

Psy

Psy Cause 69

2^{ème} quadrimestre 2015



en francophonie, les psy causent

Cause



Sommaire

Psy Cause : Introduction au dossier sur le Sénégal L'école Psychiatrique de Fann à Dakar	3
Dysfonctionnement érectile et culpabilité : à propos d'une observation Papa Lamine Faye, Abdoulaye Danfa, Ibrahima Ndiaye, Elhadj Makhtar Ba, Mamadou Habib Thiam.....	5
Psychopathologie d'un délire collectif : la folie à deux Papa Lamine Faye, Sokhna Seck, Magatte Kassé, Idrissa Ba, Mamadou Habib Thiam.....	8
Caractéristiques cliniques d'homicides commis par des malades mentaux au Sénégal Ida Sylla, Ndèye-Dialé Ndiaye-Ndongo, Lamine Fall, Abou Sy, Aminata-Ndabir Ndiaye, Mamadou Habib Thiam.....	12
Évaluation psychiatrique en droit pénal : étude d'une série de 219 rapports d'expertise colligés au service de psychia- trie du CHNU de Fann à Dakar Papa Lamine Faye, Sokhna Seck, Ndeye Awa Der Dieye, Ndeye Dialé Ndiaye Ndongo, Mamadou Habib Thiam.....	19
Bineta ou la peur d'être abandonné face au cancer : répercussions psychosociales du cancer du sein chez une patiente sénégalaise Elhadj Makhtar Ba, Abdoulaye Danfa, Magatte Kassé, Mama- dou Lamine Diouf, Mamadou Habib Thiam	28
Approche psychosociale d'une tentative de suicide par plaie du cou en milieu culturel Pulaar au Sénégal Elhadj Makhtar Ba, Abdoulaye Danfa, Magatte Kassé, Aida Sylla, Mamadou Habib Thiam.....	34
Particularités psychopathologiques et socioculturelles de l'addiction au cannabis chez les adolescents au Sénégal Idrissa Ba, Mamadou Lamine Diouf, Ndeye Awa Der Dieye, Momar Camara, Mamadou Habib Thiam.....	38
Fatou ou le malaise d'être femme soutien de famille Sokhna Seck, Momar Camara, Ibrahima Ndiaye, Aida Sylla, Mamadou Habib Thiam.....	45
Les troubles psychopathologiques de la gravidopuerpéralité : aspects épidémiologiques et formes cliniques au CHNU Fann de Dakar, Sénégal Ndeye Awa Der Dieye, Idrissa Ba, Ibrahima Ndiaye, Lamine Fall, Mamadou Habib Thiam	48
Le confinement à l'épreuve du temps Momar Camara, Ndeye Dialé Ndiaye Ndongo, Lamine Fall, Aida Sylla, Mamadou Habib Thiam.....	53
Pour une psychiatrie « sénégalaise » : Exemple d'une prise en charge impliquant les modèles psychopathologiques de la maladie mentale au Sénégal Momar Camara, Mamadou Lamine Diouf, Ndeye Dialé Ndiaye Ndongo, Lamine Fall, Mamadou Habib Thiam	60

Psy Cause

69

Mai - Août 2015
Revue quadrimestrielle

Dr J.-P. Bossuat
3 rue de la Balance - 84000 Avignon

Site web : <http://www.psychocause.info>

Prix du numéro : 15€

Infographie : Antidote Solutions Graphiques
06 79 80 14 35

Imprimeur : MC Caractère - Avignon 84
04 90 27 08 09

ISSN 1245-2394

Les deux voies de l'écriture



La revue *Psy Cause* change et ce N°69 est sur le plan de la forme, un numéro de transition. L'association *Psy Cause International* monte son propre organisme d'édition et entre dans une quatrième phase. Partout dans le monde, les revues se doivent d'évoluer en fonction des nouveaux moyens d'accès à l'écriture liés à la révolution du web : les écrans des ordinateurs, des tablettes numériques et des iPhones ont bouleversé l'usage du support papier. Toute publication qui ne prendrait pas en compte cette révolution de l'écrit comparable à l'invention de l'imprimerie, serait vouée à la disparition.

Notre première phase, de 1995 à 2000, correspond à l'époque où nous visions un mode de communication de proximité rapide et économique pour des échanges sur des pratiques soignantes dans des établissements psychiatriques du Sud Est de la France. Nos numéros se rapprochaient du polycopié, et seraient aujourd'hui des publications internet. Avec notre seconde phase, de 2001 à 2004, la revue est intégralement imprimée mais avec une infographie minimale. Le réseau français de *Psy Cause*, principalement implanté dans les hôpitaux publics, atteint son maximum. Et en 2004, nous franchissons le cap d'une conception professionnelle par un partenariat avec une editrice. Lequel va nous accompagner onze années durant, de 2004 à 2015. Le N°38 (dernier trimestre 2004), avec le compte rendu de notre premier voyage/congrès en Egypte, est un repère symbolique de la dynamique spécifique de cette troisième phase, celle de l'internationalisation progressive de la revue *Psy Cause*. Depuis trois années, cette évolution est aboutie. Le N°68 (premier quadrimestre 2015), dernier repère symbolique de la période, produit un dossier thématique international.

La question de l'équilibre entre le numérique et le support papier est, dans *Psy Cause*, en débat depuis 2013. Nous avons retenu le principe de développer le site de *Psy Cause* tout en conservant la revue qui pourra être diffusée de façon mixte : par des abonnements au PDF envoyé par courriel et par des abonnements papier. L'Egypte a été notre première terre de congrès hors de France : pendant les trois premiers millénaires de son histoire, elle a géré de façon originale l'invention de l'écriture avec une graphie noble et coûteuse sur la pierre d'éternité, et une graphie simplifiée sur des supports périssables. Au XXI^e siècle, notre revue *Psy Cause* a choisi de maintenir une publication imprimée de prestige avec un tirage plus restreint au bénéfice des auteurs, en particulier dans une optique universitaire, à côté d'une version dématérialisée.

Un second facteur qui a guidé notre choix est une spécificité de notre lectorat majoritairement présent en Afrique où l'accès à internet n'est, bien souvent, pas le premier mode d'accès à l'information scientifique. L'originalité de notre revue est de permettre l'expression de professionnels et de chercheurs dans des pays et régions du monde où les moyens en sont limités. Evidemment, pour que notre revue continue, elle doit accroître son niveau de qualité tout en diminuant son prix de revient. Nous n'avons d'autre choix que de reprendre la main sur l'édition à partir de ce N°69 consacré au Sénégal. C'est aussi le moment de mettre de la couleur dans la revue et d'amorcer une modification de notre identité visuelle afin qu'« en francophonie, les psy causent... »

Jean Paul Boisnat et Thierry Lavergne

Introduction au dossier sur le Sénégal



Le Pr Mamadou Habib Thiam

L'école Psychiatrique de Fann à Dakar : En hommage au Professeur Henri Collomb

L'histoire de la psychiatrie au Sénégal remonte au 20^e siècle, aux alentours des périodes d'indépendance. Auparavant, la prise en charge des troubles mentaux se basait sur la médecine traditionnelle dont seules certaines personnes privilégiées en détenaient les secrets. Pendant la période coloniale, l'attention sanitaire était focalisée beaucoup plus sur les gros problèmes de santé publique, telles que les maladies infectieuses et les maladies nutritionnelles. Les problèmes de santé mentale ne constituaient pas une priorité. Tout au plus, les malades mentaux étaient ils gardés dans des institutions de type asilaire (cabanons fermés au Cap Manuel à Dakar, cellules d'isolement à l'hôpital Le Dantec, pavillon asilaire fermé au Lazaret de Saint-Louis au nord du Sénégal).

C'est en 1956, que le service de psychiatrie de l'hôpital Fann fut créé. Il sera dirigé par le psychiatre français Henri Collomb. Ce médecin militaire a tout fait pour éviter de reproduire le modèle asilaire. Il en fera un service ouvert avec une possibilité de circulation entre le dedans et le dehors. Il instituera une autre approche de la psychiatrie avec une importance particulière accordée à la culture. Ainsi, il s'ouvrira davantage aux sciences sociales et fera appel à des psychologues, des sociologues, des ethnologues, des philosophes, des travailleurs sociaux, pour une approche plus globale et plus holistique de la santé mentale. Il collaborera aussi avec certains tradipraticiens pour tenter de mieux cerner la problématique des troubles psychiques au Sénégal.

Collomb apportera cependant quelques aménagements institutionnels, tels que l'hospitalisation du malade avec un membre de la famille, l'organisation de repas communautaires, de séances de thé et du pënc. Le pënc est une réunion de l'ensemble du personnel médical, paramédical et des membres de la famille des malades, dans des séances ouvertes au public et où le malade est libre de s'exprimer. Il est à l'image de la réunion institutionnelle dans la structure occidentale.

En 1962, l'hôpital psychiatrique de Thiaroye situé dans la banlieue dakaroise est ouvert. Au début, son fonctionnement est de type asilaire, il comprend une division fermée pour les cas d'internement.



*La case du pënc (pinsh) dans le service de psychiatrie du CNHU de Fann.
Photographie du Pr Thiam.*

Dans le cadre de la psychiatrie communautaire, le Pr Collomb va créer, en plus, des « villages psychiatriques » dans les régions de Casamance et Tambacounda avec comme objectif de traiter les malades dans leur communauté. Parallèlement et pour davantage se rapprocher des populations, un projet de sectorisation a été initié avec le dispositif itinérant d'assistance aux malades mentaux (DIAMM). Il était composé d'un psychiatre, d'un infirmier et d'un assistant social. Les consultations se faisaient dans cinq villes de la région de Thiès. Malheureusement ce projet ne connaîtra pas une longue durée de vie, victime de son extrême dépendance à son instigateur.

Actuellement, le dispositif du programme d'assistance psychiatrique au Sénégal comprend : le service de psychiatrie de Fann, l'hôpital psychiatrique de Thiaroye, le service de psychiatrie de l'Hôpital Principal de Dakar dirigé par des médecins militaires, les Centres Psychiatriques de Kénia et Djinkoré situés respectivement dans les régions de Casamance et Tambacounda. Ces centres étaient à l'origine des villages psychiatriques. On peut aussi citer les centres privés de santé mentale de Thiès et Fatick dirigés par les frères de Saint-Jean-de-Dieu.

Cependant les familles épuisent rapidement leur moyen et ne peuvent plus supporter des hospitalisations de longues durées. Les familles peinent à trouver un des leurs capable de rester avec le malade pendant l'hospitalisation, ce qui a conduit à l'émergence de l'accompagnateur dit « mercenaire », qui, moyennant une rémunération convenue avec la famille, sert d'alternative. L'arbre à palabre ayant disparu de la vie culturelle, le pënc perd de sa valeur d'endroit où les conciliabules peuvent se faire. Du coup il est plus souvent un endroit où les patients débattent sous l'encadrement d'une partie du personnel médical et/ou paramédical, le plus souvent sans la famille. Les repas communautaires se limitent à quelques occasions où on met à contribution des dons pour l'organiser avec les maigres moyens mis à disposition par l'administration.

Ainsi, ce lourd héritage du Pr Collomb se perpétue laborieusement en s'adaptant avec les nouvelles réalités socioculturelles et politiques du Sénégal. Ceci explique naturellement la « loyauté » de Fann qui est presque le seul à y rester fidèle : Car les autres structures ont des pratiques quelque peu différentes. Le pënc a disparu de leurs activités, pour la plupart l'accompagnement n'existe pas ou plus et les repas communautaires ne sont plus organisés.

Mais d'autres innovations ont vu le jour actuellement au niveau de l'école de Fann parmi lesquelles le CEPIAD. Dans la capitale sénégalaise, le Centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar (CEPIAD) est le premier lieu spécialisé dans le traitement des personnes victimes d'addiction aux drogues en Afrique de l'Ouest. Le centre inauguré en décembre 2014 est une réponse évidente de prise en charge des personnes victimes d'addiction aux drogues, à même de pouvoir servir d'exemples pour d'autres pays. Mais il faudra des moyens importants qui devront être mis en place par l'Etat du Sénégal avec le soutien des partenaires pour pérenniser le fonctionnement du CEPIAD.

Aujourd'hui, plus de 300 dossiers ont été ouverts au niveau du CEPIAD avec une équipe pluridisciplinaire puisque la consommation de drogue s'accompagne de beaucoup de problèmes médicaux.

En outre, un appui psychologique social et à la réinsertion socioprofessionnelle ainsi que des activités occupationnelles et de redynamisation sont développées en partenariat avec le Conseil national de lutte contre le Sida.

L'école de Fann a également ouvert une formation en « Thérapie Famille » depuis une vingtaine d'année avec des collègues belges, et une autre formation en « Observation des Bébé dans un Contexte Culturel » avec des partenaires italiens, belges et français depuis 2008, en plus du séminaire de psychanalyse animé par une équipe de Paris 8 depuis plusieurs dizaines d'années.



Le CEPIAD à Dakar. Photographie du Pr Thiam

Pr Mamadou Habib Thiam
Chef de service de psychiatrie



Papa Lamine Faye



Ibrahima Ndiaye



Elhadj Makhtar Ba



Mamadou Habib Thiam

Dysfonctionnement érectile et culpabilité : à propos d'une observation

Auteurs : Papa Lamine Faye¹, Abdoulaye Danfa², Ibrahima Ndiaye³, Elhadj Makhtar Ba⁴, Mamadou Habib Thiam⁵

Correspondant : Dr Mamadou Habib Thiam, Professeur Titulaire, Chef de Service de Psychiatrie et de psychologie médicale, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, B.P. 5406, Dakar-Fann, Dakar (Sénégal), Courriel : mamadouhabibthiam@gmail.com

Résumé : La dysfonction érectile (DE) est une pathologie multifactorielle dont la prise en charge doit être abordée simultanément sur ses versants psychologiques, relationnels et organiques. Dans 80% des cas, elle est de nature fonctionnelle comme l'illustre cette observation clinique d'un polygame de 73 ans, qui a présenté une dysfonction érectile dont le profil évolutif s'est superposé à la paraplégie brusque non organique de sa première épouse. Ce travail a permis de mettre en lumière le mécanisme psychopathologique qui a sous-tendu cette dysfonction et qui s'est essentiellement organisé autour d'une culpabilité inconsciente à valeur autopunitive.

Mots clés : Dysfonction érectile, impuissance, polygamie, culpabilité inconsciente.

Summary : Erectile dysfunction (ED) is a multifactorial disease whose treatment must be understood simultaneously in its psychological, relational and organic aspects. In 80% of cases it is a functional disease as illustrated by the clinical case of a polygamous 73 years, whose erectile dysfunction syndrome appeared in the same time than the inorganic sudden paraplegia of his first wife. This article helps to highlight the psychopathological mechanism which is under this dysfunction, showing an unconscious autopunitiv guilt.

Keywords : Erectile dysfunction, impotence, polygamy, unconscious guilt.

Introduction

Découvrir le lien psychosomatique, c'est établir le rapport existant entre des symptômes physiques, corporels et un état de souffrance psychologique conscient ou inconscient, éprouvé par le sujet [1]. La dysfonction érectile (DE) est une pathologie multifactorielle dont la prise en charge doit être abordée simultanément sur ses versants psycho-relationnels et organiques [2].

L'objectif de ce travail était de mettre en lumière le processus psychopathologique qui a sous-tendu une impuissance sexuelle chez un polygame de 73 ans à la suite de la maladie de sa première épouse. L'analyse de ce symptôme a fait ressortir une culpabilité dont l'expression somatique réside dans l'impossibilité ou le refus inconscient d'entretenir toute forme de relation sexuelle avec ses autres épouses.

1. Maître de Conférences Agrégé, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.
2. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.
3. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.
4. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.
5. Professeur, Chef de Service, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal. Courriel : mamadouhabibthiam@gmail.com

Observation

Abass est un polygame de trois épouses. Il est âgé de 73 ans et ne présente aucun antécédent particulier. Ses proches avaient remarqué son changement de comportement au décours de l'installation brusque d'une paraplégie chez sa première épouse. Ses accès d'irritabilité alternaient avec les corrections physiques qu'il administrait facilement à ses petits enfants avec qui, il était plus proche. Abass était réticent à partager le lit conjugal de ses autres épouses, préférant se tenir au chevet de son épouse malade. Il présente deux à trois jours après, une impuissance sexuelle qui s'amende spontanément en même temps que la paralysie de l'épouse dans les trois mois qui suivirent. Aucune organicité sous jacente n'a pu être mise en évidence en service de neurologie où celle-ci avait été hospitalisée.

Il était néanmoins venu en consultation pour s'assurer qu'il était psychologiquement stable sur conseil insistant d'un ami. Abass avait avoué, avoir été tellement affecté par la maladie de son épouse qu'il ne parvenait pas à accomplir son devoir conjugal envers ses autres épouses. Il avait justifié son malaise par le « dévouement total et inconditionnel » que lui avait toujours voué cette épouse depuis 50 ans que dure leur mariage. Elle ne discutait jamais ses décisions et sollicitait son assentiment pour toutes les initiatives qu'elle devait prendre.

Il n'était ni tabagique, ni alcoolique. Son examen clinique n'avait révélé aucune particularité. Sa glycémie était normale de même que les fonctions rénale et hépatique. A l'examen psychiatrique, le contact était de bonne qualité. La thymie était adaptée et le discours clair et cohérent. Il était bien orienté dans le temps et l'espace. L'attention était satisfaisante et les fonctions mnésiques bonnes. Aucun trouble perceptif n'a été objectivé.

Nous l'avions suivi pendant six mois de manière bimestrielle après qu'il ait exprimé le besoin de continuer à s'entretenir avec nous. Il avait pu alléger sa souffrance psychologique dans un espace d'écoute et de compréhension par la mise en mots de ses maux en lieu et place d'une expression somatique de ses conflits psychiques.

Commentaires

La nature fonctionnelle de cette impuissance érectile tient aussi bien dans l'absence de facteurs de risque que dans la brutalité de son début. Buvat [2] avait signalé que chez les patients souffrant de DE primaires, une origine psychogène existe dans près de 95% des cas. Bien que le mode d'installation ne permette pas d'affirmer avec certitude la nature organique ou psychogène d'une DE, l'installation progressive des troubles serait plutôt en faveur d'une DE organique, alors que dans la DE psycho-

gène, l'installation des troubles serait plutôt brutale. Par ailleurs, le diabète, l'obésité, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, les troubles psychologiques, ont été identifiés comme facteurs de risque de dysfonction érectile par de nombreuses enquêtes épidémiologiques réalisées dans la population générale [3].

Abass a décidé d'être polygame en dépit du dévouement complet de sa première femme au sein du couple. Le refus d'assumer son devoir conjugal auprès de ses autres épouses semblait trahir une tentative de se délester d'un poids psychologique considérable envers elle.

Tordjemann [4] parle de transposition du conflit conjugal au niveau sexuel dès lors que l'agressivité envers un des partenaires prend la forme d'un refus inconscient de relations intimes.

Cette attitude pouvait équivaloir à une tentative de réparer ce qu'il considérait inconsciemment comme de la trahison. Il s'agissait de témoigner à cette première épouse de la loyauté. La nature fonctionnelle de cette impuissance était déterminée par son amendement simultané à la disparition de cette paralysie dont l'étrangeté réside autant dans la difficulté voire l'impossibilité de faire la preuve de l'organicité, que dans la résistance à toute velléité de traitement. On ne peut s'empêcher au regard de cette symptomatologie motrice de la première épouse, de faire l'hypothèse d'une conversion hystérique dont la dimension manipulatoire influence fortement les schémas relationnels au sein du système familial surtout du sous-système conjugal.

Quoiqu'il en soit, le symptôme de cette femme comporte un bénéfice secondaire quoique probablement inconscient, qui est de nature à focaliser l'attention de son époux sur elle. Les coépouses deviennent objet de désinvestissement affectif susceptibles d'engendrer de la frustration. Il semble qu'il en soit autrement dans la plupart des couples monogames dans lesquelles les partenaires semblent se soutenir mutuellement en cas de dysfonction érectile.

Dans une étude menée auprès de 137 patients avec comme objectif d'évaluer le comportement des partenaires féminines face à la dysfonction érectile (DE) et le retentissement de cette DE sur leur vie sexuelle, la partenaire était déçue (29%), contrariée (27%), frustrée (17%) ou résignée (15%) mais très souvent compréhensive (77%) [6].

Par ailleurs, de l'avis de Diop [7], l'aversion des femmes pour la polygamie se justifie moins par un certain égoïsme économique que par la jalousie sexuelle des coépouses.

L'explication la plus fréquemment rapportée par l'épouse est que l'époux ne s'intéresse plus à elle, ou que la co-épouse lui aurait jeté un mauvais sort. Ceci engendre fréquemment des conflits conjugaux contribuant ainsi à déstabiliser l'époux au plan psychologique [7].

Le symptôme peut parfois avoir valeur de langage corporel. L'impossibilité de verbaliser sa frustration pour se conformer à l'image de l'épouse idéale au regard de la société, peut d'une certaine manière contraindre une personne à faire usage inconsciemment de son corps transformé en vecteur privilégié de message.

Dans son ouvrage « Mariages et divorces à Dakar : itinéraires féminins », Dial [8] pense que l'acceptation de la polygamie est facilitée par la caution religieuse apportée par l'islam et exacerbe par la même occasion la rivalité entre les femmes.

Cette dysfonction érectile (DE) est une sorte de castration que Abass s'est infligée pour s'autopunir de ce qu'il considère comme un manque de loyauté envers sa première épouse. La dynamique conflictuelle dans laquelle s'inscrit cette dysfonction contredit l'opinion selon laquelle, la souffrance inhérente aux problèmes d'érection, tient généralement moins à la perte du plaisir sexuel qu'aux sentiments de dévalorisation, d'humiliation, sinon de culpabilité qui résultent chez l'homme de son sentiment d'être impuissant [9].

Conclusion

Cette observation montre que l'impuissance sexuelle fonctionnelle peut se rapporter à des causes psychologiques très précises dont le repérage n'est pas toujours aisé. Il importe pour le clinicien, sans préjuger de sa spécialité, d'aménager un espace d'écoute et de discussion à même de soulager la souffrance psychologique et de mettre éventuellement en lumière les causes véritables de cette pathologie dans ses aspects fonctionnels, au delà d'une chimiothérapie à visée symptomatique.



Statuette sénégalaise. Photographie du Pr Thiam

Bibliographie

1. Faye P L, Seck S, Thiam M H. - *Coumba ou la lecture psychopathologique d'un dysfonctionnement corporel*. Perspectives Psy. 2011; 50 (2): p.120
2. BUVAT J. : *La première consultation de l'impuissant*. J. Urol., 1991, 97:23-27.
3. Delavierre D. : *Epidémiologie de la dysfonction érectile (2^{ème} partie). Facteurs de risque*. Andrologie, 2002, 12 : 323-331.
4. Tondjermann G. - *Le conflit conjugal transposé au niveau sexuel*. Cahiers Sexol. Clin., 2001; 27 (150) : 36-40.
5. Delavierre D, Poisson E. - *La femme face à la dysfonction érectile de son partenaire. A propos de 137 patients*. Progrès en urologie, 2011; 21(1) : 59-66
6. Diop A B. - *La famille wolof: tradition et changement*. Paris, Khartala Editions, 1985, 262 pages, chapitre VII, p.183-199, p.198
7. Diao B, Ndiaye A K, Fall P A, Niang I, Odzebe A, Bah I, Sow Y, Ba M, Diagne B A. - *La dysfonction érectile au Sénégal : profil épidémiologique*. Andrologie, 2007, 17, n°3, 223-229
8. DIAL F B. - *Mariages et divorces à Dakar : itinéraires féminins*, Khartala Editions, 2008, 200 pages, chapitre 2, 41-98, p.62
9. Buvat J, Ratajczyk J, Lemaire A. - *Les problèmes d'érection : Une souffrance encore trop souvent cachée*. Andrologie, 2002 ; 12 (1) : 73-83



Papa Lamine Faye



Sokhna Seck



Magatte Kassé



Idrissa Ba



Mamadou Habib Thiam

Psychopathologie d'un délire collectif : la folie à deux

Auteurs : Papa Lamine Faye¹, Sokhna Seck², Magatte Kassé³, Idrissa Ba⁴, Mamadou Habib Thiam⁵

Correspondant : Dr Mamadou Habib Thiam, Professeur Titulaire, Chef de Service de Psychiatrie et de psychologie médicale, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, B.P. 5406, Dakar-Fann, Dakar (Sénégal), Courriel : mamadouhabibthiam@gmail.com

Résumé : La folie à deux ou trouble psychotique induit est une entité clinique rare, dont l'épidémiologie est mal connue et ne repose que sur de simples rapports de cas. Partant du principe d'une étroite relation préexistant entre les deux individus malades, le couple délirant est variable. Les auteurs rapportent la trame délirante qui se déroule entre deux frères jumeaux homozygotes. Outre le terrain génétique, les auteurs tentent d'identifier la fonction du délire dans leur dynamique relationnelle des jumeaux et d'élucider les soubassements psychopathologiques avec en toile de fond le rôle des facteurs socioculturels.

Mots clés : psychopathologie, délire collectif, folie à deux, jumeaux, socioculturel.

Summary : Two people madness or induced psychotic disorder is a rare clinical entity, whose epidemiology is poorly understood and which is not based on mere case reports. Assuming a narrow pre-existing relationship between the two sick individuals, delusional torque varies. The authors report the delusional frame that takes place between two homozygous twins. Besides genetic background, the authors attempt to identify the function of delirium in their twins relationship and to elucidate its psychopathological mechanisms with a background of sociocultural factors.

Keywords : Psychopathology, collective madness, two people madness, twins, sociocultural.

Introduction

La folie à deux est une entité clinique rare, dont l'épidémiologie est mal connue et ne repose que sur de simples rapports de cas. Actuellement, le terme de folie à deux a évolué en trouble délirant induit et en trouble psychotique partagé avec les nosographies contemporaines. Celles-ci ont cependant conservé dans leur description les trois principaux critères décrits par Lasègue et coll. (1877).

Partant du principe d'une étroite relation préexistant entre les deux individus malades, le couple délirant est

variable ; il peut s'agir de conjoints, de personnes issues d'une même famille, de voisins, d'amis, de jumeaux.... Au-delà du partage d'un terrain génétique identique, les jumeaux entretiennent une relation particulière, associant des similarités psychologiques, des expériences de vie parallèle et une relation duelle unique (Ramonet, 2013).

Dans ce travail, les auteurs tentent de faire ressortir les facteurs psychologiques et sociaux qui ont sous-tendus la décompensation psychotique sur un mode délirant identique de deux jumeaux homozygotes à intervalle de 15 jours.

