanings of Health and Illness in Tautu, Vanuatu*, University of Hawai'i at Manoa, Honolulu, 2013, 344 p.

VIGNIER Nicolas, LERT France, SALOMON Christine et HAMELIN Christine, « Kava Drinking associated with Suicidal Behaviour among Young Kanaks using Kava in New Caledonia », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2011, vol. 35, n° 5, p. 427-433.

VINSON L-P. Eugène, *Eléments d'une topographie médicale de la Nouvelle-Calédonie et de l'Île des Pins*, Paris, 1858.

WEBER Florence, *Le Travail à-côté : étude d'ethnographie ouvrière*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2001, 207 p.

WEBER Florence, « L'Enquête, la recherche et l'intime ou : pourquoi censurer son journal de terrain ? », *Espaces Temps*, 1991, n° 47-48, p. 77-81.

WEBER Max, *Le Savant et le Politique*, Paris, Plon, 1959, 230 p.

WENDT Albert, « Afterword: Tatauing the Post-Colonial Body » dans Vilsoni Hereniko et Rob Wilson (eds.), *Inside Out: Literature, Cultural Politics, and Identity in the New Pacific*, Lanham, Rowman & Littlefield, 1999.

WEST Paige, *From Reciprocity to Relationality: Anthropological Possibilities*, <https://culanth.org/fieldsights/1525-from-reciprocity-to-relationality-anthropological-possibilities>, 26 septembre 2018.

WORMS René, REGELSPERGER Gustave, BOURDARIE Paul et GAILLARD L, *Congrès colonial français de 1905 : séance d'ouverture, compte rendu des conférences et des séances de section, analyse des travaux, rapport général*, Paris, Secrétariat général des Congrès coloniaux français, 1905.

WHYTE Susan Reynolds et INGSTAD Benedicte, « Disability and Culture: An Overview » dans Benedicte Ingstad et Susan Reynolds Whyte (eds.), *Disability and Culture*, Berkeley, University of California Press, 1995, p. 3-33.

WITTERSHEIM Éric, *Des Sociétés dans l'Etat. Anthropologie et situations postcoloniales en Mélanésie*, Paris, Aux lieux d'être, 2006.

WITTERSHEIM Eric, « Les Chemins de l'authenticité : les anthropologues et la renaissance mélanésienne », *L'Homme*, 1999, p. 181-205.

YOUNG Allan, « The Anthropologies of Illness and Sickness », *Annual Review of Anthropology*, 1982, p. 257-285.

ZELDINE Georges, « La Leçon de Koné », *Les Nouvelles calédoniennes*, 31 janv. 1984 p.

ZELDINE Georges, « Transculture et psychiatrie », *L'Évolution Psychiatrique*, 1982, vol. 47, n° 4, p. 967-973.

ZELDINE Georges, « Sociologie des maladies mentales en Nouvelle-Calédonie (approche statistique), 1965–1977 », *Annales médico-psychologiques*, 1981, vol. 139, n° 4, p. 385-408.

ZELDINE Georges, « Notes sur l'ethno-médecine canaque », *Médecine Tropicale*, 1981, vol. 41, n° 3, p. 315-325.

ZELDINE Georges, « Pensée mythique et maladies mentales : remarques ontologiques », *L'Évolution Psychiatrique*, 1977, vol. 42, n° 4, p. 1143-1166.

ZELDINE Georges, *Pour une sociologie des maladies mentales en Nouvelle-Calédonie*, s.l.

ZEMPLENI András (ed.), *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*, Paris, Société d'Ethnographie (coll. « L'Ethnographie »), 1985, vol.81, 218 p.

ZOLA Irving Kenneth, *Missing Pieces: A Chronicle Of Living With A Disability*, Philadelphie, Temple University Press, 1982, 256 p.

ZORN Jean-François, « 4. La Mission protestante dans le Pacifique : perte et recomposition des identités sociopolitiques, culturelles et religieuses » dans *Missionnaires chrétiens*, Paris, Autrement, 2008, p. 65-86.

Rapports et documents institutionnels

« Accord sur la Nouvelle-Calédonie signé à Nouméa le 5 mai 1998 », *Journal Officiel de la République Française*, n°121, 27 mai 1998, page 8039

AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE, *Baromètre santé jeunes de Nouvelle-Calédonie - résultats généraux 2014*, Nouméa, 2016.

CENTRE HOSPITALIER ALBERT BOUSQUET, *Projet d'établissement 2005-2010*, Nouméa, 2005.

CENTRE HOSPITALIER ALBERT BOUSQUET, *La Santé mentale en Nouvelle-Calédonie : Collection des publications parues de 1967 à 1997*, Nouméa.

COMMISSION DU PACIFIQUE SUD, *Santé mentale dans le Pacifique sud. Rapport d'un groupe d'experts réunis à Suva (Fidji) du 19 au 22 mai, puis à Nouméa (Nouvelle-Calédonie) du 23 au 27 mai 1966*, Nouméa, 1967.

DIRECTION DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES, *Annexe 4 à la délibération n°171 du 25 janvier 2001 fixant le schéma d'organisation en faveur de la promotion de la santé mentale en Nouvelle-Calédonie*, Nouméa, 2016

GOUVERNEMENT DE LA NOUVELLE-CALEDONIE, *Plan de santé calédonien Do Kamo, être épanoui*, Nouméa, 2018.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Stratégie mondiale de l'OMS pour la Médecine traditionnelle pour 2002-2005*, Genève, 2002.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Medicinal Plants in the South Pacific*, Publications régionales de l'OMS, Série Pacifique occidental n° 19, Manille, 1998

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *La santé pour tous d'ici à l'an 2000. Stratégie mondiale*, Genève, 1980.

PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR L'ENVIRONNEMENT, *Protocole de Nagoya sur l'accès aux ressources génétiques et le partage juste et équitable des avantages découlant de leur utilisation relatif à la convention sur la diversité biologique*, Secrétariat de la Convention sur la diversité biologique, Montréal, 2012.

PROVINCE DES ÎLES, *Procès-verbal du 5 juin 2013*, Commission de la santé, des affaires sociales, du handicap et des problèmes de société, Wé, 2013.

PROVINCE DES ÎLES, *Procès-verbal du 27 avril 2011*, Commission de la santé, des affaires sociales, du handicap et des problèmes de société, Wé, 2011.

PROVINCE DES ÎLES, *Procès-verbal du 23 mars 2010*, Commission de la santé, des affaires sociales, du handicap et des problèmes de société, Wé, 2010.

PROVINCE DES ÎLES, *Procès-verbal du 2 août 2010*, Commission de la santé, des affaires sociales, du handicap et des problèmes de société, Wé, 2010.

SENAT COUTUMIER, *Charte du peuple kanak*, Nouméa, 2014.