1. Maître de Conférences Agrégé, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

2. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

3. Interne en Psychiatrie des Hôpitaux de Dakar, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

4. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

5. Professeur, Chef de Service, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

Observation clinique

Assane et Ousseynou sont deux frères jumeaux âgés de 18 ans et élèves en classe de 4^e secondaire. Ils ont décompensé sur un mode délirant à deux semaines d'intervalle. Assane a manifesté dans un premier temps une subagitation psychomotrice avec des va et vient incessants dans un contexte d'insomnie avec réveils précoces. Il tenait des propos orduriers et sarcastiques, à l'endroit de ses camarades de classe et des enseignants avec accusations de sorcellerie contre son grand père. Son jumeau perplexe devant son comportement, le suppliait en pleurs de se calmer. Son discours aux allures mystico-religieuses s'intègre désormais dans une attitude de plus en plus agressive, émaillée de tentatives de fugue, obligeant son grand-père à l'enfermer. Les traitements traditionnels entrepris jusqu'ici étaient sans succès.

Une symptomatologie identique, mais plus atténuée dans son expression clinique, s'installe chez Ousseynou avec prééminence d'idées mystico-religieuses et refus d'obéir aux ordres simples qu'on leur donnait. L'hospitalisation dans une structure de soins psychiatriques demeurait la seule alternative.

À l'examen d'entrée, leur présentation corporelle et vestimentaire était débraillée. Leur mimique était souriante et leur contact facile. Assane entra en premier, accompagné de son père. Son discours était logorrhéique et incohérent avec coq à l'âne et critiques véhémentes de grandes figures politiques du monde.

Ses propos étaient pour la plupart centrés sur des thèmes mystico-religieux et messianiques. Il se plaignait de Djinn qui le dérangaient alors qu'il devait convaincre les gens de prier et ensuite il se remettait à réciter à tue-tête des versets du coran.

Il était bien orienté dans le temps et dans l'espace et ne semblait présenter aucun trouble mnésique. L'humeur était labile, tantôt exaltée, tantôt triste avec pleurs sans raison. Le père éclata tout d'un coup en sanglots, mais Assane le consola en lui disant que tout irait bien et que Dieu est grand.

Lorsque l'entretien prit fin, Assane sortit, et l'autre jumeau entra dans la salle avec son oncle. Il avait un comportement pathologique similaire avec moins d'agitation.

Chez les deux on notait un déni de morbidité : « Nous ne sommes pas malades », disaient-ils. Dans l'évolution, nous avons noté chez Assane une amélioration plus rapide des symptômes sous traitement neuroleptique et thymorégulateur avec une critique du délire et une humeur plus adaptée, tandis que chez Ousseynou, l'humeur maniaque persistait de même que le discours à thématique religieuse. Ousseynou disait souvent avoir été contaminé par son frère.



Statue monumentale en pierre à Dakar. Photo d'auteur communiquée par le Pr Thiam.

Lorsque l'assistance sociale abordait leurs problèmes familiaux, Assane éludait la question puis finissait par répondre qu'il ne souhaitait pas en parler car après « il a mal à la tête et sa maladie revient ». Il était angoissé et avait les larmes aux yeux dès qu'on parlait de la maladie de sa mère.

Ils étaient tous deux asymptomatiques et perplexes par rapport à la survenue de leur maladie lorsque nous les avons revus en consultation.

Dans les antécédents, les jumeaux qui sont les benjamins d'une fratrie utérine de cinq enfants, ont un frère et une sœur suivis de manière irrégulière depuis plusieurs années pour des pathologies psychiatriques mal documentées.

La dynamique familiale révèle que Ousseynou et Assane constituent les soutiens de la famille. Ils sont attristés par la maladie de leurs aînés et ont pitié de leur mère impotente des deux membres inférieurs au décours d'une chute accidentelle depuis plusieurs années. Ils se sont dès lors très tôt impliqués dans les tâches ménagères quotidiennes : « On veut la soutenir, car elle est malade ; elle ne peut pas travailler, sinon elle va mourir bientôt et nous laisser ici ».

Le père, qui est maître coranique aux revenus précaires, soutient qu'Assane est le jumeau dominant. Il est franc et très débrouillard. Durant les grandes vacances scolaires, il quittait sa famille et se rendait dans les pays limitrophes pour faire des livraisons de biscuits de fabrication artis-

nale à des commerçants. En plus il parlait plusieurs langues et dialectes. À son retour à la maison il donnait une partie de l'argent à son frère aîné pour l'aider à subvenir aux besoins de la famille, puis il partageait équitablement le reste de l'argent avec son frère jumeau. Cependant, il rechignait à participer aux tâches domestiques contrairement à Ousseynou. En effet, ce dernier était plus serviable, très proche de sa mère, mais « trop » susceptible et rancunier, et moins brillant dans les études scolaires.

Le père rapportait aussi que qu'Assane était né quelques minutes après son jumeau. Dans leur groupe social, il est considéré comme le plus âgé des jumeaux. Leur développement psychomoteur serait sans particularité. Ousseynou a marché un mois avant son frère. Ils ont très tôt eu une relation fusionnelle. Ils étaient souvent malades l'un à la suite de l'autre. Ils ont été scolarisés à l'âge de six ans à l'école coranique, puis quelques mois plus tard à l'école française. Ils justifient leurs redoublements par les absences répétées de leur père de la maison à cette époque. Assane avait de meilleurs résultats à l'école française que son jumeau et n'hésitait pas à le laisser recopier sur lui en classe. Ils n'ont pas compris cette année avoir été placés dans des classes séparées. Ce qui semblait avoir été le contexte de déclenchement des troubles.

Commentaires

La parentification des jumeaux

Elle a pu être un facteur de fragilité psychique des jumeaux. La précarité socioéconomique les avait contraints à endosser des responsabilités parentales. En effectuant toutes les tâches domestiques, Ousseynou prend la place de la mère malade et Assane, quant à lui, semble remplacer le père souvent absent en participant aussi activement aux dépenses et aux décisions familiales. Même durant la maladie, ce dernier jouait encore le rôle du père en consolant celui-ci lorsqu'il s'est effondré et en le rassurant sur son état de santé. Cependant à travers les propos caustiques qu'il tenait, Assane s'attaquait essentiellement à des figures d'autorités : son enseignant, son grand-père et des autorités politiques. Cette problématique de l'autorité semble indirectement adressée au père, à qui il exprime ses frustrations, lui reproche son absence, la cession de sa place de père et le rend responsable de leurs échecs scolaires. Il revendique leur jeunesse et toute l'insouciance qu'elle implique. On assiste donc à une parentification des jumeaux qui comporte des facteurs destructifs tels que décrit par Le Goff [22].

En effet, ils étaient surchargés de responsabilités dépassant leurs compétences cognitives, émotionnelles ou physiques et leurs besoins paraissaient négligés voire exploités. Toutefois, la reconnaissance par le père de la contribution des jumeaux constituait le seul facteur

constructif de ce processus de parentification. Par ailleurs, les jumeaux en arrivaient à justifier cette situation qui serait liée à l'angoisse de perdre leur mère. Cette angoisse resurgissait à la simple évocation de leur structure familiale, ceux-ci craignant de retomber malade. Les jumeaux, de même que leur père, semblaient considérer cette question comme une intrusion, voire une tentative de déstructuration de leur famille et devenaient réticents afin de d'endiguer l'angoisse causée par cette idée.

Le sens du délire collectif

En outre, la métamorphose de son frère constituant une menace pour sa propre identité, au bout de deux semaines de lutte contre le délire, Ousseynou a sombré dans le délire. Ce nouvel état lui a permis de dissoudre son angoisse et de s'accorder émotionnellement à son jumeau. Le délire pourrait avoir dans ce cas un effet protecteur dans la mesure où il préserve le lien unissant les jumeaux.

De nombreux auteurs ont également insisté sur la fonction du délire pour l'un ou l'autre des deux sujets : le délire semble par certains égards apparaître profitable à l'un et l'autre des protagonistes [Lasèque et coll., 1877]. Il permet la conservation de l'isolement et la cohésion du groupe. Le sujet secondaire pourrait accepter le délire pour maintenir la relation à son codélinant [Howard, 1994]. Il est possible aussi de mettre en évidence des processus d'identification réciproques entre les deux sujets ou alors du sujet secondaire envers le sujet primaire [Lazarus, 1985]. L'éclosion du délire chez le sujet primaire pourrait être favorisée par le sujet secondaire, cela expliquant en retour la plus grande facilité de ce dernier à adhérer au délire [Deutsch, 1970]. Le délire apparaîtrait crédible pour les sujets, car résolvant un problème du groupe.

Chez les sujets de notre étude, on note une similarité du discours, des actes et de la tenue vestimentaire durant leur maladie qui concourt à maintenir leur fusion. Puis ils se différencient progressivement en fin d'hospitalisation en portant des vêtements différents et en reprenant leurs rôles complémentaires, brisant ainsi la fusion pathologique.

Dans une autre perspective, les jumeaux de notre étude entretiennent une relation fusionnelle avec une sorte d'interdépendance. Ils ne comptent que l'un sur l'autre. Par ailleurs on remarque qu'ils ont décompensé durant l'année scolaire où ils ont été séparés. Assane, le jumeau dominant se comporte comme un aîné vis-à-vis de son frère jumeau dont il est biologiquement le cadet. Contrairement à la science et à la culture occidentale, de nombreuses cultures africaines désignent paradoxalement le deuxième jumeau comme aîné, estimant que le

premier jumeau a été envoyé dans le monde par le deuxième en éclairneur afin de s'assurer qu'il ne court aucun danger en naissant.

Cette relation de « dominant à dominé » peut, dans certains cas rares, susciter chez le dominé un besoin de s'affirmer et de se définir par opposition à son jumeau. Ce qui n'est pas le cas pour Ousseynou, le jumeau dominé qui semble se complaire dans cette position de cadet. L'attitude d'Ousseynou résulterait donc d'un besoin inconscient de combler le vide laissé par la mère et ne serait que pur suivisme; en fin d'hospitalisation il dira avoir été en fait contaminé par son frère.

Par ailleurs, le fait de voir au quotidien son jumeau dans un état inhabituel, pathologique, a pu générer, chez Ousseynou, une angoisse qu'il essayait de combattre en

tendant de raisonner son frère. Du fait de leur relation fusionnelle et complémentaire, il voyait Assane s'éloigner de lui et devenir chaque jour de plus en plus différent de lui au risque de rompre leur lien.

Conclusion

La folie à deux est une entité nosographique qui semble encore difficile à cerner, ne serait-ce que sa sémiologie ou son étiologie. La folie à deux, chez ces jumeaux monozygotes, nous offre deux particularités en dépit de la rareté des données épidémiologiques : l'illustration des interactions entre terrain génétique et le facteur environnemental qui s'enracine dans une histoire de vie commune ; la force du lien fusionnel semble survivre à la pathologie



Scène de rue à Dakar. Photographie du Pr Tétam (novembre 2015).

Bibliographie

1. Lasègue C., Falret J. (1877) – La folie à deux ou folie communiquée. *Ann Med Psychol*, 18 : 321-355.
2. Ramonet M., Vavasseur-Desperriers J., Maron M. (2013) – Folie à deux, jumeauté et grossesse. A propos d'un cas. *Annales Médico-Psychologiques*, 171, 6 : 362-366
3. Le Goff J.-F. (1999) – L'enfant parent de ses parents. Paris : L'Harmattan.
4. Lasègue C., Falret J. (1877) – La folie à deux. *Arch Gen Med*, 30 : 257-297.
5. Howard R. (1994) – Induced psychosis. *Br J Hosp Med*, 51; 6 : 304-307.
6. Lazarus A. (1985) – Folie à deux : psychosis by association or genetic determinism ? *Compr Psychiatry*, 26 : 129-135
7. Deutsch H. (1970) – Folie à deux. In : *La psychanalyse des névroses et autres essais*. Paris : Payot. p : 203-211



Aida Sylla



Ndèye-Dialé Ndiaye-Ndongo



Lamine Fall



Mamadou Habib Thiam

Caractéristiques cliniques d'homicides commis par des malades mentaux au Sénégal

Auteurs : Aida Sylla¹, Ndèye-Dialé Ndiaye-Ndongo², Lamine Fall³, Abou Sy⁴, Aminata-Ndabir Ndoeye⁵, Mamadou Habib Thiam⁶.

Résumé : Cette étude décrit une série de 20 patients ayant commis des homicides ont été reçus dans la structure entre janvier 2006 et décembre 2012. Il s'agit majoritairement d'hommes (18) célibataires (13). Leur niveau scolaire était bas de même que leur niveau socio-économique. Ils vivaient en majorité dans un domicile en famille au moment des faits (17). 15 homicides ont été commis dans le domicile commun que partageaient la victime et l'auteur. L'homicide a souvent pour cadre le domicile commun à l'agresseur et à la victime. Les victimes sont souvent des proches, connues par les auteurs. 15 patients ont utilisé une arme d'opportunité : bâton, brique, gros caillou : la première chose lourde sur laquelle ils sont tombés. 12 auteurs se sont acharnés sur leurs victimes après l'homicide. Aucun des patients n'a essayé de dissimuler l'acte ou de fuir. Sur les 20 auteurs d'homicide, 16 ont eu un diagnostic de psychose chronique : 12 cas de schizophrénie paranoïde et 4 cas de paranoïa délirante. Les 4 autres sont 2 épileptiques et 2 psychopathies. Aucun des 20 patients n'avait de traitement médicamenteux au moment du passage à l'acte. L'existence d'un trouble délirant plus souvent de persécution, non traité est déterminante. Ces constats appellent une meilleure sensibilisation des populations souvent mal informées par rapport à la maladie mentale dans ses aspects cliniques, criminologiques mais surtout thérapeutiques. Le traitement reste un facteur potentiellement protecteur contre la survenue de telles conduites. La prévention des conduites violentes de malades mentaux passera donc nécessairement par un traitement adapté et un bon suivi des patients, notamment ceux qui sont atteints de psychose chronique.

Mots clés : Homicide, psychiatrie, malade mental.

Summary : This study is about 20 patients who have committed homicides and have been received in Thiaroye psychiatric hospital from January 2006 to December 2012. It was predominantly men (18), single (13). Their educational level was low as well as their socio-economic level. They lived mostly at home with family at the time of homicides (17). Fifteen homicides were committed in the common home shared by victim and perpetrator. Homicide has often set in the common home the aggressor and the victim. Victims were often relatives, known by the authors. Fifteen patients used a weapon of opportunity: stick, brick, large stone: the first heavy thing they fell on. Twelve authors have struggled to their victims after the homicide. None of the patients tried to hide the act or to leak. Sixteen have been diagnosed with chronic psychosis: 12 cases of paranoid schizophrenia and 4 cases of delusional paranoia. The other 4 are epileptic 2 and 2 psychopathies. None of the 20 patients had drug treatment while do in homicide. The existence of a delusional disorder often of persecution, untreated is decisive. These findings call for a greater awareness of populations often poorly informed about mental illness in its clinical, criminological but especially therapeutic appearance. The treatment remains a potentially protective factor against the occurrence of such behavior. The prevention of violent behavior of mental patients will therefore need appropriate treatment and a good follow of patients, including those with chronic psychosis.

Keywords : Homicide, psychiatry, mental ill.

1. Aida Sylla : BP : 5952 Dakar-Fann, tel : (221) 77 644-21-58, fax : (221) 33 824 98 88, e-mail : mbenendiaye@yahoo.fr . Psychiatre, maître de conférences agrégée, Université Cheikh Anta Diop de Dakar
2. Psychiatre, maître-assistant, Université Cheikh Anta Diop de Dakar
3. Pédiopsychiatre, maître-assistant, Université Cheikh Anta Diop de Dakar
4. Psychiatre assistant-chef de clinique, Université Cheikh Anta Diop de Dakar
5. Psychiatre, Centre hospitalier national psychiatrique de Thiaroye
6. Professeur de psychiatrie, chef du service de psychiatrie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar

Introduction

Les troubles mentaux sont souvent associés à la violence (Kottler, Dubreucq, Bénézech). Les actes violents commis par les malades mentaux ont souvent un caractère bizarre, incompréhensible voire extraordinaire. Ceci fait qu'ils sont plus médiatisés, publiés, plus colportés par la rumeur publique et paraissent donc surreprésentés. Cette surmédiatisation des crimes de sang est retrouvée dans plusieurs capitales africaines comme au Cameroun par Mbassa (Mbassa, 2009). L'émergence de journaux à sensation avec une certaine libéralisation de la presse dans les années 90 y a certainement beaucoup contribué.

Cet état de fait contribue à accroître la stigmatisation et le rejet des malades mentaux (Arboleda-Florez 1998, Hodgins 2001), d'où la difficulté de leur réintégration dans la communauté (Teplin, 1985).

Suivant les pays, des dispositions juridiques particulières organisent la prise en charge des sujets souffrant de pathologies psychiatriques dans le but de les protéger eux-mêmes ainsi que tous les autres membres de la communauté, susceptibles de pâtir de leurs agissements.

Au Sénégal, la loi 75-80 du 09 juillet 1975 est relative au traitement des maladies mentales et de certaines catégories d'aliénés. Le principe de cette loi est un traitement des malades mentaux en cure libre et en milieu ouvert. Toutefois, le régime d'internement peut être ordonné par décision de justice lorsque le malade mental a commis une infraction pénale ou que son comportement constitue un danger pour lui-même ou pour la sécurité publique ou qu'il ne suit pas le traitement prescrit. Le décret d'application 75-1092 de cette loi 75-80, crée une unité fermée, la seule encore existante juridiquement au Sénégal, au sein de l'hôpital psychiatrique de Thiaroye devenu depuis 2000 centre hospitalier national psychiatrique de Thiaroye avec un statut d'établissement public de santé.

Par ailleurs, le code pénal sénégalais stipule en son Article 50 que : Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. Les crimes graves devant être jugés en Cours d'Assises rendent obligatoires une expertise psychiatrique.



Une cour du Centre Hospitalier National Psychiatrique de Thiaroye.

Nous avons initié ce travail portant sur des patients reçus au centre hospitalier national psychiatrique de Thiaroye à la suite d'un homicide qu'ils ont commis. Il s'agissait d'analyser les circonstances qui ont entouré ces homicides de même que le profil social et clinique des auteurs.

Matériel et méthodes

La présente étude s'est intéressée aux patients reçus au Centre Hospitalier National Psychiatrique de Thiaroye entre janvier 2006 et décembre 2012 après qu'une enquête préliminaire de police les ait inculpés d'homicide. Ils sont reçus soit pour expertise psychiatrique avant leur passage devant la Cour d'Assises, soit pour internement provisoire après que l'enquête préliminaire ait noté qu'ils présentaient des troubles du comportement évidents. Parfois, curieusement, ils sont directement conduits à l'hôpital par leur famille après le passage à l'acte.

L'hôpital de Thiaroye a été ouvert en 1960 pour accueillir les malades désocialisés qui séjournaient encore dans les lazarets qui étaient en train d'être fermés juste après l'indépendance du pays. L'hôpital, situé dans la banlieue de la capitale Dakar, est la seule structure au Sénégal à être désignée nommément par la loi pour recevoir les malades mentaux en hospitalisation sous contrainte par internement provisoire. Cette disposition est clairement spécifiée par le décret d'application n° 75-1092 du 23 octobre 1975 de la loi 75-80 créant à Thiaroye un établissement spécialisé de type fermé destiné à l'internement des malades mentaux ayant fait l'objet d'une décision judiciaire. Actuellement, l'hôpital de Thiaroye a changé de statut en devenant établissement public de santé, ce qui a contribué à l'amélioration de ses infrastructures ainsi que ses ressources humaines. Il compte actuellement sept psychiatres en plus des étudiants en formation qui y sont reçus pour leurs stages. Les patients qui y sont reçus ne sont plus uniquement des sujets désocialisés mais aussi des personnes suivies en ambulatoire ou en hospitalisation et qui continuent leurs activités socioprofessionnelles. L'unité fermée est actuellement composée de huit cellules d'internement. Ces cellules recevaient en hospitalisation dans un premier temps les détenus présentant une pathologie mentale de même que les malades mentaux dangereux ou refusant les soins. Depuis plus d'une dizaine d'années, avec la construction d'un pavillon spécial pour les détenus au sein d'un hôpital général, en l'occurrence l'hôpital Aristide Le Dantec, l'unité fermée de Thiaroye ne reçoit que les malades dangereux, troublant l'ordre public ou se soustrayant aux soins.

Les patients faisant l'objet d'une décision d'internement ne sont reçus qu'à l'hôpital de Thiaroye conformément à la loi 75-80, ceci quel que soit leur lieu de résidence au Sénégal. Les expertises psychiatriques peuvent être effectuées par tous les psychiatres inscrits à l'Ordre National des Médecins du Sénégal.

Nous nous sommes intéressés au profil épidémiologique des sujets, mais aussi aux circonstances de l'homicide telles que relatées par l'enquête préliminaire de police et le patient lui-même, ainsi qu'à la nature des troubles psychiques en cause.

Résultats

Description de l'échantillon

20 patients ayant commis des homicides ont été reçus dans la structure entre janvier 2005 et décembre 2010. Il y avait 18 hommes et 2 femmes. 13 étaient des célibataires. La moitié des patients n'était pas scolarisée, et seuls 2 avaient atteint le niveau d'études supérieures. Six étaient sans profession, deux étaient des militaires. Les 12 autres évoluaient dans le secteur informel. Dix-sept vivaient en famille au moment de l'acte et 6 parmi eux étaient attachés, isolés. 3 vivaient dans la rue.

5 patients sont venus avec un arrêté d'internement provisoire, conduits par leurs familles aidées par les forces de l'ordre, les 15 autres étaient détenus en prison et sont amenés pour une expertise.

Des antécédents d'actes médico-légaux ont été retrouvés : violence physique 10, homicide 3, tentative d'homicide 5, vols 1, incendie volontaire 2, destruction de bien 7, conduite addictive 1, arrestation antérieure pour raison non retrouvée 1.

Caractéristiques de l'homicide

15 homicides ont été commis dans le domicile commun que partageaient la victime et l'auteur.

15 auteurs avaient un lien de parenté avec leur victime :

- 2 patients ont tué leurs 2 parents,
- 4 patients leur mère,
- 2 patients leur père,
- 2 patientes ont tué leur enfant,
- 4 patients leur cousin,
- 1 patient a tué son neveu.

Dans les 4 cas où il n'y avait pas de lien de parenté, la victime et l'agresseur se connaissaient (ami, enfant d'un ami, voisin).

Dans un seul cas, la victime et l'auteur ne se connaissaient pas : il s'agit du meurtre d'un intervenant sapeur-pompier qui devait acheminer le malade à la structure de soin.

15 patients ont utilisé une arme d'opportunité : bâton, brique, gros caillou : la première chose lourde sur laquelle ils sont tombés. Dans 18 cas, on retrouvait un acharnement sur la ou les victimes.

Aucun des auteurs n'a essayé de dissimuler l'acte ou de fuir.

Il a été noté des attitudes ou des positions bizarres : prières, acrobaties effectuées à côté du ou des corps dans 13 cas.

15 ont avoué spontanément l'homicide.

Caractéristiques cliniques des patients

16 patients ont eu un diagnostic de psychose chronique :

- 12 cas de schizophrénie paranoïde et
- 4 cas de paranoïa délirante.

2 étaient épileptiques et 2 autres diagnostiqués psychopathes.

Aucun des 20 auteurs ne prenait de traitement médicamenteux au moment des faits.

Dans les 15 cas l'expertise, a conclu une irresponsabilité du sujet et préconisé un suivi et un traitement en milieu spécialisé. Le tribunal a suivi ces conclusions et 13 ont été internés et 2 suivis en ambulatoire. Dans tous les cas, le retour en famille a pu se faire après stabilisation avec une surveillance médicale et administrative.

Vignettes cliniques

Habib est âgé de 22 ans, détenu à la maison d'arrêt et de correction d'une ville de l'intérieur du Sénégal, inculpé de meurtre. Il est envoyé au centre hospitalier national psychiatrique de Thiaroye par le juge d'instruction du tribunal régional pour expertise psychiatrique.

Selon le rapport de l'enquête préliminaire de police, Habib aurait trouvé son neveu de 4 ans (fils de son grand frère) couché sur une natte dans la cour du domicile familiale. Il lui donna un coup de pied. L'enfant s'est alors mis à rire croyant certainement à un jeu. La mère de l'enfant qui était présente a alors eu peur et a pris son enfant dans ses bras. C'est à ce moment qu'Habib a sorti un couteau de sa poche et s'est rué sur la mère. Cette dernière, dans sa fuite, a laissé tomber l'enfant à terre et Habib s'est alors acharné sur lui avec le couteau.

Habib aurait présenté un épisode d'agitation traité dans un centre de santé mental de sa région. Le traitement n'a pas été poursuivi car la famille n'arrivait ni à payer les frais d'hospitalisation, ni à payer le traitement retard prescrit. Il séjournait donc par intermittence au domicile familiale et vivait parfois dans la rue.

A l'examen, son discours est flou. Il répond à côté des questions qui lui sont posées. Il déclare s'appeler Ousmane et habiter à Dakar. Il dit que l'homicide a bien eu lieu mais que les auteurs sont des fétiches à rechercher dans le ciel ou au Fouta (une région du nord du Sénégal).

L'expertise a conclu d'une part à un discernement perturbé au moment de l'acte et à une non accessibilité à une sanction pénale, d'autre part à une dangerosité d'Habib du fait de ses troubles. L'expert fait aussi la recommandation suivante : Habib doit, pour vivre de manière acceptable qui ne mettrait en danger ni ses proches, ni lui-même, bénéficier d'un traitement régulier en milieu psychiatrique.

Harouna est âgé de 34 ans et originaire d'un village situé à plus de 400 kilomètres de Dakar. Il est placé en internement provisoire par un arrêté du Préfet de son département pour un état dangereux. Il est amené à l'hôpital par un oncle paternel et deux cousins aidés par deux agents de police de sa localité. Selon son entourage, Harouna vivait attaché depuis plus de 5 années car il était agressif malgré les différents traitements qu'il avait reçus chez des guérisseurs. Sa mère souffrait beaucoup de cet isolement de son fils. Un jour, alors que la maison était presque vide, Harouna a supplié sa mère d'ouvrir la porte et de le détacher, ce que cette dernière fit. Harouna s'empara alors d'un pilon qui traînait dans la cour et en asséna plusieurs coups à sa mère qui succomba ainsi. Entre temps, ses cris ont alerté le père de Harouna qui n'était pas loin. A son arrivée, Harouna s'est rué sur lui avec le même pilon avant que les autres personnes arrivées entre-temps ne le maîtrisent. Son père meurt le lendemain à la suite des coups qu'il a reçus. Harouna est gardé 48 heures au commissariat de police avant que son transfert sur Thiaroye ne soit décidé par un arrêté d'internement du préfet.

Pendant son hospitalisation, Harouna a présenté des hallucinations acoustico-verbales et une agressivité aveugle par moments : il s'est mutilé une fois en cassant les barreaux de sa cellule. Il lie après coup cette agressivité à une tentative d'échapper à un danger imprécis, le même danger dit-il qui menaçait aussi ses parents au moment où il les a attaqués.

Il a eu un traitement avec de l'halopéridol essentiellement. Au bout de six mois de traitement, son état s'est amélioré. Son retour en famille n'a pas été facile mais finalement, le préfet a été saisi pour surveiller avec les autorités sanitaires locales, l'administration de son traitement retard et ordonner si nécessaire une hospitalisation.

Fatou est détenue à la maison d'arrêt pour femmes de Dakar et inculpée d'infanticide. Elle est reçue pour expertise psychiatrique. Voici son récit :

« Le jour de mon accouchement, j'étais seule à la maison avec mes 2 filles. Je vis habituellement avec ma tante, ma sœur et le fils de ma tante. Ils étaient tous absents ce jour. Après la prière du crépuscule, j'ai fait manger mes filles et m'apprêtais à les mettre au lit. J'avais mal au ventre mais cela ne m'a pas trop préoccupée vu que j'ai toujours eu mal au ventre durant ma grossesse. J'étais assise sur le bras du fauteuil et je crois que c'est en ce moment que j'ai fait une crise. Je me suis réveillée au centre de santé, au moment où on évacuait le placenta. Je ne me souviens de rien concernant mon accouchement. J'ai appris que le bébé auquel j'ai

donné naissance était un garçon et qu'il était mort ». Fatou déclare qu'elle n'avait aucune raison de tuer son enfant. Elle est régulièrement mariée avec le père du bébé avec qui elle a déjà eu 2 filles. En plus cet enfant était son premier garçon qu'elle désirait. Elle a fait régulièrement ses consultations prénatales et tout son entourage était au courant de sa grossesse.

Depuis 1998, Fatou est sujette à des crises épileptiques traitées par du phénobarbital à 100 mg le soir au coucher. Comme l'atteste son dossier médical. Elle a arrêté le traitement pendant la grossesse, sur recommandation de l'agent de santé qui assurait ses consultations prénatales.

L'examen électroencéphalographique montre : la présence de nombreux signes irritatifs diffus et généralisés notamment au cours de l'HPN. Cet aspect est compatible avec une épilepsie généralisée. Un demi-frère de même père serait aussi épileptique.

L'expertise concluait : « À l'issue de l'examen de Fatou nous pouvons affirmer qu'elle présente par moments des crises d'épilepsie. La crise d'épilepsie quand elle survient, altère complètement le discernement de la personne. Fatou était en état de démence au moment d'accoucher, car ayant accouché probablement au cours d'une crise d'épilepsie. »

Discussion

Sexe

Les patients reçus après avoir commis un homicide sont surtout des hommes. Certains auteurs lient de manière claire la violence au genre masculin. Il est évident que la force physique peut être un élément déterminant de certains actes violents. Plusieurs auteurs ont d'ailleurs fait le constat que la plupart des homicides, surtout intrafamiliaux, étaient l'œuvre d'hommes (Barnard, 1982 et Boisvert, 1996).

Sur la période de 5 ans, seules 2 femmes ont été admises pour homicide. Il s'agit de 2 cas d'infanticide dont les auteures étaient épileptiques. L'une aurait accouché lors d'une crise et le décès du bébé serait accidentel. Pour l'autre, il s'agissait d'une crise d'agitation paroxystique au cours de laquelle elle avait tenté de se jeter dans un puits avec son enfant dans les bras. Elle avait été rattrapée alors que son enfant était déjà tombé dans le puits. L'infanticide constitue selon une étude sur les femmes incarcérées au Sénégal (Sène 2006) 30% et le premier des motifs d'incarcération. Le profil classique de la femme auteure d'infanticide diffère de celui des patientes de notre étude. Il s'agit classiquement de femmes célibataires ou mariées. Lorsqu'elles sont mariées, le mari est absent et n'est pas alors l'auteur de la grossesse. Le motif évoqué est alors la honte de donner naissance à un enfant illégitime. La grossesse est maintenue cachée jusqu'au terme dans ces cas.

Statut matrimonial

Notre série est en majorité composée de célibataires. Les pathologies psychotiques chroniques qui sont les plus représentées dans notre échantillon ont un fort potentiel désocialisant, en ce sens qu'elles comportent un désinvestissement progressif de la réalité, entraînant un repli et un appauvrissement relationnel. Les relations notamment matrimoniales sont difficiles voire impossibles pour ce type de patients. Cette majorité de célibataires chez des malades mentaux auteurs d'homicide a été retrouvée par d'autres auteurs (Ochonsky 1963 Stoessel 1988). Il pourrait par ailleurs expliquer l'absence dans notre étude d'uxoricides fréquents dans d'autres études (Millaud).

Niveau d'instruction

Le niveau d'études est bas et les activités professionnelles précaires et irrégulières lorsqu'elles existent. Le début précoce de la schizophrénie, diagnostic le plus représenté dans notre série, pourrait être à l'origine d'un abandon précoce des études et de l'apprentissage d'un métier. Il est rare de voir chez les schizophrènes un niveau élevé d'études. Nous avons donc plus des métiers informels, dont l'exercice se fait souvent hors de tout cadre professionnel structuré.

Mode de vie

Dans notre série, 17 patients vivaient au domicile familial au moment de l'acte. Parmi eux, 6 vivaient isolés, attachés dans une chambre qu'ils ne quittaient jamais. Ces patients ont été privés de liberté à cause d'actes violents qu'ils ont posés. La famille, pour se protéger et rassurer les voisins les a attachés et enfermés arrêtant par la même occasion les soins. Ils se sont alors jetés sur la première personne rencontrée dès qu'ils ont été ou se sont détachés.

La contention physique des malades mentaux a toujours existé en Afrique. Collomb montre cependant comment l'entourage l'expliquait au patient et l'amenaient même à l'accepter. Collomb nous rapporte le cas d'un patient attaché qui expliquait que c'était pour empêcher que les mauvais esprits se saisissent de lui et le poussent à commettre des actes regrettables (Collomb, 1971).

Actuellement, cette contention est plus vécue comme une exclusion, une modalité de protection contre un individu violent. L'exclusion pourrait ici être considérée comme un facteur déterminant dans la violence contre l'entourage. (Maisondieu, 1998).

Antécédents

D'autres actes médico-légaux ont précédé le présent homicide : violence physique dans 10 cas, homicide dans 3 cas, tentative d'homicide dans 5 cas, vols dans 1 cas, incendie volontaire dans 2 cas, destruction de biens

dans 7 cas, conduites addictives dans 1 cas, arrestation antérieure dans 1 cas.

Pour 11 patients, l'acte homicide a été le premier acte violent.

Les antécédents de violence, qu'elle soit homicide ou non sont considérés chez le malade mental comme facteur prédictif d'acte homicide (Klassen, 1994).

Moyen utilisé

15 patients ont utilisé une arme d'opportunité : bâton, brique, gros caillou : la première chose lourde sur laquelle ils sont tombés. Cette modalité alliant impulsivité et brusquerie concorde avec l'absence de planification qui est une caractéristique constante des homicides pathologiques. L'utilisation d'arme blanche ou d'arme d'opportunité est souvent retrouvée dans les études. Elle témoigne de la brutalité et du contexte émotionnel autour de ces actes (Dubreucq 2005).

Lieu de l'homicide

15 homicides ont été commis dans le domicile commun à la victime et à l'auteur. Dans ces différents cas, l'auteur et la victime se connaissaient et vivaient ensemble. Cette caractéristique a été depuis assez longtemps retrouvée par d'autres études qui ont porté sur des homicides commis par les malades mentaux (Cormier 1971, Addad 1977, Steadman 1998).

Lien avec la victime

Dans 15 cas, il existait un lien de parenté entre l'auteur et la victime. : 2 patients ont tué leurs 2 parents, 4 patients leur mère, 2 patients leur père. 2 patients ont tué leur enfant, 4 patients leur cousin, 1 patient a tué son neveu. Dans les 4 cas où il n'y avait pas de liens de parenté, la victime et l'agresseur se connaissaient (ami, enfant d'un ami, voisin).

Dans un seul cas, la victime et l'auteur ne se connaissaient pas : il s'agit du meurtre d'un intervenant sapeur-pompier qui devait acheminer le malade à la structure de soin.

Richard-Devantov montre que 50 à 70% des victimes sont des membres de l'entourage familial. Une grande proximité géographique et affective entre auteur et victime est souvent retrouvée (Richard-Devantoy 2009).

Attitude après l'homicide

15 ont avoué spontanément l'homicide. Dans les 20 cas, on retrouvait un acharnement sur la ou les victimes. Aucun des patients n'a essayé de dissimuler l'acte ou de fuir. Il a été noté chez 2 patients des attitudes et des positions bizarres : prières, acrobaties effectuées à côté du ou des corps.

Cette attitude tranche avec celle souvent observée lors d'un homicide avec des motifs non pathologiques où l'auteur tente de se soustraire à un éventuel jugement et une condamnation (dissimulation des empreintes, fuite du lieu de l'homicide, dissimulation de l'arme du crime et du corps) (Bénézech, 2002).

Diagnostic

16 patients ont eu un diagnostic de psychose chronique : 12 cas de schizophrénie paranoïde et 4 cas de paranoïa délirante.

L'association importante entre schizophrénie et conduites violentes a déjà été décrite. Eronen, en Finlande, à partir d'une population de 1423 hommes incarcérés, montrait que la schizophrénie multiplie par 10 le risque d'un acte violent (Eronen, 1998). Plusieurs autres auteurs se sont intéressés à cette association. La forme paranoïde c'est-à-dire avec un délire est la plus incriminée. (Albernhe, 1997), (Vandamme, 2009), (Bourgeois et coll., 2005).

Le diagnostic de paranoïa aussi est souvent retrouvé chez les auteurs d'homicide où l'acte correspondrait à l'épuisement des voies de recours et est dirigé contre le persécuteur désigné (Bouchard, 2005). Pour les auteurs présentant un délire de type paranoïaque, l'homicide paraît plus « motivé » et prémédité. L'auteur a souvent présenté aux enquêteurs un récit apparemment cohérent où il est d'abord victime avant de se défendre. C'est souvent au cours de l'incarcération que la pathologie a été suspectée et l'expertise ordonnée.

L'épilepsie présente dans notre échantillon est aussi souvent observée dans le passage à l'acte violent. Ce sont surtout les troubles caractériels qu'elle implique qui expliqueraient la violence (Bénézech 2002).

Traitement au moment de l'homicide

Aucun des patients auteurs d'homicide ne prenait de médicaments au moment du passage à l'acte. Pour 11 patients l'acte homicide a été inaugural. Pour 6 autres un acte violent a été le motif d'un arrêt de tout soin et d'un isolement (attachés dans une chambre). Pour le reste il s'agit d'un arrêt volontaire ou de difficultés économiques de la famille pour se procurer les médicaments.

L'absence de traitement est un facteur important dans la violence des malades mentaux retrouvé par d'autres auteurs. (Mulvey et Lidz, 1998) le surestiment par rapport aux autres facteurs prédictifs de violence.

Le traitement permet une régression des signes entravant la communication avec l'entourage tels que l'agitation, l'agressivité...et constitue ainsi la première étape vers une resocialisation.

Evolution

L'ensemble des patients de l'étude a eu à terme un traitement. Ceux qui ont eu une expertise ont par la suite été internés ou suivis en ambulatoire (les 2 patientes souffrant d'épilepsie).

Une régression des symptômes a pu être obtenue dans les 18 cas. Le retour en famille a parfois été difficile à cause de la stigmatisation du patient qui a induit une certaine résistance de l'entourage. Un changement de lieu de résidence a été nécessaire dans 3 cas. Le patient est accueilli par d'autres membres de sa famille vivant dans une localité différente de celle où il a commis l'homicide. Dans 2 cas, la famille a trouvé pour le patient une chambre en location pas très loin de la maison familiale pour pouvoir le surveiller.

Le traitement avec des neuroleptiques retard a été institué dans les 18 cas avec une surveillance impliquant la famille, l'autorité administrative, la structure sanitaire de proximité du lieu d'habitation.

10 patients ont pu reprendre des activités professionnelles satisfaisantes.

Conclusion

Au Sénégal, la prise en charge des malades mentaux, leur protection et celle de leur entourage est organisée par la loi 75-80, de même que l'article 50 du code pénal. Néanmoins, les conduites violentes de malades mentaux faisant des victimes dans leur entourage immédiat sont encore observées et fortement médiatisées. Ces actes répondent à des caractéristiques particulières dans leur exécution : le mode, le lieu, le moyen utilisé, les victimes jusqu'aux attitudes après l'acte. Tous ces éléments sont liés à la psychopathologie. Le traitement reste un facteur potentiellement protecteur contre la survenue de telles conduites. Le contexte de pauvreté, le coût des traitements, de même que la disponibilité des psychotropes peuvent être évoqués comme facteurs favorisant ces comportements violents, pathologiques.

La prévention des conduites violentes de malades mentaux passera donc nécessairement par un traitement adapté et un bon suivi des patients, notamment ceux qui sont atteints de psychose. Il importe donc que les structures étatiques puissent parallèlement aux lois, assurer un soutien aux familles pour un traitement efficace des malades mentaux. Une décentralisation des structures de soins de santé mentale serait aussi un élément important dans le dispositif de prise en charge.



Scène de rue à Dakar. Photographie du Pr Thiam (novembre 2015).

Bibliographie

1. Addad M, Bénézech M. « Schizophrénie et délinquance. Enquête médico-sociale chez 116 psychotiques, dont 83 délinquants, hospitalisés en centre hospitalier spécialisé ». *Ann Médicales* 1977 ; 1(1) : 1-33
2. Albernhe T. *Les groupes des schizophrénies*. In : Albernhe T éd. *Criminologie et psychiatrie*. Paris : ellipse, 1997 : 316-21
3. Arboleda-Flórez J, Holley H, Crisanti A. "Understanding causal paths between mental illness and violence". *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33(Suppl. 1):S38-46
4. Barnard G.W., Vera H., Vera M.I and Newman G: "Till death do us part: A study of spouse murder". *Bul Am. Acad. Psychiatry Law* 10 (1982), pp. 271-280.
5. Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois ML. « Criminologie et psychiatrie ». *Encycl Méd Chir Psychiatrie* 37-906-A-10, 2002, 15p.
6. Bénézech M., Le Bihan P., Chapenoire S., Bourgeois M.L. : « Réflexion sur la fréquence et les facteurs prédictifs des homicides psychotiques : à propos de trois observations avec mutilation corporelle ». *Ann. Méd. Psychol.* ; 2008 ; 166 : 558-68
7. Boisvert R. : « Éléments d'explication sociale de l'uxoricide ». *Criminology* 29 (1996), pp. 73-87.
8. Bouchard JP. « Violences, homicides et délits de persécution ». *Ann Méd Psychol* 2005 ; 163 : 820-6
9. Bourgeois M, Bénézech M, Le Bihan P. « la haine psychotique et le passage à l'acte destructeur ». *Ann Méd Psychol* 2005 ; 163 : 656-61
10. Collomb H. : *Agressivité et individualisation*, Psychiatry (Part 1), Proceedings of the V. World Congress of Psychiatry (México, 1971), Amsterdam, Excerpta Medica International Congress Series n° 274, 144-151.
11. Cormier B. "The psychodynamics of homicide in a specific relationship". *Revue canadienne de criminologie* 1971; 13: 1-8
12. Dubreucq J.L., Joyal C., Millaud F. « Risque de violence et troubles mentaux graves ». *Ann Méd Psychol* 2005 ; 163 : 852-65
13. Eronen M, Angermeyer M, Schulze B. "The psychiatric epidemiology of violent behaviour". *Soc Psychiatry Epidemiol* 1998; 33:13-23
14. Hodgins S. - "The major mental disorders and crime: Stop debating and start treating and preventing" - *Int J Law Psychiatry* 2001;24:427-46.
15. *Journal officiel de la République du Sénégal*, 1975, sp. n° 4436, 21 juillet 1975 : 1008-1009. (loi)
16. *Journal officiel de la République du Sénégal*, 1975, n° 4456, 22 novembre 1975 : 1063. (décret)
17. Klassen D., O'Connor W. A. "Demographic and Case History Variables in Risk Assessment". In: Monahan J., Steadman H., Ed. *Violence and Mental Disorder*. The University of Chicago Press, 1994: 229-257.
18. Kottler C., De Beaupaire C.: « Dangereux et psychiatrie ». *Perspectives Psy* 2005 ; 44(3) : 176-7
19. Maisondieu J. « Exclusion, psychiatrie et fraternité : les exclus ». *L'Information psychiatrique* 1998 ; 74 : 333-9.
20. Mbassa M.D. « Auteurs d'homicides et de tentative d'homicides, quelles caractéristiques? Etude portant sur des rapports d'expertises psychiatriques faits au Cameroun ». *Médecine tropicale* 2009, 69 : 255-262
21. Millaud F, Marleau J.D., Proulx F, Braut J. : « Violence homicide intrafamiliale ». *Psychiatrie et violence* Vol 8, numéro 1, 2008
22. Mulvey E, Lidz C. « Clinical prediction of violence as a conditional judgement ». *Soc Psychiatry Epidemiol* 1998; 33: S107-S113.
23. *Nouveau Code Pénal du Sénégal* annoté, Dakar, EDJA 2000.
24. Ochoisly A. : « Contribution à l'étude du parricide. À propos de 12 observations cliniques ». *Psychiatr Enf* 6 (1963), pp. 411-487.
25. Richard-Devantoy S, Chocard AS, Bourdel MC, Gohier B, Duflot JP, Lhuillier JP. « Homicide et maladie mentale graves : quelles sont les différences socio-démographiques, cliniques et criminologiques entre des meurtriers malades mentaux graves et ceux indemnes de troubles psychiatriques ? ». *Encéphale* 2009; 35 : 304-14.
26. Sène K. « Femmes en prison au Sénégal: du statut de victime au statut de bourreau ». *Psycause II : Horizons* 2006 ; N° 37
27. Senon J.L., Lopez G., Cario R. et al. : *Psychocriminologie. Clinique, prise en charge, expertise*. Paris : Dunod ; 2008
28. Steadman H, Mulvey P, Monahan J et al. "Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods". *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 393-401
29. Stoesel P and Borstein S.J. « Enquête sur le parricide en France en 1985 et 1986 ». *Ann Psychiatr* 3 (3) (1988), pp. 222-229.
30. Teplin L. "The criminality of the mentally ill: A dangerous misconception". *Am J Psychiatry* 1985;142:593-9.
31. Vandamme MJ. « Schizophrénie et violence : facteurs cliniques, infracliniques et sociaux ». *Ann Méd Psychol* 2009 ; 167 : 629-37



Papa Lamine Faye



Sokhna Seck



Ndeye Awa Der Dieye



Ndeye Dialé Ndiaye Ndongo



Mamadou Habib Thiam

Évaluation psychiatrique en droit pénal : étude d'une série de 219 rapports d'expertise colligés au service de psychiatrie du CHNU de Fann à Dakar

Auteurs : Papa Lamine Faye¹, Sokhna Seck², Ndeye Awa Der Dieye³, Ndeye Dialé Ndiaye Ndongo⁴, Mamadou Habib Thiam⁵

Correspondant : Dr Mamadou Habib THIAM, Professeur Titulaire, Chef de Service de Psychiatrie et de psychologie médicale, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, B.P. 5406, Dakar-Fann, Dakar (Sénégal), Courriel : mamadouhabibthiam@gmail.com

Résumé : dans ce travail, les auteurs rapportent les résultats d'une étude rétrospective, de 219 rapports d'expertises psychiatriques en droit pénal effectués à la Clinique Psychiatrique du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann à Dakar de 1965 à 2005. Il s'agit d'une série, à dominance masculine (84 %), dans l'ensemble jeune (âge moyen 29 ans). Les actes délictueux sont dominés par les violences graves (27 %), les homicides et tentatives d'homicides (24 %), les vols (19 %) et les infanticides et complicité d'infanticide (10 %). Les troubles psychiques les plus fréquents sont : la schizophrénie (30 %), les psychoses aiguës (13 %) et l'épilepsie (10 %). Les experts se sont prononcés sur l'état mental du sujet au moment des faits dans 100 % des cas, la responsabilité du sujet a été demandée dans 60 % des expertises : cette responsabilité est nulle dans 55 %, atténuée dans 30 % des cas et entière dans 15 % des cas. Les experts ont souligné la nécessité d'une prise en charge dans 68 % des cas et la dangerosité dans 42 %.

Mots clés : Expertise • Psychiatrie • Droit pénal • Dangerosité • Responsabilité pénale.

Abstract : The authors report the results of a retrospective study, of 219 psychiatric expert reports in criminal law carried out to the Psychiatric Private clinic of the University National Hospital complex of Fan in Dakar of 1965 to 2005. It is about a series, with male predominance (84%), as a whole young (average age 29 years). The criminal acts are dominated by serious violences (27%), the homicides and attempts at homicides (24%), the flights (19%) and the child murders and complicity of child murder (10%). The psychic disorders most frequent are: schizophrenia (30%), psychoses acute (13%) and the epilepsy (10%). The experts came to a conclusion about the mental state of the subject at the time of the facts in 100% of the cases, the responsibility for the subject was asked in 60% of the expertise: this responsibility null in 55%, is attenuated in 30% for the cases and whole in 15% for the cases. The experts underlined the need for an assumption of responsibility in 68% of the cases and the dangerousity in 42%.

Keywords : Appraise • Psychiatry • Criminal law • Dangerousity • Penal responsibility

1. Maître de Conférences Agrégé, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

2. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

3. Interne en Psychiatrie des Hôpitaux de Dakar, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

4. Maître-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

5. Professeur, Chef de Service, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal. Courriel : mamadouhabibthiam@gmail.com

Introduction

L'existence d'une relation entre pathologie mentale d'une part, la violence et la transgression des règles sociales d'autre part, a été rapportée par plusieurs auteurs [3, 32, 49]. Les législations de la plupart des pays reconnaissent d'ailleurs cette association. L'image du fou, commettant un crime violent sans raison apparente constitue un sujet récurrent des médias qui reprennent quelques faits divers spectaculaires. Jusqu'à récemment, certains auteurs n'acceptaient pas le fait qu'il puisse exister une corrélation entre violence et troubles mentaux, argumentant que la relation entre maladie mentale et criminalité est complexe et ne peut se réduire à un simple lien de causalité [21]. L'utilisation de groupes contrôles statistiquement appropriés pour les variables sociodémographiques faisait disparaître ce lien apparent [49].

Toutefois, depuis que les méthodes épidémiologiques ont progressé, des données récentes sur une association possible entre violence et maladie mentale ont été établies. Les évidences se sont ainsi accumulées montrant que les personnes présentant des troubles mentaux ont une augmentation du risque de criminalité. Ainsi, l'ouverture de la justice à des experts donne une possibilité d'évolution des modes de juger [18] et les médecins ont maintenant un rôle à jouer autour du criminel dans l'établissement des preuves du délit et dans l'appréciation de la santé mentale du prévenu [16]. Les objectifs étaient d'évaluer globalement ces expertises psychiatriques, de dégager un profil sociodémographique des détenus, d'analyser les conclusions des experts et faire ressortir éventuellement les insuffisances en vue d'améliorer les rapports ultérieurs.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective qui porte sur les rapports d'expertise psychiatrique pénale des archives du Service de Psychiatrie du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann à Dakar de 1965 à 2013. Ces expertises étaient ordonnées par les juges d'instruction des différentes Cours d'Assises du Sénégal. Pour les critères de sélection, il fallait que le rapport d'expertise porte sur une affaire pénale et soit effectué par un psychiatre exerçant à Fann durant la période d'étude. Nous avons recueilli les informations sur un questionnaire qui comportait différents items portant sur l'expertisé (état civil, antécédents, nationalité, niveau socioprofessionnel), le délit (nature, position par rapport au délit, motivation, victime), l'expertise (durée, délai entre le délit et la réalisation de l'expertise, les conclusions de l'expert).

Résultats

Sur les 347 rapports d'expertise retrouvés dans les archives du service, nous avons dû en éliminer 128 dont 122 qui portaient sur des expertises civiles et administratives notamment. Les six autres sont des expertises pénales dont les renseignements sont incomplets du fait des dégradations des documents. Au total 219 rapports d'expertise ont été retenus afin d'être traités avec le logiciel d'exploitation statistique SPSS dans sa version 11.0.

Données sociodémographiques

Les données portant sur le sexe et l'âge ont montré que les hommes représentaient 84,4% de la série et les femmes 15,6% (sex-ratio de 6/1). L'âge des expertisés était relativement jeune (figure 1). La tranche d'âge de 23-32 ans est la plus représentée. Les âges extrêmes étaient 13 et 78 ans. L'âge moyen est de 29 ans.

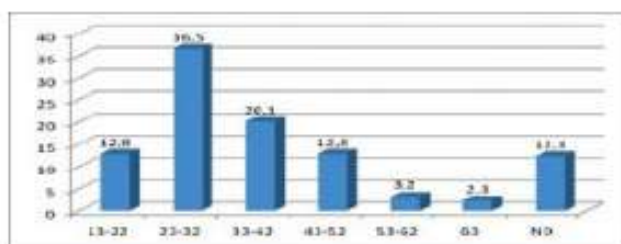


Figure 1 : Répartition par tranches d'âge

Pour la situation matrimoniale, il y'avait 47% de célibataires, 28% de mariés, 12% de veufs, 10,5% de divorcés.

Pour l'ethnie, les Wolof sont plus nombreux dans notre série avec 42,5%. Viennent ensuite les Pulaar (23,3%), les Serer (11,9%). Les autres ethnies étaient sous représentées. La répartition selon la religion a donné 92% de musulmans, 7% de chrétiens et 1% d'animistes.

Selon la nationalité, il y'avait 87,7% de sénégalais; 2,7% de maliens ; 2,7% de guinéens ; 1,4% de mauritaniens et 5,5% de diverse autres nationalités.

Le taux de scolarité est très bas dans l'ensemble. La majorité est illettrée ou peu instruite. Plus de 60% des expertisés n'ont pas dépassé le niveau des études primaires. Le niveau scolaire n'a pas été mentionné dans 29% des rapports.

La situation professionnelle semble être corrélée au niveau scolaire : 21,5 % sont sans emploi, 54% n'ont pas de profession stable et dans 15% des cas la profession n'a pas été mentionnée par l'expert.

Les antécédents ont donné les résultats suivant : 58,9% d'antécédents psychiatriques et 41,1% sans aucun antécédent. Nous avons noté 30% de conduites addictives et 13% d'antécédents judiciaires.

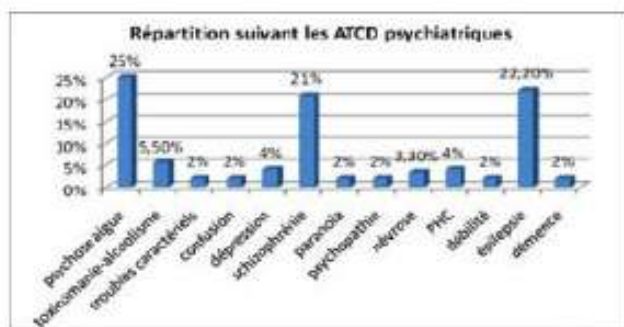


Figure 2 : Répartition des antécédents psychiatriques

Parmi les antécédents psychiatriques nous avons retrouvé une prédominance des psychoses aiguës (25%), des schizophrénies (21%), de l'épilepsie dans 22,2% des cas (figure 2).

II.2. les données concernant le délit

Les actes délictueux se répartissaient en trois grandes rubriques (figure 3) :

- Délits contre les biens pour 22,4 % dont les (19,2%), les détournements (1,4%), les faux et usage de faux (0,9%) et les incendies volontaires (0,9%).
- Délits contre les personnes pour 76% répartis en violences graves (26,5 %), homicides et tentatives d'homicides (24 %), infanticides (9,6 %), attentats à la pudeur (1 %), viols ou tentatives de viol (4,6 %) et inceste 0,5 %.
- Autres types de délits qui représentaient 12 % (enlèvement de mineurs, port illégal d'arme à feu, désertion dans l'armée, injures contre le chef de l'état ...).
- Dans certains cas les délits suscités étaient associés.



Figure 3 : Répartition des sujets selon la nature du délit reproché

Dans 62 % des cas, l'inculpé et sa victime ne se connaissaient pas auparavant. Dans 25,5% des cas, ils avaient des liens familiaux ou se connaissaient avant.

Dans 3,7 % des rapports, cette information n'a pas été mentionnée.

Pour la position de l'inculpé par rapport au délit, 51% des sujets ont reconnu les faits qui leur sont reprochés et 32% étaient dans le déni, alors que 17 % n'avaient

aucune position par rapport à l'acte délictueux.

Pour le mobile du délit, la majorité des inculpés (80%) ont avancé un motif justifiant leur acte : légitime défense (15,5%), provocation (7,3%), forces mystiques ou extérieures (9,1%), divers autres motifs (34%) et sans motif (20%).

II.3. Les données de l'expertise

Pour la répartition selon la durée de l'expertise, dans 27% des cas un seul entretien a suffi à l'expert pour faire son rapport. Ce délai a été d'un mois (23%), supérieur à un mois (19%) et non précisé dans le rapport dans 31%. Les examens complémentaires ont été demandés dans 52 % des cas. Il s'agissait d'EEG (74,6%), diverses examens de biologie (14,4%) et de radiologie du crâne (11%).

II.4. Les conclusions de l'expert

• Sur l'état mental des inculpés, les experts ont conclu à l'existence d'un trouble mental dans 58% des cas. Les principaux diagnostics retenus étaient répartis ainsi :

- Schizophrénie (30%)
- Autres psychoses chroniques (14%)
- Psychoses aiguës (12,6%)
- Épilepsie (10,2%)
- Psychopathie (6,3%)
- Débilité (4,7%)
- Démence (3,9%)

• Un lien de causalité entre l'anomalie et le délit, a été noté dans 41,1% des rapports d'expertise et 88,8% de ces experts ont établi un lien de causalité entre la pathologie diagnostiquée et le délit commis. Dans 58,9% des rapports les experts ne se sont pas prononcés sur le lien de cause à effet.

• Sur l'accessibilité à une sanction pénale, les experts n'ont pas répondu dans 70,3% des cas. Dans les 30% restant, la réponse a été négative pour 63% et affirmative dans 37% des cas.

• Selon l'éventualité d'une prise en charge médicale, 32,4% des experts n'ont pas répondu à cette question. Dans les 67,6% de réponses obtenues, nous avons noté qu'elles étaient affirmatives dans 71,6% des cas et négative dans 28,4% des cas.

• Selon la dangerosité, dans 58,4% des rapports, les experts ne se sont pas prononcés. Dans les cas où ils se sont prononcés, la répartition a été de 47,1% pour le « non » et de 52,9% pour le « oui ».

• D'autre part, dans 41,1% des cas, les experts ne se sont pas prononcés sur le degré de responsabilité. Dans 58,9% des cas où ils se sont prononcés, ce degré de responsabilité a été nul pour 55%, atténué dans 29,5% et entier dans 15,5%.

Commentaires

Le profil sociodémographique des sujets de notre échantillon montre qu'il s'agit le plus souvent d'un sujet de sexe masculin. Il est à noter que le rapport des genres dans notre société est de 48 % d'hommes et 52 % de femmes [71]. Ces chiffres sont un peu en deçà des statistiques sénégalaises sur la criminalité qui sont de 92,13 % d'hommes contre 7,87 % de femmes [71]. Les chiffres rapportés par Hodgins S. et col [32] dans une étude criminologique effectuée en 1980 dans six villes canadiennes portant sur 256 cas et celles Tunisiennes : Ferchichi B. [22] et Maaleej M. [44] vont dans le même sens. Ce contraste entre les criminels masculins et féminins tient donc, en première analyse, à des modes de sociabilité et des styles de vie en partie différents (l'espace public, l'usage de substances toxiques, la vie nocturne caractérisent davantage les crimes chez les hommes). Ce contraste renvoie aussi, au-delà des comportements et des styles de vie, à des représentations sociales, des identités de genre, qui favorisent chez les hommes le recours plus facilement à la violence physique. Et le fait que, en matière criminelle, la répartition par sexe des auteurs n'évolue pas au cours du temps, malgré les transformations profondes du statut social

des deux sexes que connaissent nos sociétés depuis la colonisation, témoigne à sa façon de la force des représentations et des identités en question.

Le profil sociodémographique des sujets de notre échantillon montre qu'il s'agit le plus souvent :

D'un jeune adulte. Dans notre série le plus jeune inculpé avait 13 ans au moment des faits et, le plus âgé avait 78 ans, mais il s'agit là de cas singuliers. Plus de 70 % des infractions sont des cas d'hommes âgés de 15 à 50 ans et presque quatre fois sur dix le fait d'hommes âgés de 18 à 30 ans. Ces chiffres sont très proches de ceux trouvés par d'autres auteurs : maximum à 21-30 ans pour Maaleej M. [44], 32 ans pour Benezech M. [6,11] et 30 ans pour Hodgins S. et col [32] et cités comme facteur de risque [47]. Les deux extrêmes s'expliquent par deux cas d'homicides involontaires chez un élève mineur de 13 ans et un dément de 78 ans, alors que la jeunesse relative rejoint la pyramide des âges au Sénégal avec 58 % de moins de 20 ans contre 5 % de plus de 60 ans [71].

D'une affaire de personnes vivant en dehors d'un lien matrimonial avec une majorité de célibataires. Et on sait que le célibat a souvent constitué un facteur de risque associé dans les délinquances Millaud F. [47]. Ces taux sont loin de ceux rapportés par Hodgins S. [32] avec 78,9% ; Ferchichi B. [22] et Maaleej M. [44] en Tunisie avec 60 % de célibataires.



Le service de psychiatrie du CNHU de Dakar. Photo du Pr Thiam.

D'un mauvais départ dans la vie sociale : corrélée au bas niveau de scolarisation. Plus de 50 % des sujets n'ont aucun diplôme. A peine 10 % ont le brevet de fin d'études moyen (BFEM) et moins de 5 % ont le baccalauréat ou un diplôme de l'enseignement supérieur. Ces résultats ont comme corolaire les difficultés d'insertion socio-économique.

D'une absence de ressources économiques : le fait que les infractions ont été dans environ 60 % des cas commis par des personnes appartenant aux couches populaires, voir aux milieux sociaux les plus défavorisés n'est pas surprenant. Des taux proches sont rapportés dans la littérature internationale Maaleej M. [44] (77 %).

D'une surreprésentation des inactifs et des ouvriers : au vu de leur niveau scolaire et compte tenu de la période d'étude traversée par la grande sécheresse des années 1970 marquée par un très fort taux de chômage, on n'est pas surpris de constater que les sujets soient beaucoup plus des sans emploi (21,5 %) ou sans emploi fixe (26 %). Les autres situations sont relativement marginales. Ce qui est conforme à la répartition de la population active au Sénégal qui n'est que de 30 % pour la tranche d'âge 20-55 ans [76].

Il est à noter ici qu'un faible taux de scolarité accompagne un bas niveau de statut socio-économique et professionnel. Si une quelconque relation de cause à effet ne peut être valablement avancée, il n'en demeure pas moins que l'argument socio-économique est souvent pris en compte dans la genèse de certains délits.

L'étude Mc Arthur, citée par Millaud F. [17,47] a insisté sur l'importance du contexte social dans lequel vivent ces sujets. Ils ont montré que ceux qui vivent dans un environnement social défavorisé commettent davantage d'actes de violence que ceux demeurant dans un quartier plus favorisé.

D'une affaire de nationaux : Les sénégalais représentent 90 % de la série contre 10 % d'étrangers dont la moitié est constituée de ressortissants de la sous-région ouest africaine. Un taux très proche est rapporté par Hodgins S. [32] avec 84 % de canadiens.

En regardant de plus près, il nous paraît clair que ces personnes vivent en marge de la société et que leur participation sociale semble se limiter aux contacts qu'ils ont développés avec le système sanitaire (60 % d'antécédents psychiatriques), judiciaire (13,6 % avaient un casier judiciaire chargé) et celui de la drogue (30 % avaient des addictions). Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Hodgins S. [44] au Canada : 25% d'usagers de drogues et 52% d'antécédents psychiatriques.

En résumé, le profil statistique des mis en cause auprès desquels on a fait une évaluation psychiatrique, confirme les études des cas. Il s'agit d'abord d'hommes, jeunes, sans emploi, et faiblement scolarisés qui fonctionnent en dehors des normes de la société, dans des zones à prédominance urbaine. Ils ont souvent des addictions aux substances toxiques, n'ont pas eu de vie familiale, ont pour la plupart des antécédents psychiatriques ou ont parfois séjourné en prison.

Ceci nous amène à parler des délits qui sont plus le fait des hommes que des femmes. Ces délits sont majoritairement commis contre les personnes à 76 % avec une prédominance de trois délits : violences graves, homicides et tentatives d'homicides et les infanticides. Ces chiffres et la gravité du crime pourraient en partie expliquer la perception de grande dangerosité des malades mentaux dans les médias et la population [47].

D'autre part, la réponse relève des cas de pathologies lourdes, telles que la schizophrénie (30 %) (Figure 18a). Cela se reflète dans la proportion élevée que représentent les gestes homicides des malades mentaux : entre 5 et 20% voire plus Millaud [47]. Benezech M. [11] dans une enquête criminologique sur 547 sujets placés d'office de 1967 à 1976 et Maaleej M. [44] sur une étude portant sur 82 rapports d'expertises à Sfax en Tunisie rapportent des chiffres très proches.

La victime est principalement un inconnu (61%) et un membre de l'entourage familial dans 39% des cas pour tous les délits. Ceci relèverait du nombre important des violences graves, qui, commis sur un proche, sont généralement réglées à l'amiable. En analysant les délits sur les personnes à part, la tendance s'inverse du fait de l'incidence de l'infanticide et des homicides. La suppression de l'enfant apparaît pour la mère comme une solution qui permet d'échapper aux conséquences socio-familiales.

Au-delà des chiffres se pose le problème de la gestion de la pathologie mentale de façon générale et plus particulièrement au sein de la famille.

La reconnaissance du délit par l'inculpé à 51% peut s'expliquer, d'une part par le pourcentage élevé de sujets normaux et d'autre part par la conviction délirante dans certaines pathologies psychiatriques. Ces résultats sont en deçà de ceux trouvés par Dauver B. [15] dans une étude au près de 400 détenus au centre pénitencier de Caen avec 73 % de reconnaissance des faits. Cette reconnaissance des faits justifie que 80% des mis en cause aient pu avancer le motif du délit qui leur est reproché. Ces motifs sont essentiellement de deux ordres : motifs

franchement pathologiques (absurde, délirant etc....) et délits à but utilitaire. Maalej M. [44] a trouvé un pourcentage proche de motif connu (51 cas sur 82 soit 62 %).

Que pouvons-nous retenir de l'expertise proprement dite ?

Le retard entre l'arrestation et l'ordonnance d'expertise traduit les lenteurs dans le fonctionnement de la justice dans notre pays. Ce qui est contraire aux dispositions prévues par le code de procédure pénale Sénégalais en son article 56 (Loi n° 85-25 du 27 février 1985) qui stipule : « Si le Procureur de la République ou son délégué l'estime nécessaire, il peut faire examiner la personne gardée à vue par un médecin qu'il désigne, à n'importe quel moment des délais prévus par l'article précédent ». « Il peut également être saisi aux mêmes fins et dans les mêmes délais par la personne gardée à vue sous le couvert de l'officier de police judiciaire par toute personne ou par son conseil; dans ce cas, il doit ordonner l'examen médical demandé ». « Cet examen médical est pratiqué sur les lieux mêmes où la personne est gardée à vue et lorsqu'il n'est pas demandé d'office par le Procureur de la République aux frais consignés préalablement par la partie requérante. Dans ce dernier cas, l'acte de désignation porte mention de l'existence de cette consignation ».

Ces délais ne doivent pas dépasser 24 à 48 heures selon les dispositions du même code en son article 55, alinéa 2. Mais peut être prorogé d'un nouveau délai de 48 heures par autorisation du Procureur de la République, de son délégué ou du juge d'instruction, confirmé par écrit. Les délais prévus au présent article sont doublés en ce qui concerne les crimes et délits contre la sûreté de l'Etat ; ils sont également doublés pour tous les crimes et délits en période d'état de siège, d'état d'urgence [13]. Il ressort de ces différentes dispositions du code de procédure pénale sénégalais que dans les cas de crimes ou de flagrants délits l'inculpé doit pouvoir bénéficier, si besoin est, d'un examen médical dans un délai maximum de 96 heures.

Concernant la réalisation pratique de l'expertise nous avons pu déterminer sa durée dans la plupart des cas. Les retards dans la finalisation du rapport s'expliquent par la nécessité d'autres entretiens ou pour demander des examens complémentaires qui ont très souvent tardé à se faire. A propos de ces examens, le faible recours au scanner pourrait se justifier d'une part par son coût et d'autre part pour son usage tardif dans le plateau technique des structures sanitaires du Sénégal. Quand

le juge d'instruction a des doutes sur l'intégrité mentale de l'intéressé, conformément à l'article 149 du Code de Procédure Pénale Sénégalais, il fait appel à l'avis du psychiatre en lui demandant de répondre à certaines questions.

De façon générale, nous avons noté une certaine disparité dans les questions posées à l'expert psychiatre. Il n'a eu, le plus souvent, à se prononcer que sur l'état mental du sujet au moment des faits et de sa dangerosité, selon la demande du juge ou de l'autorité requérante. Par ailleurs, nous avons aussi noté des omissions dans certaines réquisitions. Le délit est parfois non détaillé ; l'oubli de la date et/ou des circonstances du délit, l'identité de la victime et l'année de l'expertise, entre autres, ne sont pas exceptionnels.

Dans notre série, la prédominance des sujets diagnostiqués malades, doit tenir compte du fait que l'expertise est demandée généralement pour des sujets présentant des indices de troubles mentaux. Ceux-ci seront, par conséquent, trouvés chez la quasi-totalité. Mais qu'en serait-il si l'examen psychiatrique était fait de façon systématique ? Millaud F [47], dans une synthèse de la littérature sur la prédiction du comportement délinquant des malades mentaux rapporte que : « Bien que la prévalence de la délinquance soit plus élevée chez des patients atteints d'un trouble mental grave qu'au sein de la population générale, 90% n'ont jamais été violents. On estime généralement entre 3 et 5% la violence attribuable aux malades mentaux ».

La répartition nosographique montre une prévalence des psychoses, notamment la schizophrénie, et de l'épilepsie dans les conduites délictueuses. Ce qui rejoint les conclusions des études rapportées Millaud F [47] concernant la schizophrénie. Des études occidentales et maghrébines (Tableau), similaires montre dans l'ensemble, des chiffres plus élevés, de psychopathes et d'alcooliques, et des proportions faibles de débiles et de névrotiques.

Sur la question du lien entre la pathologie et le délit, les 59% d'absence de réponse se justifient par le fait qu'elle n'a pas souvent été mentionnée dans l'ordonnance du juge requérant.

Pour l'accessibilité à une sanction pénale, dans notre série, cette question n'a pas aussi été très demandée par les juges car il est clairement précisé dans le Code de Procédure Pénale Sénégalais en son article 152 que : « La mission de l'expert ne peut avoir pour objet que l'examen de questions d'ordre technique. Elle est précisée dans la décision qui l'ordonne ». Ces chiffres sont loin des 84

% de sujets déclarés aptes à subir leur procès rapportés par Hodgins S. [32].

Quant à l'éventualité d'une prise en charge, le pourcentage plus grand du oui est relativement conforme aux conclusions sur l'état mental des sujets de la série. Les différentes modalités ont très souvent été notifiées. Il s'est plus agi d'un suivi en ambulatoire et parfois d'une hospitalisation en milieu spécialisé. Ces sont proches de ceux rapportés par Hodgins S. [32], à propos de l'étude canadienne : Dans 40,2% des cas, ils ont recommandé un traitement externe, dans 21% l'hospitalisation ; dans 14,3% l'emprisonnement ; dans 10,3% la prolongation du temps d'observation ; dans 14,3% aucune recommandation.

Pathologies	Notre étude (Dakar 2009)	Maaletz Stax 1987	Andrieux Villajouf 1976	Benech Cudifac 1981
Schizophrénie	30	25,6	-	40,5
Paranoïa	5,5	3,7	40,9	7,7
Psychose Aigue	12,7	2,4	-	2,4
Psychopathie	6,3	29,3	24,4	40,5
Délinquance	4,7	22	8,3	16,4
Alcoolisme	1,6	-	6,9	6,7
Epilepsie	10,2	2,4	5,9	4,8
Démence organique	2,0	1,25	0,5	0,4
Névrose	0,8	8,3	-	1,3

Tableau : Etudes occidentales et maghrébines selon les pathologies

Les experts ont rarement eu l'occasion de se prononcer sur la question de la dangerosité des sujets examinés. Ce qui n'a pas été le cas dans l'étude canadienne dans laquelle Hodgins S. [32] trouve que pour l'ensemble de l'échantillon, il ressort que 12,1% des gens sont estimés dangereux envers eux-mêmes ; 19,8% dangereux envers autrui ; 21,4% dangereux envers eux-mêmes dans l'avenir ; 35,8% dangereux envers autrui dans l'avenir. Cependant les experts ont souvent été sollicités pour évaluer la responsabilité des inculpés au moment des faits. Il apparaît d'emblée que la pathologie mentale n'atténue pas toujours, ni ne supprime la responsabilité ce qui, somme toute, conforme à l'esprit de la psychiatrie légale.

Conclusion

Cette étude rétrospective, quoique globale, est assez schématique. Elle concerne une population de 219 inculpés en droit pénal ayant subi une évaluation psychiatrique au CHNU de Fann de 1965 à 2005. Elle suscite quelques réflexions d'ordre psychopathologique et juridique.

Le profil sociodémographique des sujets expertisés, aurait des implications plus psychopathologiques que criminologiques, puisqu'il est comparable à certaines études dans la revue de la littérature. Les résultats de notre étude nous ont permis de dégager un profil sociodémographique des sujets évalués.

Il s'agit d'hommes avec 84% de la population étudiée, de jeunes âgés de moins de 40 ans avec près de 75 % des sujets inculpés, faiblement scolarisés et sans emploi : plus de 60 % de l'échantillon n'a pas dépassé le niveau du primaire et seuls moins de 10 % sont salariés, qui fonctionnent en dehors des normes de la société : 60 % avaient déjà des antécédents psychiatriques dominés par les psychoses aiguës (25 %), l'épilepsie (22,20 %) et la schizophrénie (21 %) ; 13,6 % avaient un casier judiciaire chargé et 30 % avaient de conduites addictives, vivant dans des zones urbaines dans 80 % des cas répartis comme suit : 64 % à Dakar ; 8,7 % à Thiès et 8,2 % Kaolack qui n'ont pas de vie familiale avec seulement 28 % de mariés chez qui une perturbation psychiatrique a été retenue au moment des faits.

D'un point de vue nosographique, elle permet de mettre en évidence l'importance des principales maladies mentales impliquées dans les délits à caractère pénal, et confirme l'existence d'un risque plus élevé pour la schizophrénie autour de 30% des cas comme déjà souligné dans d'autres études. Ensuite viennent respectivement les psychoses aiguës (12,6 %), l'épilepsie (10,2 %).

Notre population d'étude était composée de personnes inculpées pour un délit pénal avec de graves problèmes psychologiques et qui proviennent essentiellement des établissements carcéraux. Ceci montre, l'importance de la réalisation d'une expertise pour tout crime ou délit relevant d'une procédure pénale durant la garde à vue, à défaut, donner au psychiatre certains renseignements afin de pouvoir se prononcer : date précise et rapport détaillé des faits. Sinon il peut conclure à l'existence de troubles au moment des faits, sans pouvoir se prononcer sur l'imputabilité totale ou partielle de ces faits aux troubles concomitants.

Dans notre étude nous avons trouvé que les expertises ont été toutes demandées au moins sept mois après l'arrestation du sujet, que l'expert n'a eu, le plus souvent, à se prononcer que sur l'état mental du sujet au moment des faits et de sa dangerosité, selon la demande du juge ou de l'autorité requérante. Par ailleurs, nous avons aussi noté des omissions dans certaines réquisitions. Le délit est parfois non détaillé ; l'oubli de la date et/ou des circonstances du délit, l'identité de la victime et l'année de l'expertise, entre autres, ne sont pas exceptionnels, que dans la plupart des cas l'expert a eu recours à des examens complémentaires (52 %) avant de se prononcer, que beaucoup de paramètres étudiés ont souvent été omis ou non précisés dans les rapports de l'expert : l'âge dans 12,6 % des cas ; la situation matrimoniale dans 13 % ; le niveau scolaire dans 28,8 % ; la profession dans 14,6 % ; les conduites addictives dans 53 % ; un rapport non daté dans 9,1%.

Ailleurs, l'évaluation de l'expert devrait se référer aux critères des possibilités de prise en charge thérapeutique. Pour y parvenir il lui a été demandé de répondre à un certain nombre de questions à savoir l'état mental du sujet au moment des faits : 58 % des experts ont conclu à l'existence de perturbations psychiatriques, la nature du lien entre le délit et l'anomalie n'a été demandée que dans 40 %, et un lien a été retenu dans 36,5 % par les experts. L'accessibilité à une sanction pénale, rarement demandée (30 %), a souvent été négative dans 19,2 % pour les experts qui ont eu à se prononcer.

La nécessité d'une prise en charge a été proposée pour 48,4 % des sujets évalués par les experts. 19,6 % des sujets ont été jugés dangereux par les experts même si la question a été rarement posée par l'autorité requérante (40,5 %). Quant à la question sur la responsabilité, souvent demandée (58,9 %), les experts ont conclu à une responsabilité nulle pour 32,4 % ; une responsabilité atténuée dans 14,4 % et une responsabilité entière dans 9,1 %.



Un kiosque à journaux à Dakar. Photographie du Pr Thiam (22 novembre 2015).

Bibliographie

1. ADSHEAD G, SARKAR S.P. - Justice and welfare: two ethical paradigms in forensic psychiatry, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2005, n°39: 1011-1017
2. AYADI A., HAMMAMI Z., et COLL. - Les morts criminelles dans la région de Sfax : Aspect médico-judiciaire, *Journal de médecine légale droit médical*, 2005, vol. 48, n°6, pp 331-335
3. BENEZECH M., - Homicidal acting-out medical and prison settings, *Annales Médico-psychologiques*, n°163-2005, pp 632-641
4. BENEZECH M., - Le psychiatre et la scène du crime : au sujet du profilage psychologique de l'agresseur homicide, *Ann. Med Psychol*, vol 157, n°1-1999, pp 41-47
5. BENEZECH M., - Nous sommes responsables de la criminalisation abusive des passages à l'acte pathologiques : « le mieux est l'ennemi du bien », *Journal français de psychiatrie*, n°13, pp 23-24
6. BENEZECH M., BENAYOUN M.D., HACHOUF S., - Homicide sadique d'un homosexuel par un schizophrène. Considérations médico-légales sur les fantasmes pervers chez les psychotiques, *Ann. Med Psychol*, n°59-2001, pp 363-368
7. BENEZECH M., - Clinique de la dangerosité dans l'expertise mentale, *Neuro psy News*, vol. 3, n° 1, janvier - Février 2004, pp 13-17
8. BESSOLES P., - « Le complexe criminogène contribution à une psychogène de la criminalité sexuelle », *bulletin de psychologie*, tome 59, 1, Janvier-Février 2006, pp 75-80
9. COQUILLAT J.Y., - Le crime parfait existe-t-il?, *Journal de Médecine Légale Droit Médical*, vol.41-1998, n°3-4, pp 248-252
10. CRAVIER B., - Le psychiatre, le juge et la peine, *Annales Médico-Psychologiques* n°162, 2004, pp 676 - 681
11. DE BONIS M., - Langage naturel et expertise psychiatrique. Les marqueurs de quantité dans la description des sujets expertisés : précision ou exactitude, *Droit et société*, n°3-1986, pp 303-315
12. DIEDERICH A., - Le temps des expertises dans la vie des psychopathes, *Confrontations Psychiatriques*, n°18, 1980, pp 151-159
13. Dubreucq J.-L., Joyal C, Millaud R, Risque de violence et troubles mentaux graves, *Ann. Médico-psychol*, 2005; 163: 852-65.
14. DUMOULIN L., - L'expertise judiciaire dans la construction du jugement : de la ressource à la contrainte, *Droit et société* n°44/45 - 2000, pp 199-223
15. FAITTAH E.A., SZABO D., - La criminodynamique, *EMC Psychiatrie*, 37906 A40, vol. 9-1971, pp 1-12
16. GOTTLIEB P., GABRIELSEN G., KRAMP P., - Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983, *Acta psychiatr.Scand*, vol.76-1987, pp 285-292
17. GOTTLIEB P., GABRIELSEN G., KRAMP P., - The practice of forensic psychiatry in cases of homicide in Copenhagen from 1959 to 1983, *Acta psychiatr. Scand*, vol.76-1987, pp 514-522
18. GOMMILLOUX R., BOURGEOIS M., - Que proposer en conclusion de l'expertise psychiatrique d'un agresseur sexuel ?, *L'information Psychiatrique* n°9, novembre 1994, pp 787-790
19. HAIK P., - Vérité judiciaire et discours psychiatrique, *Journal français de psychiatrie*, n°13, pp 21-22
20. HARSCH S., BERGK J. E., STEINERT T., et al., - Prevalence of mental disorders among sexual offenders in forensic psychiatry and prison, *International Journal of Law and Psychiatry*, vol.29, 2006, pp 443-449
21. JOHN E, CAMPION M.D., JAMES M., et coll., - A study of filicidal men, *Am J Psychiatry*, vol.145, n°9, septembre 1988, pp 1441-1444
22. LAPLANE E, SAUVAGE M., - Les attentes des magistrats : en marge d'une lecture critique de rapports d'expertises, *Bulletin de Psychologie*, Tome XLVII, n°415, pp 195-203
23. LAURA G.L., - Pathologie mentale et droit pénal : un regard rétrospectif, *Journal français de psychiatrie*, n°13, pp 29-31
24. LE BIHAN P, BENEZECH M., - La récurrence dans d'homicide pathologique. Etude descriptive et analytique de douze observations, *Annales Médico-psychologiques*, vol 163, 2005, pp 642-655
25. MAALEJ M., AYADI N., JARRAYA A., - Expertise psychiatrique en droit pénal : Etude de 82 expertises effectuées à l'unité de psychiatrie « B » de Sfax, *Actualités Psychiatriques*, XXIème Année, n°7-1991, pp 31-37
26. MALICIER D., - La déontologie de l'expertise, *Journal de Médecine Légale Droit Médical*, volume 39 n°1 pp 47-49
27. McKEE G.R., SHEA S.J., - Maternal filicide: A cross-national comparison, *Journal of Clinical psychology*, vol.54, n°5, 1998, pp 679-687
28. MILLAUD F, DUBREUCQ J.-L., Evaluation de la dangerosité du malade mental psychotique, Introduction, *Ann. Médico-Psychol*, 2005, 163 : 846-851.
29. MONAHAN J. *Predicting violent behavior : an assessment of clinical techniques*. Beverly Hills, CA :Sage 1981
30. PEYROT M., - Les consternants procès des malades mentaux, *Journal français de psychiatrie*, n°13, pp 18-20
31. PHILIPSE M. W. G., KOETER M. W. J. ; VAN DER STAACK C. P.F., VAN DEN BRINK W. , W., Static and dynamic patient characteristics as predictors of criminal recidivism : a prospective study in a dutch forensic psychiatric sample, *Law and Human Behavior*, 2006 ; 300-27.
32. PRZYGOZDZKI-LIONET N, NOËL Y, Individu dangereux et situations dangereuses : les représentations sociales de la dangerosité chez les citoyens, les magistrats et les surveillants de prison, *Psychologie française* 2004 ;49 : 409-24
33. RENNEVILLE M., - Psychiatrie et prison : une histoire parallèle, *Annales Médico - Psychologiques* n° 162, 2004, pp 653-656
34. SAINT P., - Inadéquations entre l'expertise psychiatrique et la dangerosité criminologique, *Synapse*, novembre 1999, n°160, pp 37-42
35. SCHWEITZER M., - L'expertise judiciaire pénale : l'harmonisation des procédures psychiatriques et psychologiques, *Neuropsychiatrie and Médico-légal expertal*, pp 263-270
36. SENON J.L., - Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité, *Annales Médico-Psychologiques* n°162, 2004, pp 646-652
37. SENOU J. L., - Responsabilité/Irresponsabilité pénale : troubles psychiques et réponses pénales, *Champ Pénal*, tome II
38. STEINBACH G., - L'état antérieur en psychiatrie, *Rev.FR. Dommage corporel* n°4 - 1999, pp 397-406
39. STONE M.H., STEINMEYER M.D.E., et al., - Infanticide in female forensic patients: the view from the evolutionary standpoint, *Journal of Psychiatry Practice*, vol.11, n°1, janvier 2005, pp 35-45
40. SZABO D., FAITTAH E.A., - Criminologie : Définitions et généralités, *EMC Psychiatrie*, 37906 A10, vol. 9-1969, pp 1-11
41. SZABO D., FAITTAH E.A., - La bio-criminogénèse, *EMC Psychiatrie*, 37906 A10, vol. 9-1969, pp 12-18
42. SZABO D., FAITTAH E.A., - La psycho-criminogénèse, *EMC Psychiatrie*, 37906 A20, vol. 9-1969, pp 1-6
43. SZABO D., FAITTAH E.A., - La socio-criminogénèse, *EMC Psychiatrie*, 37906 A30, vol. 9-1969, pp 1-8
44. TIHONEN J., et al., - Psychiatric disorders and homicide recidivism, *Am J Psychiatry*, vol.151, n°3, march 1994, pp 436-438
45. TIHONEN J., RASANEN P., et al., - Seasonal variation in the occurrence of homicide in Finland, *Am J Psychiatry*, vol.154, n°12, December 1997, pp 1711-1714
46. ZEILLER B., COURAUD S., - Adolescents criminels : aspects psychopathologiques, *Droit et société* n°27-1994, pp 365-374



Elhadj Makhtar Ba



Magatte Kassé



Mamadou Habib Thiam

Bineta ou la peur d'être abandonné face au cancer : répercussions psychosociales du cancer du sein chez une patiente sénégalaise

Auteurs : Elhadj Makhtar Ba¹, Abdoulaye Danfa², Magatte Kassé³, Mamadou Lamine Diouf⁴, Mamadou Habib Thiam⁵

Correspondant : Dr Mamadou Habib Thiam, Professeur Titulaire, Chef de Service de Psychiatrie et de psychologie médicale, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, B.P. 5406, Dakar-Fann, Dakar (Sénégal), Courriel : mamadouhabibthiam@gmail.com

Résumé : Le diagnostic de cancer est toujours un moment de confrontation avec une mort possible et l'organe concerné par cette étude, le sein, est le symbole de la féminité et de la maternité. L'annonce de cette pathologie a de fortes répercussions tant au niveau psychologique que social.

Mots clés : Cancer du sein, féminité, maternité, psychosocial.

Summary : The diagnosis of cancer is always a moment of confrontation with possible death. The study is about breast cancer ; breast is a symbol of femininity and motherhood. The announcement of this pathology, has strong psychological and social repercussions...

Keywords : Breast cancer, femininity, motherhood, psychosocial.



Le monument de la renaissance africaine, Dakar. Photo communiquée par le Pr Thiam.

1. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.
2. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.
3. Interne en Psychiatrie des Hôpitaux de Dakar, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.
4. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.
5. Professeur, Chef de Service, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal. Courriel : mamadouhabibthiam@gmail.com

Introduction

Le cancer du sein a la particularité de toucher une partie du corps à haute signification symbolique. En effet, le sein est le symbole de la féminité et de la maternité. Dans nos sociétés contemporaines, l'image de la mère s'est effacée au profit de celle de la femme et le sein reflète des préoccupations plus narcissiques. Pour beaucoup de femmes, le sein est un organe qui intervient fortement dans l'élaboration de la vie relationnelle. Son rôle dans la sexualité lui confère une importance supplémentaire. Notre étude a porté sur un échantillon, qui relève de la psychiatrie de liaison, de dix femmes confrontées au diagnostic d'un cancer du sein. Nous allons développer dans cet article le cas clinique très représentatif de l'une d'entre elles que nous appellerons Bineta.

Bineta

Mme S.K. est une femme de 52 ans, mariée, mère de trois enfants dont un décédé. Elle est suivie l'Institut Curie pour un cancer du sein gauche. La symptomatologie a débuté dans un contexte social conflictuel. En effet Mme S.K. était dans des démarches pour obtenir l'indemnisation de son mari qui faisait partie des ex-employés d'une défunte Société de transport urbain de Dakar qui est tombée en faillite. Mme S.K. était la seule à faire ces démarches car son mari n'y croyant plus, avait préféré partir en Côte d'Ivoire après fermeture de la boîte. La patiente a fini par obtenir gain de cause. Selon elle, son mari a brusquement changé d'attitude à son égard et avait demandé à son frère de gérer l'argent de l'indemnisation.

Ce comportement a entraîné un choc traumatique chez la patiente. Elle s'est sentie trahie car elle avait prévu beaucoup de choses avec l'obtention de cet argent. Selon elle, c'est à partir de cette période qu'elle a senti une « boule » au niveau sous axillaire gauche. Elle en avait parlé à son mari qui ne l'avait pas crue « il pensait que je le faisais chanter ... ». Par la suite elle s'adressa à son beau-frère qui lui conseilla d'aller en consultation « j'ai tout de suite pensé au cancer car ma petite sœur en est décédée ». Au début des entretiens elle n'utilisait pas le mot cancer mais parlait plutôt de tumeur. C'est ainsi qu'elle a fait une biopsie.

Durant tout son parcours pour les examens paracliniques, elle n'avait pas eu le soutien de son mari qui avait rompu tout contact avec elle. Lorsque le médecin lui annonça son diagnostic, elle n'était pas surprise car sa mère et sa sœur sont décédées des suites de cancer du sein. Une chimiothérapie lui fut proposée mais son mari refusa de payer les médicaments, selon elle. Elle décida de quitter son mari et d'aller vivre chez une de ses amies. Cette dernière l'aidera à acheter les médicaments. Sa mère et sa sœur seraient décédées de cancer du sein. Elle est actuellement à sa 3^{ème} cure. Elle se sent seule, abandon-

née à son sort « ma famille ne m'aide pas... même si je sais qu'ils n'ont pas d'argent pour payer mon traitement, leur simple présence m'aurait suffi... là je viens seule à mes rendez-vous... je ne dors pas bien la nuit ». Elle qui a assisté sa sœur et sa mère durant toute leur maladie et jusqu'à leur décès. Elle affirme qu'elle trouve de la force de continuer le traitement grâce à la foi qu'elle a en Dieu « au début quand je venais ici et que je voyais les malades j'étais désespérée... je pensais qu'un jour je serai comme eux... grâce à la foi en Dieu je vais parvenir à mieux gérer ma maladie... ». Elle a été aidée dans sa prise en charge par la LISCA (Ligue Sénégalaise Contre Le Cancer) mais aussi par d'autres bonnes volontés.

Bineta est 2^{ème} d'une fratrie utérine de cinq enfants. Elle est issue d'une famille monogame. Elle a passé son enfance auprès de ses parents jusqu'à l'âge de 25 ans où elle s'est mariée avec un homme qui travaillait dans une société de transport de la place. Des difficultés conjugales seraient apparues avec la faillite de ce dernier. Son mari aurait pris ses distances et a émigré vers la Côte d'Ivoire. Elle a eu trois enfants de ce mariage. Elle tenait un petit commerce.

Bineta est mère de deux enfants et est sans profession. Son mari et elle vivaient en harmonie dans leur couple jusqu'à la perte d'emploi du premier. Ceci a entraîné l'existence de tensions dans leur couple aboutissant ainsi à des sentiments de trahison et de déception chez Bineta. L'insistance de Bineta dès les débuts de l'entretien sur le fait que sa maladie proviendrait des difficultés auxquelles elle était confrontée, marque la « quête de sens » déjà mise en œuvre, au début de la maladie. Il s'agit pour la patiente de lutter contre la désintégration du monde interne en réintégrant l'incroyable réalité dans son histoire personnelle. L'être humain tente toujours de réintroduire de la linéarité dans le cours des événements de sa vie, avec d'autant plus d'énergie que l'idée de la mort prochaine vient faire douloureusement rupture, effraction. Cette démarche lui permet de se réinscrire dans son histoire, pour survivre psychiquement et résister ainsi à la dépression [Guéniche K, Jacquot M, 2003].

L'existence d'antécédents familiaux de cancer du sein a fait que Bineta avait toujours pensé qu'un jour elle sera, elle aussi, confrontée au cancer. Comme si elle vivait en permanence suspendue à l'idée de recevoir cette nouvelle. D'où l'absence de surprise de sa part à l'annonce de son diagnostic de cancer. Cependant le mot « cancer » est tellement lourd dans l'entendement de Bineta qu'elle utilise le terme de tumeur plus facile à être assimilée par l'esprit de bien des gens. L'absence de soutien social rend sa maladie plus difficile à vivre.

Bineta est seule et abandonnée par ceux qui restent de sa famille et par son mari. Elle qui était là pour soutenir et accompagner tour à tour sa mère et sa sœur durant

Introduction

Le cancer du sein a la particularité de toucher une partie du corps à haute signification symbolique. En effet, le sein est le symbole de la féminité et de la maternité. Dans nos sociétés contemporaines, l'image de la mère s'est effacée au profit de celle de la femme et le sein reflète des préoccupations plus narcissiques. Pour beaucoup de femmes, le sein est un organe qui intervient fortement dans l'élaboration de la vie relationnelle. Son rôle dans la sexualité lui confère une importance supplémentaire. Notre étude a porté sur un échantillon, qui relève de la psychiatrie de liaison, de dix femmes confrontées au diagnostic d'un cancer du sein. Nous allons développer dans cet article le cas clinique très représentatif de l'une d'entre elles que nous appellerons Bineta.

Bineta

Mme S.K. est une femme de 52 ans, mariée, mère de trois enfants dont un décédé. Elle est suivie l'Institut Curie pour un cancer du sein gauche. La symptomatologie a débuté dans un contexte social conflictuel. En effet Mme S.K. était dans des démarches pour obtenir l'indemnisation de son mari qui faisait partie des ex-employés d'une défunte Société de transport urbain de Dakar qui est tombée en faillite. Mme S.K. était la seule à faire ces démarches car son mari n'y croyant plus, avait préféré partir en Côte d'Ivoire après fermeture de la boîte. La patiente a fini par obtenir gain de cause. Selon elle, son mari a brusquement changé d'attitude à son égard et avait demandé à son frère de gérer l'argent de l'indemnisation.

Ce comportement a entraîné un choc traumatique chez la patiente. Elle s'est sentie trahie car elle avait prévu beaucoup de choses avec l'obtention de cet argent. Selon elle, c'est à partir de cette période qu'elle a senti une « boule » au niveau sous axillaire gauche. Elle en avait parlé à son mari qui ne l'avait pas crue « il pensait que je le faisais chanter ... ». Par la suite elle s'adressa à son beau-frère qui lui conseilla d'aller en consultation « j'ai tout de suite pensé au cancer car ma petite sœur en est décédée ». Au début des entretiens elle n'utilisait pas le mot cancer mais parlait plutôt de tumeur. C'est ainsi qu'elle a fait une biopsie.

Durant tout son parcours pour les examens paracliniques, elle n'avait pas eu le soutien de son mari qui avait rompu tout contact avec elle. Lorsque le médecin lui annonça son diagnostic, elle n'était pas surprise car sa mère et sa sœur sont décédées des suites de cancer du sein. Une chimiothérapie lui fut proposée mais son mari refusa de payer les médicaments, selon elle. Elle décida de quitter son mari et d'aller vivre chez une de ses amies. Cette dernière l'aidera à acheter les médicaments. Sa mère et sa sœur seraient décédées de cancer du sein. Elle est actuellement à sa 3^{ème} cure. Elle se sent seule, abandon-

née à son sort « ma famille ne m'aide pas... même si je sais qu'ils n'ont pas d'argent pour payer mon traitement, leur simple présence m'aurait suffi... là je viens seule à mes rendez-vous... je ne dors pas bien la nuit ». Elle qui a assisté sa sœur et sa mère durant toute leur maladie et jusqu'à leur décès. Elle affirme qu'elle trouve de la force de continuer le traitement grâce à la foi qu'elle a en Dieu « au début quand je venais ici et que je voyais les malades j'étais désespérée... je pensais qu'un jour je serai comme eux... grâce à la foi en Dieu je vais parvenir à mieux gérer ma maladie... ». Elle a été aidée dans sa prise en charge par la LISCA (Ligue Sénégalaise Contre Le Cancer) mais aussi par d'autres bonnes volontés.

Bineta est 2^{ème} d'une fratrie utérine de cinq enfants. Elle est issue d'une famille monogame. Elle a passé son enfance auprès de ses parents jusqu'à l'âge de 25 ans où elle s'est mariée avec un homme qui travaillait dans une société de transport de la place. Des difficultés conjugales seraient apparues avec la faillite de ce dernier. Son mari aurait pris ses distances et a émigré vers la Côte d'Ivoire. Elle a eu trois enfants de ce mariage. Elle tenait un petit commerce.

Bineta est mère de deux enfants et est sans profession. Son mari et elle vivaient en harmonie dans leur couple jusqu'à la perte d'emploi du premier. Ceci a entraîné l'existence de tensions dans leur couple aboutissant ainsi à des sentiments de trahison et de déception chez Bineta. L'insistance de Bineta dès les débuts de l'entretien sur le fait que sa maladie proviendrait des difficultés auxquelles elle était confrontée, marque la « quête de sens » déjà mise en œuvre, au début de la maladie. Il s'agit pour la patiente de lutter contre la désintégration du monde interne en réintégrant l'incroyable réalité dans son histoire personnelle. L'être humain tente toujours de réintroduire de la linéarité dans le cours des événements de sa vie, avec d'autant plus d'énergie que l'idée de la mort prochaine vient faire douloureusement rupture, effraction. Cette démarche lui permet de se réinscrire dans son histoire, pour survivre psychiquement et résister ainsi à la dépression [Guéniche K, Jacquot M, 2003].

L'existence d'antécédents familiaux de cancer du sein a fait que Bineta avait toujours pensé qu'un jour elle sera, elle aussi, confrontée au cancer. Comme si elle vivait en permanence suspendue à l'idée de recevoir cette nouvelle. D'où l'absence de surprise de sa part à l'annonce de son diagnostic de cancer. Cependant le mot « cancer » est tellement lourd dans l'entendement de Bineta qu'elle utilise le terme de tumeur plus facile à être assimilée par l'esprit de bien des gens. L'absence de soutien social rend sa maladie plus difficile à vivre.

Bineta est seule et abandonnée par ceux qui restent de sa famille et par son mari. Elle qui était là pour soutenir et accompagner tour à tour sa mère et sa sœur durant

toute leur maladie jusqu'à leur décès. D'où le sentiment d'injustice qu'elle vit dans sa maladie. L'absence de soutien social et financier pour sa prise en charge entraîne chez Bineta une identification projective à l'endroit des autres patientes « ...je pensais qu'un jour je serai comme eux... ». Ceci exacerbe son anxiété et fait qu'elle ne trouve de refuge qu'auprès de la foi.

Bineta a passé sous silence les conséquences de sa chimiothérapie sur elle. Ceci témoigne de toute la place que prend le sentiment d'abandon et de solitude dans le vécu de sa maladie cancéreuse. Derrière son discours, nous sentons non seulement l'angoisse de mort mais surtout l'angoisse de mourir seule sans assistance « ... leur simple présence m'aurait suffi... ». En effet, la personne malade souhaite conserver la dimension humaine dans la relation, être soutenue, être reconnue, écoutée et entendue.

Délai de consultation

Parmi les dix patientes, sept sont parties en consultation dès les premiers symptômes de la maladie. Ceci du fait de la vulgarisation de la maladie cancéreuse à travers les médias et des moyens de dépistage. Cela pourrait témoigner d'une bonne politique de santé concernant de telles maladies. Le statut socioprofessionnel ainsi que l'existence d'antécédents familiaux de cancer du sein peuvent aussi expliquer cette première consultation rapide. En effet l'activité professionnelle a un impact significatif sur la qualité de vie mentale et physique permettant d'appréhender les menaces futures afin d'y faire face. En revanche un bas niveau d'étude et ainsi qu'un fort enracinement dans les traditions locales peuvent être incriminés dans le retard des premières consultations.

Conditions de vie, représentations culturelles et cancer du sein

Nous avons noté, parmi les dix patientes, cinq qui ont eu une dynamique familiale et des conditions de vie sociale difficiles et pourvoyeuses de stress continu avant l'éclosion de leur cancer. Bineta aurait subi une trahison ayant entraîné « un choc traumatique ». Ceci nous renvoie à ce qui a été rapporté par un certain nombre d'auteurs tels que Galien, Guy, Gendron et Walsh qui ont essayé de mettre en évidence l'influence des facteurs psychologiques sur l'incidence et la progression du cancer. Ils ont tenté d'établir des liens entre les problèmes psychologiques et l'apparition des cancers. Ils ont procédé avant tout à des études rétrospectives, à partir de situations cliniques isolées où les correspondances étaient frappantes entre traumatismes affectifs et apparition de cancer après un certain délai [Guex P, 1989].

Il existe une participation psychologique à la maladie cancéreuse, elle peut intervenir avant le diagnostic, configurer le cours du traitement, infléchir la phase de

rémission et même caractériser la progression de la maladie. Parmi les différents facteurs psychologiques explorés dans ce type de recherche, se retrouvent principalement : le stress, le style d'adaptation, la dépression et la personnalité dite cancéreuse caractérisée par une tendance à réprimer les émotions (telles que la peur ou la colère), une apparence sereine aux autres individus, et des réactions comportementales et intellectuelles inadéquates dans les situations stressantes, amenant un sentiment d'impuissance par rapport au stresser, d'inopérance et finalement de dépression [Reynaert C et al, 2001]. Sur ces cinq femmes, trois attribuent l'origine de leur cancer à une cause externe. Ce mouvement projectif peut constituer un aménagement défensif en ce qu'il leur permet d'éviter la confrontation à une introspection potentiellement menaçante.

Nous rappelons cependant que si le rôle des facteurs psychologiques (personnalité, répression des émotions négatives, deuils) dans l'éclosion du cancer du sein reste discuté scientifiquement, il relève du registre des croyances personnelles et a sa place dans l'élaboration du sens à donner à la maladie.

Perception de l'annonce et répercussions psychiques du cancer du sein

Sept des dix patientes ont jugé l'annonce diagnostique de leur maladie comme non conforme à ce qu'elles attendaient. Des sentiments d'angoisse et de peur suivent souvent l'annonce de la maladie. Ces sentiments sont liés aux représentations du cancer et de ses différents traitements mais aussi la dimension symbolique du sein chez ces patientes. Ils sont mêlés d'incertitudes et d'inquiétudes face à l'avenir. L'annonce d'un diagnostic du cancer, qu'il soit curable ou incurable, quelles qu'en soient les séquelles à court, moyen ou long terme, constitue un bouleversement radical associé à une sentence de mort et à une catastrophe [Pucheu S, 2004]. Les préoccupations sont d'abord principalement existentielles selon Shands, (1966), cité par [Razavi D, Delvaux N, 2002].

Au-delà de ses répercussions physiques et les effets secondaires de ses traitements, la maladie cancéreuse est aussi vécue sur un mode psychique, notamment dans le cancer du sein par l'aspect symbolique de l'organe qu'il touche [Adam V et al., 2007]. Toutes les dix ont ressenti une blessure narcissique et une perte identitaire suite à la mastectomie. Cette dernière a entraîné des changements sur les habitudes vestimentaires. Elle peut aussi hypothéquer l'avenir de certains couples.

Réseau social, aspects financiers et cancer du sein

Les liens familiaux avec la patiente vont influencer l'interprétation de la maladie et de ses traitements, les modalités de stratégies de « coping » mises en place et le poids

des décisions médicales partagées avec les autres membres de la famille. Les difficultés conjugales et l'insatisfaction sexuelle ont été identifiées comme un facteur prédisposant à l'émergence de symptômes dépressifs dans le cancer selon Golberg et al., 1985 ; Weissman et al., 1976, cités par [Nezelof S, Vandel P, 1998]. Joséphine pense que la maladie serait moins pénible à vivre si son mari était toujours vivant. Alors que Khadija est victime d'une stigmatisation de la part de ses cousines « elles refusent de partager le repas avec moi de peur que je les contamine... elles pensent que le cancer est contagieux... ». Mme S.K. est seule, abandonnée dans son parcours thérapeutique ainsi que dans sa lutte contre la maladie ce qui a pour conséquence un fort vécu dépressif de la maladie chez elle.

Conclusion

Le diagnostic de cancer est toujours un moment de confrontation avec une mort possible et augure une remise en cause du sentiment d'invulnérabilité. Bien que les étiologies des cancers soient multifactorielles, il apparaît clairement que le rôle du psychisme dans l'histoire de la maladie tumorale est important que ce soit dans la genèse du processus tumoral, dans l'évolution de la maladie et dans l'adaptation à ce nouvel état. L'hyperstimulation de l'axe hypothalamo-hypophysaire, la sollicitation du système sympathique et bien d'autres facteurs, ont été incriminés dans plusieurs expérimentations animales et études humaines comme étant le lien entre stress et dépression d'une part, et paramètres immunologiques d'autre part.

En effet, le stress chronique et la dépression détériorent la réponse immunitaire et contribuent ainsi au développement et à la progression de cancer. Les cancers gynécologiques et spécialement le cancer du sein engendrent des angoisses spécifiques. Ils confrontent les patientes à l'éventualité de la perte d'une partie de leur corps, symbole de la féminité et de la sexualité ; mais aussi à l'éventualité d'une mort proche. Notre étude nous a permis de découvrir qu'au-delà de l'aspect purement somatique, le cancer du sein a des répercussions psychologiques et sociales multiples qui ne sont pas toujours prises en compte dans la prise en charge de ces patientes dans notre pays.

Au cours de cette étude, nous avons ressenti une grande demande de soutien psychologique de la part de ces patientes qui n'ont pas toujours l'opportunité de parler de

leur souffrance psychologique et sociale. Le dépistage des malades en difficulté est délicat ; toutes les patientes ne peuvent être vues par le psychiatre.

Ainsi :

- les soignants doivent donc être sensibilisés et formés à la reconnaissance des troubles psychiques chez leurs patientes, il faut favoriser le développement de la psychiatrie de liaison dans le domaine de la psychooncologie à court terme ; et à moyen et long terme il faut mettre en place une unité de suivi psychooncologique dans les services de cancérologie dans notre pays à l'instar des pays du nord,
- la multiplication de campagnes de sensibilisation et d'information sur le cancer en général et le cancer du sein en particulier, permettraient aux patientes de mieux vivre leur maladie et d'éviter une mauvaise adaptation à la maladie ainsi qu'une stigmatisation de ces patientes,
- il est conseillé de discuter des informations obtenues par le biais des médias avec le cancérologue afin d'éviter des interprétations erronées qui génèrent des angoisses inutiles chez les patientes,
- l'amélioration de la communication entre les praticiens et les patientes ainsi que la présence de travailleurs sociaux permettraient à ces femmes malades de ne pas se sentir seule,
- il faut réduire les délais d'attente des examens paracliniques de confirmation du diagnostic de cancer car ceci est pourvoyeur d'angoisse chez les patientes,
- il faut favoriser la création de groupes de parole chez les patientes suivies ainsi que chez leurs proches, ce qui leur permettra un partage des informations et des émotions ressenties,
- lutter contre la paupérisation des femmes surtout lorsqu'elles sont seules,
- et les pouvoirs politiques devraient encourager et soutenir financièrement les associations de lutte contre le cancer et relever le plateau technique des instituts anticancéreux.

Chez les praticiens, un débordement émotionnel et une déroute sont notés dans ces situations où il faut annoncer l'innommable. Une étude sur le vécu des praticiens au moment de l'annonce du cancer permettrait de mieux cerner la problématique de l'annonce diagnostique afin de dégager des stratégies de prise en charge, intégrant toutes ces dimensions psychologiques, des patientes, et des praticiens pour améliorer les thérapeutiques autour du cancer du sein.



Scène de rue à Dakar. Photographie du Pr Thiam (novembre 2015).

Bibliographie

- Adam V, Guillemin E, Venger L. S'aider à vivre ou les défenses positives face au cancer du sein. *Psycho-Oncologie*, 2007; 1; 3: 179-185.
- Ader R, Cohen N, Felten D. Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous system and the immune system. *Lancet*, 1995; 345: 99-103.
- Agarwal SK, Marshall GD Jr. Glucocorticoid-induced type 1/type 2 cytokine alterations in humans: a model for stress related immune dysfunction. *Journal of Interferon and Cytokine Research*, 1998; 18; 12: 1059-1068.
- Anne H. Étude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec un cancer du sein et de leur « accompagnant-référent ». Th. Doctorat, université de haute-Bretagne Rennes II ; 2007.
- Bacque M F. charge symbolique du cancer. *Psycho-oncologie*, 2009; 3:4-6.
- Ben-Eliyahu S, Yirmiya R, Liebeskind JC et al. Stress increases metastatic spread of a mammary tumor in rats: evidence for mediation by the immune system. *Brain Behav Immun*, 1991; 5;2:193-205.
- Ben-Eliyahu S, Page GG, Yirmiya R et al. Evidence that stress and surgical interventions promote tumor development by suppressing natural killer cell activity. *Int J Cancer*, 1999; 80;6: 880-888.
- Beuchon - Schweitzer M. *Une psychologie du corps*. Paris: PUF ; 1990.
- Beuchon-Schweitzer M, Dantzer R. *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris: PUF ; 2003.
- Beuchon-Schweitzer M. *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod ; 2002.
- Burgess C, Cornelius V, Love S et al. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*, 2005; 330: 702-705.
- Byrnes DM, Antoni MH, Goodkin K et al. Stressful events, pessimism, natural killer cell cytotoxicity, and cytotoxic/suppressor T cells in HIV+ black women at risk for cervical cancer. *Psychosomatic Medicine*, 1998; 60: 714-722.
- Carver CS, Scheier MB. Optimism. In: Snyder CR, Lopez SJ, *Handbook of Positive Psychology*. London: Oxford Univ. Press, 2005; 18: 231- 243.
- Chanal B. Malade, familles et équipes soignantes face au cancer digestif en phase palliative. *Gastroenterol Clin Biol*, 2004; 28: 31-38.
- Dem A, Traore B, Dieng MM et al. Les cancers gynécologiques et mammaires à l'Institut du cancer de Dakar. *Cahiers Santé*, 2008; 18; 1: 25-29.
- Desautel A, Christophe V, Antoine P. Quelle perception les praticiens ont-ils de l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie ? Analyse qualitative du vécu et des stratégies de régulation émotionnelle. *Psycho-Oncol*, 2009 ; 3:134-13
- Dollheault S, Dauchy S, Bredart,Consoli S M. *La psycho-oncologie*. Paris: JnHn Libbey Eurotext ; 2007.
- El Saghir NS, Khalil MK, Eid T et al. Trends in epidemiology and management of breast cancer in developing arab countries: a literature and registry analysis. *Int J Surg*, 2007; 5: 225-233.
- Ezemé F. *L'enfant africain et ses univers*. Paris: Karthala; 2003.
- Fohair P, Stewart SL, Chang S et al. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*, 2006; 5;7: 579-584.
- Friedman LC, Kalidas M, Elledge R et al. Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 2006; 15; 7: 595-603.
- Gallien E. conduites suicidaires et maladies somatiques graves exemple du cancer. Mémoire. Université Anger ; 2003.
- Graziari P, Hautekètte M, Rusinel S et al. *Stress, anxiété et trouble de l'adaptation*. Paris : Masson ; 2001
- Guez P. *Psychologie et cancer manuel de psycho oncologie*. Lausanne : Payot ; 1989.
- Guéniche K, Jacquot M. Vécu fantasmatique et imaginaire des femmes atteintes de cancer du sein. À propos des théories étiologiques de 10 patientes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2003 ; 31 : 739-745.
- Hance KW, Anderson WF, DeVessa SS et al. Trends in inflammatory breast carcinoma incidence and survival: the surveillance, epidemiology, and end results program at the National Cancer Institute. *J Nat Cancer Inst*, 2005; 97: 966-975.
- Hill C, Droyon F. La fréquence des cancers en France: quai de neuf depuis l'année dernière. *Bulletin Cancer*, 2004; 91: 9-14.
- Irie M, Miyata M, Kasai H. Depression and possible cancer risk due to oxidative DNA damage. *Journal of Psychiatric Research*, 2005; 39: 553-560.
- Lagarde C, hoerni B, Marie D. *Cancérologie Clinique*. Paris : Masson ; 1976.
- La Ligue Contre le Cancer-UICC-FNCLOC. *Comprendre le cancer du sein*. Paris, 2007.
- Manzanera C, Lafay N, Paper N et al. Cancer, dépression et anxiété. *Annales médico-psychologiques*, 2003; 161: 140-141.
- Madani-Perret FZ. La filiation du maghrébin stérile. *Psychanalyse à l'université*, 1982 : 623- 630
- Marshall PA. Cultural influences on perceived quality of life. *Semin Oncol Nurs*, 1990; 6: 278-284.
- Moynihan JA, Ader R. Psychoneuroimmunology: animal models of disease. *Psychosom Med*, 1996; 58; 6: 546-558.
- Nexelof S, Vandel P. Cancer et dépressions : aspects épidémiologiques. *L'Encéphale*, 1998 ; numéro hors série 2 : 59-65.
- Ollivier M. *La maladie grave, une épreuve de vie*. Paris : L'Harmattan ; 1998.
- Paradis M, Consoli SM, Pelicier N et al. Détresse psychosociale et communication à propos du cancer chez le partenaire malade et son conjoint. *L'Encéphale*, 2009 ; 35: 146-151.
- Piscard L. Réfléter d'une pratique psychosociale en oncologie. *Service Sociale psycho-oncologique du centre universitaire du québec*, 1996 ; 45 :3: 91-102.
- Powell WR, Boerwick J. Breast cancer : natural history, prognosis and therapy. In : Bostwick J, Aesthetic Ed. *reconstructive breast surgery*. The CV Mosby Company, 1983;5: 271-323.
- Pucheu S. La guérison psychique du cancer ou le retour à l'harmonie du « moi ». *Rev Française Psycho-Oncologie*, 2004; 2: 61-64.
- Razavi D, Delvaux N. *Précis de psycho oncologie de l'adulte*. Paris : Masson ; 2008.
- Razavi D et Delvaux N. *Psycho-oncologie, le cancer, le malade et sa famille*. Paris : Masson 2ème édition ; 2002.
- Reich M. Comment le facteur culturel est considéré en psycho oncologie. *Psycho-Oncologie*, 2008 ; 2: 200-209.
- Reynaert C, Libert Y, Janne P. « Psychogénèse » du cancer : vers une piste psychoneuro-endocrin-immunologique ? *Ann Méd Psychol*, 2001 ; 159 : 273-284.
- Saillant F. *cancer et culture produire le sens de la maladie*. Montréal : Les éditions Saint Martin ; 1988.
- Salté P, Terra JL, Fresco R. *Troubles psychiques en cancérologie* Editions techniques, *Encyc Med Chir Psychiatrie*, 1992 ; 37: 675-710.
- Schilder P. *L'image du corps*. Paris: Gallimard; 1968.
- Schuer L R. The impact of breast cancer on sexuality, body image, and intimate relationships. *CA-A Cancer Journal for Clinicians*, 1991; 41: 112-120.
- Schraub S, Mars E. *Sexualité et cancer*. La ligue française contre le cancer. 2003.
- Tubiana M. *Le cancer du sein*. Paris : Presse Universitaire de France « Que sais-je ? » ; 1994.
- Wilder RL. Neuroendocrine-immune system interactions and autoimmunity. *Annu Rev Immunol*, 1995; 13:307-338.
- Zhou FL, Zhang WG, Wei YC et al. Impact of comorbid anxiety and depression on quality of life and cellular immunity changes in patients with digestive tract cancers. *World J Gastroenterol*, 2005; 11; 15: 2313-2318.



Elhadj Makhtar Ba



Magatte Kassé



Aida Sylla



Mamadou Habib Thiam

Approche psychosociale d'une tentative de suicide par plaie du cou en milieu culturel *Pulaar* au Sénégal

Auteurs : Elhadj Makhtar Ba¹, Abdoulaye Danfa², Magatte Kassé³, Aida Sylla⁴, Mamadou Habib Thiam⁵.

Correspondant : Dr Mamadou Habib Thiam, Professeur Titulaire, Chef de Service de Psychiatrie et de psychologie médicale, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, B.P. 5406, Dakar-Fann, Dakar (Sénégal), Courriel : mamadouhabibthiam@gmail.com

Résumé : Les suicides par armes blanches ne représentent que 5% de ces actes au Sénégal. Dans le cas étudié d'un suicidant appartenant à la communauté Peulh, les modalités du passage à l'acte ont une forte connotation culturelle.

Mots clés : Suicide, arme blanche, Peulh, culturel.

Summary : Suicide attempt with a knife is only 5% of these acts in Senegal. In the studied case, the person committing suicide is belonging to the Peul community and the way of committing suicide has a strong cultural connotation.

Keywords : Suicide, knife, Peul, cultural.

Introduction

Le phénomène suicidaire constitue un problème majeur de santé publique et un sujet de préoccupation notamment pour le psychiatre. Il touche tous les âges, toutes les couches sociales et toutes les cultures. Le suicide constitue chez les jeunes de 15 à 29 ans la deuxième cause de mortalité à l'échelle mondiale [10]. Aucun facteur ne peut expliquer à lui seul pourquoi des personnes mettent fin à leurs jours. L'ingestion de pesticides, les armes à feu et la pendaison figurent parmi les méthodes les plus utilisées. Les suicides par armes blanches sont cependant moins fréquents.

Au Sénégal, ils représentent 5% des tentatives de suicides, c'est le quatrième moyen de suicide [13]. Ils constituent avec le suicide par arme à feu les deux formes généralement retrouvées chez les suicidés de nationalité européenne. Les tentatives de suicide constituent des situations rencontrées non seulement dans les services des urgences psychiatriques, mais aussi dans les services médicaux et chirurgicaux. Elles sont souvent mal évaluées après la fin des soins somatiques, elles n'arrivent que

rarement dans des structures de soins psychiatriques. La particularité des tentatives de suicide par plaie du cou se trouve au niveau de la brutalité et du mode spectaculaire du geste suicidaire.

Notre propos est de rendre compte à travers un cas clinique, d'une communauté de ces suicidants dont l'acte suicidaire est un moyen privilégié de l'expression de la souffrance humaine qui peut s'enraciner dans un contexte environnemental défaillant. Cette étude a été entreprise dans le but d'identifier et d'analyser les facteurs psychosociaux associés à ces tentatives de suicide par plaie du cou à partir d'une observation clinique.

Méthodologie

Notre étude a été réalisée au service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) du Centre Hospitalier National Universitaire (CHNU) de Fann. Il s'agit d'une étude qualitative portant sur un cas clinique d'un adulte jeune qui a été hospitalisé au service d'ORL du CHNU de Fann pour la prise en charge d'une plaie cervicale antérieure secondaire à une tentative de suicide. La méthode repose sur

1. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

2. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

3. Interne en Psychiatrie des Hôpitaux de Dakar, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

4. Maître de Conférences Agrégé, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

5. Professeur, Chef de Service, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal. Courriel : mamadouhabibthiam@gmail.com

des entretiens centrés essentiellement sur l'histoire personnelle du patient et sur sa dynamique familiale. Nous avons écarté toutes les informations susceptibles de faire reconnaître le patient sans altérer le sens des récits. Le consentement du patient et de sa famille a été requis de façon explicite. Ils ont été au préalable avertis de l'anonymat et du caractère confidentiel des entretiens.

Observation

Seydi est âgé de 25 ans, marié et père d'un enfant de trois ans, porteur d'une plaie cervicale antérieure secondaire à une tentative de suicide après une altercation avec son oncle. Ce dernier lui aurait reproché la mauvaise gestion du troupeau. Le lendemain, la famille aurait été interpellée par des passants qui l'ont retrouvé dans la forêt, seul avec ses bœufs, agonisant, la gorge tranchée et les habits couverts de sang.

Nous l'avions rencontré au troisième jour de son hospitalisation en compagnie d'un de ces oncles qui lui servait d'accompagnant. Seydi était calme, conscient et allongé sur son lit dans une grande salle avec une tenue corporelle et vestimentaire adaptée. Nous apercevions dès notre arrivée, un patient avec une canule au niveau de la face cervicale antérieure entourée de sparadraps. Le contact était réticent au début mais peu à peu, il devenait coopérant. Son regard était lointain donnant l'impression de quelqu'un qui cogitait. Son faciès exprimait une certaine pitié qui était extériorisée dans son discours. Le langage était cohérent. Le patient nous confie qu'il était hors de lui lors de l'acte : « c'était incontrôlable quand je me suis rappelé des paroles de mon oncle... c'est d'un geste brutal que j'ai sorti mon couteau et je me suis tranché la gorge... j'avais envie de mourir... je me suis trop investi dans ce troupeau... ». Après quelques secondes de silence il reprend : « je ne pouvais pas supporter ce déshonneur... et les paroles de mon oncle me revenaient tout le temps dans la tête ». Il avoue à la fin de son discours des regrets parce qu'il a fait perdre beaucoup d'argent à la famille.

Seydi est éleveur nomade, d'appartenance culturelle Peulh et de religion musulmane. Il est né d'un ménage monogame dont il est le benjamin. Il a deux frères et deux sœurs. Sa mère est décédée lorsqu'il avait deux ans. Il a été confié à sa grand-mère maternelle qui vivait dans le même village dans la même concession avec ses oncles. Seydi considérait sa grand-mère comme sa mère biologique. Ses autres frères et sœurs ont grandi avec leur père qui s'était réfugié au Mali suite aux événements sénégalomauritanien de 1988. Il rapporte d'un air triste « je suis le seul à avoir grandi au village, j'aurai bien aimé être à côté de mon père et de mes frères ». Seydi n'a jamais fréquenté l'école française ni l'école coranique. Il rapporte que les seules sourates avec lesquelles il fait ses cinq prières ont été enseignées par sa grand-mère.

Dès l'âge de dix ans, il a commencé à s'intéresser à l'élevage. Il partait avec ses oncles dans la brousse pour l'apprentissage. À l'âge de 15 ans Seydi était déjà très responsable et indépendant, ce qui lui a valu la confiance de toute la famille pour l'entretien du troupeau. Selon son oncle c'est à cet âge que Seydi partait tout seul en brousse avec le troupeau. Il s'est marié à l'âge de 20 ans à une de ses cousines. C'était une union arrangée et c'est durant la cérémonie du mariage qu'il a revu son père. Seydi nous dit : « je n'ai pas connu mon père parce qu'on n'a pas vécu ensemble ».

En 2012, sa grand-mère est décédée, alors que Seydi était au niveau de la frontière du Mali avec le troupeau. Il nous révèle que cet événement l'a beaucoup marqué et il restera toujours gravé dans sa mémoire. Seydi a mal vécu le décès de sa grand-mère. Il nous dit : « elle était une mère pour moi, je n'ai même pas pu assister aux funérailles ».

Son oncle le décrit comme un homme travailleur, responsable, intelligent, mais très irritable. Selon Seydi, c'est son caractère impatient et son incapacité à subir des reproches qui sont parfois à l'origine des désaccords avec ses oncles. Il dit : « quand je suis fâché je ne contrôle plus mes réponses ».

En outre, son oncle nous révèle que ce n'était pas la première fois que son neveu fait de telles choses. On note à plusieurs reprises la survenue d'épisodes de « transes » dans des moments de fortes émotions. La première crise était survenue à la suite d'une dispute entre son oncle et sa tante. Son oncle explique ses crises : « ce sont des transes connues dans la famille surtout chez les jeunes, elles surviennent dans les moments de colère et sont potentialisées par le port de pêche », « lors des transes la personne peut sortir son coupe-coupe se trancher le corps sans occasionner de blessures ».

Lorsque nous avons fini l'entretien juste avant de quitter la salle, Seydi nous interpelle en ces termes « docteur est ce que vous allez enlever le sparadrap et la canule ? ». Quand nous posons une question si cela le dérangerait son oncle nous répond : « il a honte d'être malade. Depuis l'opération il demande à retourner au village ».

Commentaire

Plusieurs auteurs se sont intéressés aux tentatives de suicide. Les données de la littérature font apparaître à ce sujet beaucoup de facteurs de risque associés notamment à des facteurs psychosociaux. Le suicide rattaché à des causes exogènes, sociales est abordé dans l'ouvrage de Durkheim [5]. Ce cas clinique illustre la diversité et les intrications de plusieurs facteurs dans une tentative de suicide. Les événements de la vie et la structure familiale et environnementale de notre patient sont le lit de son acte suicidaire.

Les événements stressants de la vie

Notre patient a connu plusieurs incidents stressants dont la sommation aurait augmenté un sentiment d'humiliation et de dévalorisation. Les événements de la vie du patient ont généré beaucoup d'angoisse et de stress. Parmi ces événements figurent la perte précoce de ses parents, les conflits interpersonnels avec son oncle, le deuil difficile qu'a vécu sa grand-mère.

Seydi a perdu sa mère lorsqu'il avait deux ans et n'aurait aucun lien avec son père car ce dernier ne vivait pas avec lui. La perte précoce de ses deux parents apparaît comme un facteur de vulnérabilité et de traumatisme. Ces événements de vie prédisposeraient Seydi vers l'acte suicidaire. Dans la littérature, nous notons l'existence d'un lien entre pertes précoces pendant l'enfance et comportement suicidaire [3]. Il s'agit essentiellement de la perte précoce de l'un des deux parents par séparation, divorce ou décès [2;11]. La mobilisation de ces événements a constitué chez notre patient des facteurs précipitants de sa tentative de suicide par le fait qu'ils ont pour dénominateur commun une dépréciation de l'image de soi.

L'absence de ses parents symboliques semblerait beaucoup influencer sur la capacité de tolérance et de compréhension chez Seydi. Le décès de sa grand-mère serait aussi un facteur aggravant de ce traumatisme infantile qui se serait enfoui dans son inconscience. Son dévouement pour le troupeau lui a valu son absence aux funérailles de celle-ci qui était une mère symbolique pour lui. Ainsi le deuil non fait de sa mère pourrait être un facteur de vulnérabilité [12].

Au-delà de ces événements de vie prédisposant, Seydi est intolérant à la frustration. Le reproche de son oncle par rapport à la mauvaise gestion du troupeau de bovins, qui semble être le patrimoine de la famille, a été très mal vécu. Cet événement récent semble être la goutte d'eau qui a débordé le vase. Plusieurs auteurs [1 ; 6] se sont intéressés à la semaine précédant la tentative de suicide et ont constaté un nombre important de patients rapportant un conflit interpersonnel (dispute, rupture sentimentale) avec une personne-clé 48 heures avant le geste.

Si les événements de vie prédisposants et dévalorisants qu'a vécus notre patient sont des conditions de passage à l'acte, ils ne sont pas, pour autant, une condition suffisante. Tous les auteurs s'accordent pour rapporter les phénomènes suicidaires en général et la crise suicidaire en particulier à un modèle plurifactoriel impliquant à la fois des facteurs socioculturels, environnementaux et psychopathologiques. Ainsi la personnalité de Seydi est-elle un facteur ?

La problématique de l'âge et la personnalité de Seydi

Notre patient était au moment de la tentative dans la fourchette d'âge où le suicide est la deuxième cause de

mortalité à l'échelle mondiale [10]. C'est une période reconnue comme étant de haute vulnérabilité. En effet, le développement individuel de chaque jeune est étroitement mêlé aux conditions de vie familiale et induit des différences psychologiques importantes. Seydi semble affecté par un manque de soutien affectif. Ce « vide affectif » est déterminant dans la survenue de ces actes suicidaires. L'étude de Kouamé [8] en 2013, montre qu'une proportion assez importante des tentatives de suicide concerne les adultes jeunes qui ressentent un vide affectif. L'adulte jeune est un moment de vie auquel sont associés des changements physiques et hormonaux, ainsi que le développement de sa propre identité, sa personnalité, son jugement, sa compétence et au sens large du terme, sa sexualité. Il est considéré comme un vrai organisateur du psychisme.

Ici comme ailleurs, les tentatives de suicide chez l'adulte jeune constituent une véritable préoccupation de santé publique. Le rapport 2001 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [9] consacré à la santé mentale, indique que 10 à 20% des adultes jeunes dans le monde, présenteraient un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement.

En effet, l'adulte jeune africain est exposé à de nombreux facteurs de risque : pauvreté, drogue, alcool, conflits armés, effet d'urbanisation, dégradation des structures familiales...

Dans le cas de notre patient, la part jouée par ses traits de personnalité mérite une attention particulière. L'oncle de Seydi le décrit comme quelqu'un de très responsable et de très intelligent. Mais en cas de reproche ou de colère il devient très irritable et impulsif. Ces traits pourraient être un moyen inapproprié de défense contre l'angoisse intérieure et enfouis dans son inconscient qui se serait développé à la perte de ses parents. Les comportements autodestructeurs sont perçus comme des mécanismes d'adaptation que les individus utilisent pour contrôler leurs émotions négatives, comme la douleur, la solitude et la colère extrême [4]. Les caractères irritables, incapacité à subir des reproches, l'impatience, le manque de contrôle des réponses constitueraient des caractères d'impulsivité. Les sentiments de regrets montrent le caractère impulsif, brutal et incontrôlable du geste suicidaire. L'atteinte à la dignité propre de Seydi semblerait être touchée. L'honneur et la dignité occupent une place cruciale dans la société africaine précisément chez les Peulh, le déshonneur serait insupportable chez notre patient. Dans ses propos il montre que l'hyper investissement avec le troupeau et le dévouement récompensés par des critiques de son oncle est injuste. Selon Kemberg [7] ces gestes auto agressifs de ces types de personnalité peuvent avoir pour objectif d'assumer un contrôle sur l'entourage en soulevant des sentiments de culpabilité chez eux. Cette personnalité de notre patient semble servir d'assise pour la genèse de son acte suicidaire. En dehors de tous ces facteurs, il y a la tradition et les croyances culturelles de notre patient.

La tradition et les croyances culturelles

Le port d'une arme blanche est une tradition chez les peulh. Selon Seydi, l'arme blanche, le couteau ou la machette leur est très utile en brousse. Ainsi, lorsqu'un animal est mourant, le couteau lui permet de l'égorger pour que la viande soit comestible, l'arme blanche permet aussi de couper les branches d'arbres pour la nourriture des bœufs. Lors des bagarres en pleine brousse ils s'en servent pour se défendre. Ainsi voir un Peulh sans couteau ou machette est quasi impossible. L'accès facile à certains moyens de suicide expose au risque majeur de passage à l'acte.

Dans les croyances culturelles Peulh le « wass » (« Tuuli » chez les wolof) est une amulette protectrice qui permet d'être invulnérable à l'arme blanche. Cependant ce talisman rend son porteur impulsif et brutal avec un risque d'auto-agressivité dans les moments d'envahissement émotionnel.

i. Le « Tull » est le fait d'un corps humain qui ne peut pas être pénétré un métal

Conclusion

Jadis considérées comme un phénomène rarissime en Afrique, les conduites suicidaires sont devenues de nos jours une banalité pour les cliniciens. À travers notre étude sur un cas clinique d'un jeune adulte de 25 ans qui a été hospitalisé au service d'Oto-rhino-laryngologie (ORL) du Centre Hospitalier National Universitaire (CHNU) de Fann pour la prise en charge d'une plaie cervicale antérieure secondaire à une tentative de suicide après une altercation avec son oncle, plusieurs facteurs de risques se sont imbriqués pour générer une souffrance psychologique conduisant aux actes suicidaires. L'étude des événements traumatisants survenant dans l'enfance de notre patient (pertes précoces) plaiderait pour l'organisation d'une personnalité vulnérable, responsable à la fois de la tendance aux passages à l'acte et de la plus grande sensibilité aux événements extérieurs. En dehors de ces facteurs, l'honneur et la dignité occupent une place cruciale dans la société africaine précisément chez les Peulh, l'appartenance culturelle de notre patient et l'accès facile à certains moyens de suicide expose au risque majeur de passage à l'acte. À travers ce cas clinique, se pose la question du pronostic de ce patient, car une tentative de suicide ne doit jamais être banalisée.



Scène de rue à Dakar. Photographie du Pr Thiam (novembre 2015).

Bibliographie

1. Bancroft JHJ, Skrimshine AM, Casson J. et al. "People who deliberately poison or injure themselves: their problems and their contacts with helping agencies". *Psychological Medicine* 1977; 7: 789-303.
2. Crook T., Raskin A. - "Association of childhood parental loss with attempted suicide and depression". *J-Consult Clin Psychol* 1975; 43: 277.
3. Cross CK, Hirschfeld RM. - "Psychosocial factors and suicidal behavior: Life events, early loss, and personality". *Ann NY Acad Sci* 1986; 487: 77-89.
4. Debray Q., Granger B., Azaïs F. « Personnalités pathologiques ». *Psychopathologie de l'adulte. Collection des âges de la vie* Masson, Paris, 3ème édition, 2005, 179- 181.
5. Durkheim E. « Le suicide- Etude de sociologie ». *Alcan*, Paris, 1897.
6. Fieldsend R., Lowenstein E. - Quarrels, separations and infidelity in the two days preceding self-poisoning episodes. *B. J. Med. Psychology* 1981, 54: 349-352.
7. Kernberg O. Suicidal behavior in borderline patients: diagnosis and psychotherapeutic considerations. *American Journal of Psychotherapy*, 1993, 47(2), 245-255.
8. Kouamé A. Analyse sous l'angle ethnologique des tentatives de suicides chez les adolescents Abidjanais. *European Scientific Journal*. Décembre 2013, Edition vol 9, N° 35, ISSN : 1857- 7881.
9. OMS. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. *Rapport sur la santé dans le monde*, 2001, 172 p
10. Margaret C. *Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial*, OMS, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 Suisse, 2014, p.89
11. Morgan HG, Burns-Cox CJ., Pocock H. et al. - Deliberate self-harm: clinical and socio-economic characteristics of 368 patients. *Br J Psychiatry* 1975; 127: 564-574.
12. Ndiaye N. « Le deuil pathologique », thèse de doctorat d'état en médecine. Dakar, Décembre 2013
13. Soumah MM, Ehoué BA, Ndiaye M, Sow ML. *Aspects épidémiologiques du suicide à Dakar*, *The Pan African Medical Journal*, 2013, 4 pages



Idrissa Ba



Ndeye Awa Der Dieye



Momar Camara



Mamadou Habib Thiam

Particularités psychopathologiques et socioculturelles de l'addiction au cannabis chez les adolescents au Sénégal

Auteurs : Idrissa Ba¹, Mamadou Lamine Diouf², Ndeye Awa Der Dieye³, Momar Camara⁴, Mamadou Habib Thiam⁵.

Correspondant : Dr Mamadou Habib Thiam, Professeur Titulaire, Chef de Service de Psychiatrie et de psychologie médicale, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, B.P. 5406, Dakar-Fann, Dakar (Sénégal), Courriel : mamadouhabibthiam@gmail.com

Résumé : depuis son ouverture en 2006, le service de pédopsychiatrie du CHNPT reçoit une demande croissante de prise en charge d'adolescents présentant des troubles liés à la consommation de substances psychoactives, notamment le cannabis. Cette demande spécifique de prise en charge concernant cette catégorie particulière de la population a poussé les auteurs à s'interroger sur les liens entre adolescence et addiction et les particularités épidémiologiques, cliniques, psychopathologiques et sociales de la consommation de substances psychoactives chez les adolescents. Pour les auteurs, la notion d'absence d'un ou des parents semble déterminante dans l'explication des conduites addictives chez les adolescents. La présente étude s'attachera à montrer les formes que prend cette absence des parents dans le contexte sénégalais.

Mots clés : Psychopathologie, Addiction, Adolescence, Pédopsychiatrie, Sénégal, Cannabis

Summary : Since its creation in 2006, Child Psychiatry Service CHNPT has to manage a growing demand of treatments for adolescents who have disorders related to the consumption of psychoactive substances, including cannabis. This specific treatment of a specific population's category led the authors to study the links between adolescence and addiction and epidemiological, clinical, psychopathological and social consumption of psychoactive substances among adolescents' population. According to the authors, lack of care from one or two of the parents could explain the addictive behavior among adolescents. This study will attempt to show the different patterns of lack of care by the parents in the Senegalese context.

Keywords : Psychopathology, Addiction, Adolescence, Child Psychiatry, Senegal, Cannabis.

Introduction

La consommation de drogues chez les adolescents est un phénomène décrit partout dans le monde. Il semble exister une relation très complexe entre l'adolescence et l'addiction. De nombreuses études [1] confirment que les « conduites de dépendance apparaissent avec prédilection à l'adolescence » et que celles-ci « constituent une évolution spécifique de la problématique de la dépendance » [2]. La complexité du lien entre l'adolescence et l'addiction mérite une attention toute particulière afin de mieux comprendre l'importance des phénomènes de dépendance dans cette catégorie de la population et

d'élaborer une stratégie pour une meilleure prévention et une meilleure prise en charge des adolescents addicts.

Le présent article se propose de répondre aux questions suivantes : quels sont les facteurs qui déterminent l'attirance des adolescents suivis au CHNPT pour la consommation de substances psychoactives ? Quelles sont les particularités psychopathologiques et socioculturelles de l'addiction chez les adolescents au Sénégal ?

Les données qui servent de base à ce travail sont collectées à partir de trois situations cliniques d'adolescents suivis au service de pédopsychiatrie du CHNPT pour

1. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

2. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

3. Interne en Psychiatrie des Hôpitaux de Dakar, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

4. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

5. Professeur, Chef de Service, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal. Courriel : mamadouhabibthiam@gmail.com

consommation de cannabis. La méthode d'analyse par cas a été utilisée, suivie d'un commentaire pour chaque cas et d'une synthèse générale des trois situations. Il s'agit d'une étude qualitative qui ne prétend à aucune représentativité auprès de la population adolescente sénégalaise. Son objectif vise essentiellement à mettre en évidence les particularités de la problématique des addictions à l'adolescence liées à l'absence des parents, de montrer l'importance d'un repérage précoce et d'une prise en charge adaptée, qui devraient permettre de prévenir l'installation d'une véritable dépendance.

Définitions des concepts d'adolescence et d'addiction

1. Adolescence

Le concept d'adolescence date du 14^e siècle. Il est dérivé du mot latin *adolescens* qui exprime le couple antithétique *adolescere* qui veut dire « devenir adulte » ou « grandir » et *abolescere* qui signifie « se détruire, se perdre » [3]. Il marque le passage de l'enfance à l'âge adulte, exprimant ainsi l'âge du changement, de l'acquisition d'autonomie et d'une identité propre. Le concept a beaucoup varié selon les sociétés et a évolué selon les époques. « On a assisté à de nombreux bouleversements pendant cette période au cours du siècle dernier, avec notamment l'apparition plus précoce de la puberté, l'âge plus tardif du mariage, l'urbanisation, la communication au niveau mondial, et l'évolution des attitudes et des comportements sexuels » [4].

L'adolescence « constitue la période privilégiée d'expérimentation de la consommation de substances psychoactives (tabac, alcool et substances illicites) » [5].

L'adolescence est aussi considérée comme « la période de la vie où la majorité des individus entament et modèlent leur usage de cannabis, de tabac et d'alcool » [6].

Dans ce présent article, le concept renvoie à la définition de l'OMS selon laquelle « l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans » [4].

2. L'addiction

Le concept d'addiction traduit la relation de dépendance à un produit. L'addiction est une conduite qui repose sur une envie constante et irrésistible, en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour y échapper. L'utilisation de ce concept traduit une certaine prudence car la relation à la drogue n'est pas une relation linéaire et uniforme, conduisant à la toxicomanie [7].

Description et analyse des situations

Cas clinique n° 1 : El Hadj ou la dualité entre présence et absence des parents

1. Itinéraire et motif du traitement

C'est en compagnie de sa mère qu'El Hadji est reçu au service de psychiatrie pour la première fois au mois d'avril 2013 pour consommation de cannabis. Madame affirme avoir constaté des comportements récents inhabituels chez son fils et, après une nuit d'insomnie, elle prend la décision de l'amener consulter à l'Hôpital. Sur place, elle explique que les comportements inhabituels de son fils ont commencé par des sorties nocturnes non autorisées. El Hadji, dit-elle, est devenu impulsif et bagarreur même dans son école d'où il a failli être renvoyé parce qu'il a voulu se battre avec un de ses enseignants. En plus, poursuit sa mère, ses résultats ont baissé.

Malgré les remontrances de la mère et les privations de sorties pour l'obliger à changer, El Hadji passe de moins en moins de temps à la maison et rentre tard le soir en dérangeant tout le monde à la maison. Aux multiples interrogations de sa maman, il répondait toujours qu'il était avec ses amis jusqu'au jour où elle se rend compte que son fils a de nouveaux amis avec qui il fume du cannabis. A la veille de sa consultation, en ouvrant la porte à son fils, elle l'obligea à ouvrir sa bouche pour mieux sentir son haleine. Son doute fut confirmé, son fils niât d'abord puis finit par affirmer qu'il a fumé du cannabis.

2. Profil du patient

El hadji est un adolescent de taille moyenne âgé de 15 ans. Il est élève en classe de 4^{ème} secondaire. Il est issu d'une famille polygame avec deux épouses qui vivent dans deux maisons différentes à Dakar. Il occupe la 5^{ème} position d'une fratrie utérine de six enfants et vit actuellement avec ses sœurs et sa mère en l'absence de ses frères et de son père qui vivent en Europe. El Hadji a toujours été proche de sa mère, commerçante de profession, qui a toujours été sa confidente. Chaque année, son père séjourne au Sénégal pendant trois mois durant lesquels il est peu présent à la maison. Les rares fois qu'il est à la maison, il est tout le temps dans la chambre, discutant peu avec ses enfants.

3. Le déroulement de l'entretien

Pendant tout le temps que parlait sa mère, El Hadji avait la tête baissée, le visage caché par sa casquette. Par la suite, quand sa mère fut invitée à sortir, il révèle qu'il a commencé à fumer du cannabis puisque le comportement de sa mère envers lui a changé depuis Pâques. Sa mère, dit-il, est devenue de plus en plus dure et exigeante envers lui, voulant même le priver de sorties pendant les fêtes de pâques. En plus, quand il vient la trouver dans sa chambre, sa mère ne le reçoit pas. Il semble très affecté par le changement d'attitude de sa mère à son égard et a honte de lui parce que, dit-il, il a pris conscience de l'angoisse de sa maman mais ne comprend pas pourquoi elle l'amène à l'hôpital.

4. Commentaires

El Hadji évoque le cas d'un adolescent qui, pour se départir de son statut d'enfant très attaché et être autonome, est en train de tester la qualité de ses liens avec sa mère. Son changement récent de comportement a été l'alerte pour sa mère qui, par ses investigations, a confirmé ses craintes. L'absence du père, liée à plusieurs raisons telles que l'émigration et la polygamie, est également un aspect pouvant expliquer cette adolescence difficile. El Hadji semble souffrir de l'absence de relations avec son père.

Le tableau clinique présenté par El Hadji montre qu'il vit une dualité interne entre une mère trop présente qui lui refuse son autonomie et un père « invisible ». Il est en quête d'identité et d'indépendance qu'il cherche à manifester au dehors. Il transgresse les règles de sa mère (sorties non autorisées), auto-affirme sa liberté en fumant du cannabis et teste son pouvoir (bagarres fréquentes). Ces différents comportements observés témoignent d'une difficulté à se séparer et à s'identifier.

La consommation de cannabis semble revêtir chez El Hadji un caractère à la fois occasionnel et auto thérapeutique. En outre, l'influence des amis semble déterminante dans l'initiation au cannabis. Ses nouvelles sorties sont des moments de « défonce » constituant ainsi un mécanisme d'adaptation à un vécu dépressif ou anxieux, à une souffrance psychique parfois irréprésentable [5].

5. Contexte théorique

L'adolescence, pour le cas de El Hadji, peut être conçue, tel que l'affirme Moro (8), comme l'âge du détachement par rapport aux parents et du rapprochement par rapport aux amis. Ce double mouvement permet à l'adolescent de ne plus se sentir seul pour son passage du statut de dépendant à celui d'émancipé. Dès lors, comme l'affirme Moro, le groupe d'adolescents remplit au moins trois fonctions. Il permet d'abord de faciliter la tâche de séparation que l'adolescent doit accomplir, puis d'aider à l'identification au groupe de pairs et enfin de faire des expériences et des rencontres. Le groupe des pairs est un lieu où se poursuit l'éducation affective qui a commencé dans la famille mais qui prend d'autres formes et inculque d'autres valeurs parfois aux antipodes de celles de la famille.

Cas clinique n° 2 : Ibou ou la quête de sécurité affective

1. Itinéraire et motif du traitement

Ibou est amené au service de pédopsychiatrie au mois d'août 2013 par sa mère pour troubles du comportement à type d'agitation psychomotrice avec agressivité physique et verbale, propos incohérents et insomnie. Le début de la maladie remonte à environ deux mois

selon la mère, marqué par des sensations corporelles et environnementales inhabituelles, l'amenant à s'isoler et à désinvestir ses activités habituelles. Progressivement, il est devenu irritable, puis agressif envers les membres de sa famille, particulièrement sa mère. Deux semaines avant son hospitalisation, sa mère l'a retrouvé tout nu derrière le cimetière avec un comportement bizarre.

2. Profil du patient

Ibou est un adolescent de 15 ans qui a abandonné ses études très tôt, après seulement trois années de scolarisation. Il est le 2^e d'une fratrie utérine de 5 enfants dont les trois premiers sont issus d'un premier mariage de la mère et les deux derniers sont de pères différents. Ses parents ont divorcé quand il avait un an. Il a vécu quelques temps chez son père avec son frère et sa sœur avant que sa mère vienne les récupérer pour les confier, pendant plusieurs années, à leur grand-mère maternelle. Finalement, sa mère a décidé de reprendre tous ses enfants en charge toute seule en louant une maison. Sa mère est diabétique et épileptique connue et suivie. Elle travaille dans une association de sensibilisation et de prévention du VIH chez les professionnelles du sexe. Ce qui l'amène, dit-elle, à fréquenter les lieux de prostitution, notamment les bars. Son père est sans emploi et serait consommateur de drogues injectables (cocaïne/crack et héroïne). Ibou s'en était rendu compte lors de ses visites de temps à autre à son père. Bien que ce dernier l'ait mis en garde contre toute tentation, il a voulu essayer et a commencé à consommer le cannabis.

Depuis 4 ans, il exerce le métier de tailleur et participe également à diverses activités d'animations, notamment musicales, religieuses et sportives dans son quartier. Il vit avec sa mère, son frère, ses sœurs et son oncle dans une même maison en location.

3. Déroulement du traitement

L'examen psychiatrique à l'entrée montre un contact indifférent et des bizarreries du comportement avec attitude de sidération, un discours peu cohérent avec latence des réponses. La pensée est troublée dans sa continuité et dans son contenu avec la présence d'un délire hallucinatoire flou, mal systématisé à thématique mystico-religieuse et persécutive avec une forte adhésion. Ibou accuse sa mère de l'avoir maraboutée pour qu'il ne la quitte pas.

Ce tableau évoque un diagnostic de trouble psychotique induit par l'usage de cannabis, avec hallucination (F12.04 selon la CIM 10). Devant ce cas clinique et avec l'accord de la mère, l'hospitalisation est décidée et un traitement neuroleptique sédatif lui est administré à base de Chlorpromazine 125 mg (1 amp X 2/j), Halo-

péridol amp 5 mg (1 amp X 2/j) et Diazepam amp 10 mg (1 amp X 2/j).

A J3 post-hospitalisation, les symptômes psychotiques ont disparu et le comportement s'est beaucoup amélioré. Ibou critique son délire et décide de mettre un terme à la consommation de cannabis. C'est alors qu'apparaissent ses troubles relationnels avec sa mère qu'il accuse de se prostituer dans les bars et la soupçonne de coucher avec ses amis. Il veut que sa mère change de travail, arrête de fréquenter les bars et fasse un autre travail. Ce que sa mère ne semble pas vouloir entendre.

4. Commentaires

Entre l'image négative véhiculée par le père toxicomane et le sentiment de honte vis-à-vis de l'activité professionnelle de sa mère, Ibou est engagé sur deux fronts. Il n'obtient pas de réponses rassurantes de la part de sa mère qui dit faire un travail de sensibilisation sur le VIH/SIDA chez les prostituées dans les bars et boîtes de nuit. Qui plus est, sa grand-mère maternelle lui disait souvent que son père était en voyage au moment où il se trouvait en prison. Son environnement familial ne lui assure pas jusque-là de sécurité affective, ce qui fait qu'il n'arrive pas à se séparer tranquillement. Il doit « batailler » violemment pour ne pas rester collé à cette mère [8].

Cette situation clinique met en évidence la souffrance d'un adolescent face à sa difficulté de s'identifier à un père toxicomane et la honte d'être le fils d'une travailleuse du sexe. L'engagement de Ibou dans la consommation de cannabis témoigne de sa souffrance et de ses tentatives de trouver une solution personnelle à son état. Il traduit également une attitude de rupture relationnelle puisqu'il ne trouve pas dans son entourage des individus pour le soutenir.

5. Contexte théorique

Le cas d'Ibou évoque l'importance des relations précoces du petit enfant avec son environnement qui, selon Carole Catry et al. [7], conditionnent la qualité de son assise narcissique qui est le socle de sa personnalité. Dans cet article, l'auteur a également cité les facteurs de risque tels que la consommation excessive ou abusive des parents, les situations répétées de ruptures relationnelles.

Cas clinique n° 3 : Kader ou le poids de l'emprise maternelle

1. Itinéraire et motif du traitement

Kader est amené à l'hôpital par ses parents, dans le

courant du mois d'octobre 2012. Il est suivi pour des troubles du comportement à type de pleurs immotivés, de propos inadaptés. À longueur de journée, il demandait « pardon », disait également qu'il est mort, ou qu'il est Satan et qu'il entend des voix lui dire qu'il est homosexuel. Il ne dormait pas et passait les nuits à faire des va-et-vient.

Ses parents avaient consulté des marabouts et autres tradipraticiens sans succès, avant que son père décide de consulter au CHNPT.

2. Profil du patient

Kader est un adolescent de 16 ans, de grande taille, qui étudie dans un collège en classe de 5ème. Il est passionné pour le basketball. Il a redoublé plusieurs fois, ce qui a conduit son père à le sortir de l'établissement privé où il était avec ses aînés et à l'amener dans une école publique. Il est le benjamin d'une fratrie utérine de 4 enfants dont deux filles et deux garçons. L'aînée est une fille qui est ingénieure. Elle est suivie d'un garçon qui est dans la marine comme le père. La troisième est étudiante dans un institut supérieur privé.

Kader a toujours été calme et joyeux avec sa famille. Il dispose d'une chambre à part équipée d'un ordinateur personnel avec internet. Quand la famille reçoit un visiteur, Kader devient très calme et parle à peine, il refuse de manger et attend le départ de l'invité pour manger les restes dans la cuisine.

Son père, polygame avec deux épouses, est officier dans l'armée. C'est en 1997, l'année de naissance de Kader, qu'il a épousé en secondes noces la veuve d'un de ses amis. Depuis son remariage, le père est devenu moins présent à la maison, partageant son temps entre son travail et ses deux foyers.

3. Déroulement du traitement

Dès son arrivée à l'hôpital, Kader est hospitalisé et mis sous psychotropes (Halopéridol amp 5 mg (1 amp X 2/j) + Diazepam amp inj 10 mg (1 amp X 2/j)). Il est accompagné par sa mère pendant toute la durée de l'hospitalisation. Son exéat a lieu deux semaines plus tard devant la réduction de l'agitation psychomotrice et le rétablissement d'un sommeil normal. Depuis son exéat, il a été consulté 6 fois, toujours accompagné par sa mère. Il n'est plus agité mais il semble s'emurer dans le silence. Toutes ses réponses aux sollicitations sont : « c'est rien » ou c'est « Satan qui me fait agir ».

Les entretiens ont révélé tour à tour le grand désarroi d'une mère face à son fils « qui veut verser dans la délinquance ». Elle accuse son fils d'avoir de mauvaises fréquentations, de faire de petits larcins dans la maison et de consommer du cannabis. Ses principales préoccupa-

tions sont d'une part, que le comportement de son fils s'ébruite dans le quartier ou qu'il vole en dehors de la maison et d'autre part, que son mari l'abandonne avec ses enfants.

Kader « avoue » sa consommation de cannabis et les vols dont sa mère l'accuse. Il dit que son plus grand souhait est de réussir dans le basketball et d'aider ses parents car ils sont fatigués à cause de lui.

4. Commentaires

À partir du cas de Kader, deux constats sont faits dans sa famille. Tout d'abord, les filles sont plus aptes à s'en sortir dans les études que les garçons. L'autre constat est l'attitude de la mère qui semble idéaliser son mari qui serait l'homme parfait au point de passer sous silence son second mariage qui avait coïncidé avec la naissance de Kader (1997).

La prise de cannabis est assez récente, presque concomitante à l'émergence du trouble et coïncide avec un changement de groupe d'amis, de « mauvaises fréquentations » selon sa mère. Les différents larcins opérés au sein de la famille peuvent apparaître comme une sorte d'appel pour attirer l'attention de sa famille sur sa souffrance mais qui sont interprétés par la mère comme une entrée dans la délinquance.

Les comportements que la mère de Kader décrit chez son fils font penser à un comportement phobique et à un manque de confiance (peur des étrangers). Face à sa souffrance, les seules réactions qu'il reçoit de son entourage, notamment de sa mère, sont soit le rejet, l'étiquetage ou l'apport matériel, à travers l'achat et l'équipement de sa chambre en matériel électronique.

Son comportement est illustratif d'un adolescent en quête de repères et d'identité face à un père absent et fortement idéalisé par la mère. Le silence et le contact pauvre avec Kader donnent l'impression qu'il y a quelque chose de l'ordre du non-dit qui semble angoisser cet adolescent au point de « l'anesthésier ». Sa consommation de cannabis revêt le caractère d'une quête de l'effet anesthésie, face à la forte pression exercée par ses parents par rapport à ses études. Le tableau psychiatrique aigu présenté par Kader a fait place, dès l'instauration d'un traitement neuroleptique, à un tableau subdépressif avec des sentiments de culpabilité, d'enfermement dans une sorte d'opposition passive, se limitant à dire qu'il veut réussir sa vie et aider sa mère. L'origine de la difficulté relationnelle mère/fils semble remonter à la naissance et aux premières interactions mère/enfant. Le remariage du père coïncidant avec la naissance de Kader semble avoir impacté sur ces premières relations. En effet, bien que la mère l'évoque à peine, elle a été très marquée par ce mariage survenu alors qu'elle était enceinte de Kader. Ce remariage du

père qui a précipité la famille de Kader dans la polygamie a dû entraîner une nouvelle reconfiguration au sein de la famille.

5. Contexte théorique

Les effets délétères de la polygamie sur les relations intra-familiales ont fait l'objet d'une analyse dans l'ouvrage de Parience L. D. Gilbert (9). L'auteure s'est inspirée des ouvrages de trois romancières sénégalaises dont Mariama Bâ dans *Une si longue lettre*, Aminata Sow Fall dans *La Grève des battus*, et Fatou Diome dans *Le Ventre de l'Atlantique*, qui peignent, dans leurs ouvrages, l'image des femmes méprisées, opprimées et subjuguées dans les foyers polygames. En outre, face à l'absence des maris, la préoccupation maternelle sur les enfants est assez aiguë pour plusieurs raisons évoquées par Gilbert. « La première raison, moins facile à avouer, vient des longues absences du mari tenu de partager son temps entre ses différentes épouses. La présence de ses enfants aide la femme à combler ce vide. De surcroît, la situation de polygamie crée un climat de suspicion réciproque et permanent à l'origine de l'angoisse et de rivalité. Par ailleurs, à côté de la nécessité d'une certaine stabilité affective pour la bonne évolution de la grossesse, il faut insister sur l'impact des conditions extérieures éprouvantes. L'individu n'existant que par et pour le groupe, la situation sociale et en particulier conjugale de la femme prend toute son importance. L'absence du conjoint fait de l'enfant un objet de haine, un fardeau plus difficile à supporter. Si en plus, l'aide affective du groupe, sa présence morale venaient à faire défaut, la femme se trouverait dangereusement exposée. Elle ne se sentirait plus en sécurité dans son cadre habituel à l'intérieur des traditions. Enfin dès à présent, la réussite sociale ultérieure de l'enfant est un objet de préoccupation majeure pour la mère. C'est sa chasteté et sa bonne conduite qui conditionnent cette réussite si bien que l'échec de l'enfant détermine une sanction sociale » (9). Cette thèse est aussi renforcée par Abdoulaye Bara Diop (10) qui, décrivant la famille Wolof (ethnie majoritaire au Sénégal), évoque la notion de « ndey-ju-ligéy » (« mère qui a bien travaillé » ou épouse modèle). En effet selon cet auteur, les « Wolof croient que le sort de l'enfant – aussi bien sa santé physique que mentale, sa réussite sociale, son bonheur – dépend de la conduite de la mère... Une femme dont la conduite vis-à-vis du mari est irréprochable aura des enfants qui réussiront ; dans ce domaine, le comportement du père n'entre pas en considération. »

Momar Gueye (11) dit d'ailleurs que « la réussite sociale ultérieure de l'enfant est un objet de préoccupation majeure pour la mère. C'est sa chasteté, sa bonne conduite qui conditionnent cette réussite si bien que l'échec de l'enfant détermine dans son imaginaire une sanction

sociale ».

Au regard des raisons évoquées par ces différents auteurs, il apparaît que l'emprise maternelle est en rapport avec le vide laissé par les absences et/ou les éventuels manquements du père. Ce vide et ses manquements que la mère essaie de combler en portant une attention accrue sur ses enfants.

Cet adage « *liggey yu ndey agnu dom* » (« le travail de la mère sert de repas à son enfant ») peut devenir source d'angoisse et de culpabilité chez certaines femmes qu'elles soient dans un ménage polygame ou pas.

Discussion

L'analyse des trois cas cliniques témoigne de la complexité des relations entre l'adolescence et les phénomènes de dépendance. Si l'adolescence constitue en soi une période de très grande vulnérabilité, l'entrée dans l'addiction est un long processus et peut revêtir plusieurs formes et plusieurs sens. Les trois vignettes cliniques présentées montrent que la problématique des addictions propre à l'adolescence réactualise la qualité des relations précoces du petit enfant avec son environnement. Des situations aussi diverses, telles que des séparations précoces, un père absent laissant place à une mère trop présente, l'envahissement progressif par un sentiment d'infériorité, ont été retrouvées dans l'histoire infantile des adolescents. Ces situations ont pu créer des défaillances précoces qui ont mis à mal leur assise narcissique.

Plusieurs auteurs ont évoqué ces lacunes dans les relations précoces de maternage et qui ont pu déboucher sur la recherche frénétique de sensations à travers la consommation de drogues. Schwartzman [12] montre que la proximité de la relation mère-fils transforme les pères en simples satellites, qui de surcroît sont fréquemment disqualifiés par les mères. Par ailleurs, Harbin et Maziar [13] constatent l'incidence majeure chez des adolescents toxicodépendants

de carences parentales et observent que beaucoup de jeunes toxicomanes ont subi très tôt des séparations. De même Bergeret [14] met la toxicodépendance sur le compte de l'absence d'image paternelle identificatoire.

L'autre aspect que décrit la littérature est l'effet de la situation de toxicomane, de travailleuse du sexe sur l'éducation de leurs enfants. Stanton [15] constate que les mères de toxicomanes ont avec leur fils une pratique éducative symbiotique, avec une marginalisation des pères dans l'éducation, voire une disqualification ouverte. E. Jovelin [16], quant à lui, met l'accent sur la souffrance des enfants de mères prostituées pour expliquer les troubles psychiatriques présentés par ces adolescents. Il parle de souffrance indélébile, c'est-à-dire qui marque la vie de ces adolescents à jamais. Cette souffrance est vécue comme un traumatisme qui vient faire effraction dans la vie psychique de l'enfant, puis celle de l'adolescent.

La description du tableau clinique ainsi que l'étude de la qualité des relations précoces entre l'enfant et son environnement, permettent de comprendre le sens que ces adolescents donnent à l'activité de leur mère, et surtout la souffrance et la honte qu'ils ressentent face à ce qui est censé être non pas un métier mais une activité réalisée dans un contexte de misère et de survie. Cette fragilité narcissique a été ressentie par les trois adolescents comme une souffrance insupportable créée par la perception d'une dépendance aux personnes et par la nécessité de la rompre.

Le recours à la dépendance aux produits apparaît comme un moyen de rechercher des sensations face au vide émotionnel de leur enfance. Ce qui fait dire à Carole Catry et al. que la « pathologie de l'addiction est d'abord une pathologie des sensations » [7]. Pour ces auteurs, ces sensations, qui appartiennent au registre de l'activation sensorielle sont de l'ordre du besoin et de sa répétition. Elles dépendent donc des actes et en résultent, contrairement à l'émotion qui s'inscrit dans le registre symbolique de la



Scène de rue à Dakar. Photographie du Pr Thiam (novembre 2015).

parole. Carole Catry et al. [7] nous indiquent ainsi qu'il existe « une continuité entre la défaillance dans les interactions précoces – défaut de narcissisme – le maintien des sensations – dépendance à l'objet concret – et l'appétence à l'agir. »

Un tel comportement de recherche de sensations est retrouvé chez Ibou qui, après s'être essayé à plusieurs activités d'animation, comme les chants religieux, la musique et le théâtre, s'est réfugié dans la drogue. Un autre aspect que peut revêtir l'addiction chez l'adolescent est la consommation autothérapeutique comme besoin d'anesthésie de la pensée afin de faire taire les brèves émergences d'angoisse ou de dépression signant le renoncement à penser [15 et 16]. Pour Carole Catry et al. [7], le passage à la consommation autothérapeutique « signe, en général, l'effondrement psychique avec un échec des mécanismes d'adaptation et de défense. C'est le cas de Kader et d'El Hadj qui, pour échapper à l'emprise maternelle et face à la culpabilité de la séparation, n'ont d'autre issue que la consommation de cannabis.

Conclusion

À travers l'analyse des trois situations cliniques, nous comprenons que la consommation de cannabis chez l'adolescent est une réalité dans notre pays. Et à l'instar d'autres pays du monde, on assiste à une banalisation du produit. Cette banalisation est due au fait que malgré son caractère illicite, le cannabis reste la substance psychoactive illicite la plus consommée dans notre pays. Les adolescents, du fait de leur vulnérabilité liée à des facteurs autant internes qu'externes, en sont les principales victimes.

La découverte du produit se fait à un moment clef de l'évolution et s'intègre dans la problématique de l'adolescent. Au cœur de la problématique de l'adolescence, se pose essentiellement la question du lien. Du lien à l'autre mais aussi et surtout des premières interactions. Dans nos cas cliniques, l'adolescence semble réactualiser les premiers liens et montrer la difficulté d'une prise de distance vis-à-vis des parents.

Dans une vision attachementiste, l'addiction apparaît chez les adolescents comme une protection contre l'angoisse de perte et de séparation, une illusion que ce qui manque existe puisque momentanément, l'addiction permet l'apaisement. L'addiction peut être donc être envisagée ici comme une tentative d'aménagement de la dépendance. Une connaissance du produit et de ses effets, est importante pour pouvoir dépister l'addiction. La connaissance de l'adolescence et de la dépendance, mais aussi celle de la législation, sont des éléments importants pour une bonne prise en charge.

L'essentiel des informations nécessaires au repérage et à l'évaluation de la gravité de la consommation est obtenu par le dialogue et l'échange avec la personne. L'objectif principal de l'intervention du professionnel est d'évaluer les risques et dommages liés à la consommation de cannabis, d'aider le sujet à en prendre conscience. Faire le point sur les circonstances ou les contextes de consommation peut être une première étape. La réflexion sur les attentes et les alternatives comportementales à la consommation de cannabis en est une autre. Il s'agira ensuite de soutenir sa motivation au changement de comportement et de proposer les premières interventions. L'augmentation de la demande de prise en charge nécessite la mise en place de services spécialisés pour cette catégorie particulière de la population.

Bibliographie

1. D. Marcelli, A. Bracconier : *Adolescence et psychopathologie*, 1995, 4e Ed, Masson, Paris, 324-357
2. Marcelli D. : *Du lien précoce au lien d'addiction*, Neuropsychiatrie de l'enfance, 1994, 42, 7, 279-284
3. Bertolini M. : *Adolescence et addictions*, Rev Med Suisse 2011;7:1794-1798 <http://rms.medhyg.ch/numero-309-page-1794.htm> consulté le 25 juil, 13 à 23H31
4. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/
5. Lamas C., Corcos M. : *Addictions et adolescence*, In Addictologie (sous la dir de M. Lejoyeux), 2013, Elsevier Masson SAS, Paris, pp 48-66
6. Karila L. et Reynaud M. : *Repérage précoce de l'usage nocif de produits psychoactifs*, In Addictions et Psychiatrie (Michel Reynaud), Masson, Paris, 2005, pp 77-83
7. Catry C., Marcelli D. et Gervais Y. : *Adolescence et addiction*. In Michel Reynaud (sous la dir) : *Traité d'addictologie*, Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 2006, 800 p, pp 84-90
8. Moro M. R. : *Les ados expliqués à leurs parents*, Bayard 2010, Montrouge, 301p
9. Gilbert P. L. D. : *Les effets délétères de la Polygamie sur les hommes et les enfants dans la société sénégalaise postcoloniale : une analyse d'Une si longue lettre de Mariama Bâ, La Grève des Bâtu d'Aminata Sow Fall et Le Ventre de l'Atlantique de Fatou Diome*, 2010, KwaZulu-Natal, RSA, Master of Arts (French) in School of Language, Literature and Linguistics, Faculty of Humanities, Development and Social Science, University of KwaZulu-Natal, Pietermaritzburg, University, Republic of South Africa, 150p
10. Diop Abdoulaye Bara : *« La famille Wolof. Tradition et changement »*, Edition Karthala, Paris, 2012, 262 p.
11. Gueye Momar : *Les psychoses puerpérales en milieu sénégalais (A propos de 92 cas)*, Thèse Médecine, UCAD, 1976, 115 p
12. Schwartzman J. : "The addict, abstinence and family", American journal of psychiatry, 132, 1975, p 154-157
13. Harbin H.T., Maziar N.M. : « The families of drug abusers: a literature review », Family process, 14, 1975, p 411-431.
14. Bergeret, J. : "Les toxicomanes parmi les autres", Paris, Odile Jacob, 1990
15. Stanton M.O.; Todd T. : "The family therapy of drug abuse and addiction", New York, Guilford Press, 1982
16. Jovelin E. : "La souffrance des enfants de putains ou des fils et filles de putes", Pensée plurielle 1/2005 (n°9), De Boeck Supérieur, pp 131-151
17. Corcos M., Phan O., Nezelof S., Jeammes P. : *Psychopathologie de l'adolescent fumeur de cannabis*, Rev Prat, 2005, 55 : 35-40
18. Gervais Y., Marcelli D. : *Les conduites autothérapeutiques cannabiques*. In : P. Huerre, F. Marty : *Cannabis et adolescence*, Paris, Albin Michel, 2004 : 217-241



Sokhna Seck



Momar Camara



Ibrahima Ndiaye



Aida Sylla



Mamadou Habib Thiam

Fatou ou le malaise d'être femme soutien de famille.

Auteurs : Sokhna Seck¹, Momar Camara², Ibrahima Ndiaye³, Aida Sylla⁴, Mamadou Habib Thiam⁵

Correspondant : Dr Mamadou Habib Thiam, Professeur Titulaire, Chef de Service de Psychiatrie et de psychologie médicale, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, B.P. 5406, Dakar-Fann, Dakar (Sénégal), Courriel : mamadouhabibthiam@gmail.com

Résumé : les auteurs ont voulu à travers ce cas clinique montré que le travail des femmes en dehors du foyer n'est pas toujours source d'épanouissement et d'autonomie financière. Dans les foyers où le mari est au chômage, la femme est de fait le principal soutien de famille et supporte l'essentiel des dépenses. Ceci amène à une inversion des rôles et pourrait dans certains cas occasionner des souffrances psychiques longtemps gardées et qui peuvent éclore sous la forme d'une maladie mentale permettant à la femme de mettre des mots sur ses maux.

Mots clés : Femme, Travail, Soutien, Mariage

Introduction

Dans la société africaine et plus spécifiquement celle sénégalaise, la place de la femme a été pendant longtemps limitée au foyer conjugal et aux travaux domestiques. Les revenus financiers de la famille sont normalement dévolus à l'homme qui avec son titre de « chef de famille » est appelé à supporter l'essentiel des dépenses. Le rôle principal de la femme est d'assurer une bonne éducation pour les enfants et d'être une bonne épouse auprès de son mari et de sa belle-famille. Ainsi, la femme est plus jugée en fonction de ses qualités de bonne épouse et de bonne mère. L'évolution actuelle de la société, avec les différents programmes de scolarisation et d'alphabétisation des filles, fait que les femmes se voient assigner d'autres rôles. Elles ne sont plus appelées à rester seulement dans les foyers. Tout comme les hommes, surtout en milieu urbain, elles peuvent mener d'autres activités pourvoyeuses de revenus financiers en dehors du foyer et participer aux dépenses de la famille. Ainsi, la femme se voit attribuer un double statut : celui d'épouse et de mère mais aussi celui d'une « femme travailleuse » et parfois « chef de famille ».

Avant d'aborder ce cas clinique, il nous semble important de rappeler certains préceptes du mariage. Comme le souligne Adjagbo (Adjagbo et al., 2002), le mariage semble être un passage obligé pour les hommes et

les femmes. Il constitue une norme sociale qui doit être respectée par les différents individus. Le mariage représente la phase d'acquisition de la maturité chez l'homme. Il en est de même chez la femme, chez qui cette maturité sera complétée par la procréation traduisant la complétude féminine. Le mariage au Sénégal est une institution réglementée par les différentes instances religieuses, traditionnelles et par le code de la famille.

En ce qui concerne la religion islamique, l'autorité est dévolue à l'époux à qui l'épouse doit respect et soumission. L'époux est chargé d'assurer les revenus économiques de la famille et d'en assurer les besoins essentiels (logement, nourriture, habillement, soins en cas de maladie). Selon le code de la famille sénégalaise (Ndoye 1990, p.97), des droits et devoirs particuliers sont attribués au mari. Il porte le nom de « Chef de famille » et a le devoir de trouver une résidence sécuritaire pour son épouse et ses enfants. Ceci rejoint la distribution des statuts définie par l'Islam.

L'objectif de ce cas clinique est de montrer que le travail de la femme ne constitue pas toujours une source d'épanouissement surtout si la femme se voit attribuée de fait le rôle de « soutien ou chef de famille ». On peut assister à une réelle souffrance chez la femme qui voit s'effondrer toutes ses attentes lors du mariage, c'est-à-dire, avoir un mari qui puisse l'entretenir.

1. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

2. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

3. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

4. Maître de Conférences Agrégé, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

5. Professeur, Chef de Service, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal. Courriel : mamadouhabibthiam@gmail.com

Observation

Fatou est une patiente de 50 ans, mariée, mère d'un garçon et d'ethnie diola. Aînée d'une fratrie utérine de trois enfants, elle est issue d'une famille polygame avec un père instituteur. Ses parents ont divorcé quand elle avait 4 ans. Au départ de sa mère du domicile familial, son éducation a été confiée à la seconde épouse son père. Elle a été scolarisée jusqu'en classe de 6e secondaire en Casamance (région située au sud du Sénégal), puis décide d'arrêter volontairement les études suite à de mauvais résultats scolaires. Quelques années plus tard, elle vient dans la capitale sénégalaise pour travailler comme femme de charge dans des maisons.

En 2004, avec l'aide d'une de ses sœurs, elle est recrutée comme technicienne de surface dans une usine de la place. Fatou est mariée depuis 10 ans sous un régime monogame et vit avec son mari, son fils et sa belle-fille (fille du mari) dans une chambre en location dans la banlieue dakaroise. En effet, le mari est père d'une fille issue de son premier mariage qui s'est soldé par un divorce. Fatou et son mari sont des cousins au premier degré. Il s'agit d'un mariage consentant. Fatou explique son mariage tardif par le fait que très jeune (déjà à l'âge de 18-20ans), elle a eu plusieurs prétendants mais elle était dans l'obligation d'attendre que ses grandes sœurs germaines se marient avant elle, pour ne pas leur porter malheur. Ceci est de coutume dans leur communauté. Par la suite, elle a eu un autre prétendant que ses parents ont refusé car étant d'une autre appartenance ethnique. Le mari décrit Fatou comme une personne facilement irritable avec un caractère très versatile. Tantôt elle est gaie, accueillante, serviable, tantôt elle semble être en colère, s'énervait facilement et ne parle avec personne. Ce type de comportement a fait que le couple a déménagé à plusieurs reprises suite à des altercations de Fatou avec ses colocataires.

Au cours des entretiens on apprendra que le mari de Fatou est au chômage depuis plusieurs années pour des raisons de maladie invalidante non précisée. Depuis lors, Fatou a la charge entière des dépenses du foyer : location, factures d'électricité et d'eau, scolarité de son fils, entretien de sa belle-fille. Elle reçoit parfois l'aide financière ou matérielle de sa sœur. Pour Fatou, le fait qu'elle supporte toutes les charges de la famille relève de la « volonté divine » et elle nous dit « Je ne regrette pas les dépenses que je fais car j'ai un enfant dans cette union qui plus tard pourra subvenir à mes besoins ». On saisit cette occasion pour l'interroger sur sa position si elle n'avait pas un enfant de cette union. Sa réponse se fera sans attente « Sans cet enfant, j'aurais demandé le divorce ». Elle poursuit en nous disant qu'elle veut que son enfant puisse avoir une bonne éducation en étant entouré par ses deux parents. Elle garde aussi espoir que son fils aura une bonne réussite sociale qui lui fera oublier toute sa souffrance actuelle.

Lors d'autres entretiens, Fatou nous rapporte très timidement sa déception par rapport à son mariage. D'abord, la cérémonie du mariage a été sobre contrairement à ses rêves de jeune fille. Ceci était lié aux revenus financiers modestes de son mari. Par la suite, elle s'est retrouvée avec toute la charge de la famille. À la question de savoir ce qu'elle souhaiterait changer dans sa vie, elle nous répond « Si je devais changer une chose dans ma vie, ce serait d'avoir un mari aisé ».

Il y aurait une bonne entente conjugale. Fatou a plusieurs fois répété lors des entretiens que son mari reconnaissait tout ce qu'elle faisait pour la famille et qu'il prie constamment pour elle. Lors des entretiens avec le mari, cela a été confirmé. Le mari se désole de sa situation économique actuelle et décrit son épouse comme étant un modèle pour qui elle ne se lasse de prier.

Fatou est reçue en hospitalisation, accompagnée par son mari et son frère, pour insomnie, propos incohérents, soliloque, va et vient, fugues. L'histoire de la symptomatologie remonterait à environ une année marquée par la survenue progressive d'une insomnie à type de réveils multiples, de somnolence. L'insomnie semblait être bien tolérée. L'entourage rapporte des moments d'hébétément où Fatou est avec un regard hagard ou fixé sur un objet. Des fois, elle soliloque avec des propos incohérents. Six mois avant l'hospitalisation, l'insomnie a été plus caractérisée par des réveils précoces à quatre heures du matin.

Fatou se rend de plus en plus tardivement à son lieu de travail avec des retards de près de deux heures de temps. Elle explique ces retards par le fait qu'elle respecterait les recommandations de voix qu'elle entendrait dans la nuit et qui lui demanderaient de différer ses heures de travail pour déjouer le plan de ses persécuteurs. En effet, Fatou nous révèle qu'elle se sent persécutée depuis quelques mois et qu'elle aurait même croisé ses persécuteurs sur la route qu'elle emprunte pour aller au travail. Selon elle, ses persécuteurs chercheraient à la tuer.

À la veille de son hospitalisation, tardivement dans la nuit, elle aurait fugué et a été retrouvée à la boulangerie du quartier. Selon elle, elle a fui de la maison car son mari chercherait à la tuer en complotant avec sa sœur et son frère. Une fois à la maison, elle s'enferme dans sa chambre avec son enfant refusant tout contact avec le mari. Le lendemain, au réveil, elle s'empare d'un couteau et d'un pilon et menace de tuer son mari. C'est ainsi, qu'elle sera amenée en hospitalisation. Aucun antécédent personnel et familial n'a été retrouvé. Le diagnostic d'une psychose hallucinatoire chronique a été retenu. Le traitement médicamenteux établi a été à base d'halopéridol (5mg/J) associée à une psychothérapie de soutien avec des entretiens individuels ou avec le couple. L'évolution a été favorable en 15 jours d'hospitalisation avec une critique du délire.

Commentaires

Fatou, dans sa position actuelle, soutient toutes les charges financières de la famille du fait du manque d'emploi de son mari. On pourrait dire que le rôle de « chef ou soutien de famille » lui a été ainsi accordé de fait. Ce travail, qui devait lui permettre d'acquiescer une autonomie financière, se retrouve être la source qui la mène à supporter tout un poids familial. Ce rôle qui lui est assigné semble créer chez Fatou une souffrance psychologique même si elle n'est pas spontanément exprimée. Au cours des entretiens, elle a été trahie par ses propos qui traduisent l'état profond de sa conscience. Le fait de penser au divorce et de vouloir s'attribuer un mari riche traduit tout le malaise et toute la déception de Fatou dans son ménage.

Adjamagbo (Adjamagbo, 2002) souligne que « Le modèle féminin socialement valorisé demeure avant tout celui de la femme mariée vivant dans l'aisance matérielle et où la générosité du mari lui permet de consacrer ses propres revenus à des dépenses autres que celles relevant du quotidien ». L'idée de divorce sera vite réprimée par le fait de ne pas vouloir compromettre l'éducation et l'avenir de son fils. En effet, pour Fatou, plus elle fera preuve d'abnégation et d'obéissance envers son mari, plus son fils aura des chances de réussir dans la vie.

Lecarme (Lecarme, 1999), souligne que les femmes, en plus de leur rôle crucial dans la procréation, se doivent à travers un comportement irréprochable, de garantir la réussite sociale et morale de leur progéniture. Ceci s'inscrit dans le concept du « liggeyu ndeye » (traduit littéralement par travail de la mère), qui, dans la représentation populaire, établit un lien de causalité entre la réussite d'une femme dans son rôle d'épouse et de mère et celle de ses enfants (Adjamagbo, 2002). On pourrait aussi penser que Fatou redoute de se retrouver dans une situation de célibat, d'autant plus que celle-ci est difficilement acceptée par notre société. Fatou Binetou Dial (Dial, 2008) l'atteste bien en disant : « Le modèle du mariage s'imposant avec force au Sénégal, il n'est pas socialement admissible, pour une femme, de ne pas vouloir s'inscrire dans les liens du mariage ». Ceci confine Fatou à rester dans ces liens même si le bonheur escompté n'est pas retrouvé.

Fatou est la principale pourvoyeuse des ressources financières dans sa famille, mais leur gestion est déléguée à son mari qui planifie l'essentiel des dépenses. Ceci démontre que l'autorité est toujours détenue par celui-ci même en dépit de son manque d'emploi. Bop (Bop, 1995), en s'intéressant au statut des femmes chef de ménage à Dakar, remarque que de nombreuses femmes dont les ressources sont les seuls revenus du foyer ne s'en

prévalent pas et continuent d'agir sous le contrôle du mari économiquement défaillant.

Fatou présente un délire de persécution et d'influence à mécanismes hallucinatoires et interprétatifs principalement orientés sur son travail. En effet, les voix qu'elle entend lui demandent de différer ses heures de travail ou de changer de trajectoire pour se rendre à son entreprise. Ces phénomènes hallucinatoires pourraient traduire tout le malaise inconscient que Fatou vit en tant que femme travailleuse même s'il n'est pas clairement énoncé dans son propos. Freud (Freud, 1911), dans sa théorie sur la paranoïa, décrit l'hallucination comme étant l'expression des tendances profondes de l'inconscient, refoulées jusqu'alors et qui apparaissent comme prêtées à autrui et retournées contre le sujet.

L'agressivité envers le mari est aussi toute bruyante de sens. Ce mari, qui n'est actuellement accepté que pour se conformer aux règles de la société, semble ne plus être toléré par Fatou au point de vouloir sa mort. La pathologie psychiatrique constitue ainsi pour Fatou un rempart pour exprimer ses réels sentiments, sa souffrance, ses craintes. Ceci nous ramène à la réflexion de Freud (Freud, 1911), pour qui, «...la formation du délire, est en réalité une tentative de guérison, une reconstruction ».

L'hospitalisation de la patiente nous a permis d'aller au-delà des signes présentés et de mettre un lien entre les symptômes et son vécu personnel. Les différents entretiens individuels ou avec le couple ont permis à notre patiente de livrer ses réels sentiments, ses réelles pensées, ses déceptions par rapport à son mariage et à son travail. Lors des entretiens, le mari a plus d'une fois reconnu les mérites de son épouse et a formulé des prières en son endroit. Cette reconnaissance de la part du mari a aussi joué un rôle thérapeutique, car, elle a permis à Fatou d'être reconnue et de se sentir valoriser dans ses efforts. Les prières énoncées pourraient être aussi un gage d'une place au paradis pour Fatou en se référant à la religion musulmane. Elles pourraient être aussi de bon augure pour l'avenir ultérieur de son fils.

Conclusion

Le travail des femmes en dehors du foyer n'est pas toujours source d'épanouissement et d'autonomie financière. Dans les foyers où le mari est au chômage, la femme est de fait le principal soutien de famille et supporte l'essentiel des dépenses. Ceci amène à une inversion des rôles et pourrait, dans certains cas, occasionner des souffrances psychiques longtemps gardées et qui peuvent éclore sous la forme d'une maladie mentale qui permet à la femme de mettre des mots sur ses maux.

Bibliographie

1. Adjamagbo A., Antoine P., Dial F.B., 2002, Le dilemme des Dacaraises : entre travailler et « bien travailler », in Diop M.C. *Gouverner le Sénégal : croissance et développement humain durable*, Paris, Khartala, p.251-276
2. Bop C., 1995, Les femmes chef de ménage à Dakar, *Afrique et développement*, Codesria, Sénégal
3. Ndiaye D., 1990, Code de la famille annoté (Sénégal), *Dakar Editions Juridiques Africaines*, 441p
4. Dial F.B., 2008, Mariage et divorce à Dakar. Itinéraires féminins. Paris& Dakar : Karthala& CREPOS, Collection « hommes et sociétés », 200p
5. Freud S., 1911, Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Dementia paranoïdes), in *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1954, 315p
6. Lecarme M., 1999 : La « fatigue » des femmes. Le « travail » de la mère, in *Femmes plurielles, la représentation des femmes, discours, normes et conduites* (Actes du colloque de Clermont Ferrand, 14-16 novembre 1996), Paris, Maison des sciences de l'homme, p.255-269.



Ndeye Awa Der Dieye



Idrissa Ba



Ibrahima Ndiaye



Lamine Fall



Mamadou Habib Thiam

Les troubles psychopathologiques de la gravidopuerpéralité : aspects épidémiologiques et formes cliniques au CHNU Fann de Dakar, Sénégal

Auteurs : Ndeye Awa Der Dieye¹, Idrissa Ba², Ibrahima Ndiaye³, Lamine Fall⁴, Mamadou Habib Thiam⁵

Correspondant : Dr Mamadou Habib Thiam, Professeur Titulaire, Chef de Service de Psychiatrie et de psychologie médicale, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, B.P. 5406, Dakar-Fann, Dakar (Sénégal), Courriel : mamadouhabibthiam@gmail.com

Résumé : La grossesse et l'accouchement constituent des événements de vie importants chez la femme. Ils s'accompagnent de manifestations physiques et psychiques. Celles-ci sont d'expression et d'intensité variables d'une femme à une autre. À travers cette étude, les auteurs ont cherché à identifier les aspects épidémiologiques et les formes cliniques des troubles de la gravidopuerpéralité. Il s'agit d'une étude quantitative menée au CHNU de Fann sur une période de cinq ans (1er janvier 2007 au 31 décembre) portant sur 180 dossiers. Les données ont été recueillies, traitées et analysées avec les logiciels Word, Excel, SPSS19. Les tranches d'âge de 20-25ans et 25-30 ans étaient plus représentatives. 86% des femmes étaient mariées. Les femmes au foyer représentaient 94% de la population d'étude. Les primipares étaient plus nombreuses avec 32%. 96,6% des femmes avaient accouché par voie basse, une patiente avait consulté à six mois de grossesse, trois patientes avaient été césariées et deux patientes avaient fait un avortement. Deux morts nés étaient relevés. On avait noté un pic de survenue des troubles avant le septième jour du post-partum suivi d'un autre dans l'intervalle du huitième au quinzième jour. 38 patientes étaient déjà suivies en psychiatrie. 22,8% des patientes avaient des antécédents familiaux psychiatriques. Parmi les formes cliniques retrouvées, la psychose délirante aiguë était prédominante avec 69% des cas, suivie de la dépression avec 21% des cas.

Mots clés : Psychopathologie, Gravidopuerpéralité, Sénégal

Summary : pregnancy and childbirth are major life events in a women's life. They are accompanied by physical and psychological manifestations which are different from one woman to another and have a variable intensity. Through this study, the authors attempt to identify epidemiological and clinical forms of these disorders. This is a five years long quantitative study in CHNU Fann going from January 2007 to 31 December 2011, involving 180 cases. Data were collected, processed and analyzed using Word, Excel, SPSS19. The age groups 25-30 and 20-25ans were more representative. 86% of women were married. Housewives are 94% of the studied population. Primiparous were more numerous with 32%. 96.6% of women delivered vaginally, one patient consulted when six months pregnant, three patients had caesareans and two patients had an abortion. Two children were dead. We noticed more troubles occurring before the seventh day postpartum & more troubles between the eighth and fifteenth day. 38 patients were already followed in psychiatry. 22.8% of the patients had family's psychiatric troubles. Among the clinical forms, acute delusional psychosis was predominant with 69% of cases, followed by depression with 21% of cases.

Keywords : Psychopathology, Pathological pregnancy, Senegal.

1. Interne en Psychiatrie des Hôpitaux de Dakar, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

2. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

3. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

4. Psychiatre assistant-chef de clinique, Université Cheikh Anta Diop de Dakar

5. Professeur, Chef de Service, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

Courriel : mamadouhabibthiam@gmail.com

Introduction

La grossesse et l'accouchement constituent des étapes importantes dans la vie d'une femme. La maternité est considérée comme la phase ultime de la maturation de la femme. Et, comme toute autre phase du cycle de vie de l'individu, elle s'accompagne de modifications psychologiques et physiques. Celles-ci peuvent induire des manifestations affectives, un état de stress et d'anxiété dont l'intensité et la durée d'évolution varient d'une femme à une autre. En Afrique, particulièrement au Sénégal, la grossesse et les suites de couches constituent un état particulier où la femme est sujette à une surveillance particulière. Une étude a évalué les troubles psychiatriques de la puerpéralité à 10% des hospitalisations en milieu psychiatrique au Sénégal (13).

En pratique clinique, nous sommes souvent confrontés à des femmes qui consultent pour des troubles psychiques mineurs ou majeurs survenant au cours de la grossesse ou dans le post-partum. Ainsi, cette étude a été entreprise pour identifier les aspects épidémiologiques et les formes cliniques de ces troubles à partir de 180 dossiers de patientes colligés au niveau du service de psychiatrie du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude descriptive, rétrospective réalisée sur une période de cinq ans, allant du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2012. Cette étude a été menée au niveau du service de psychiatrie du CHNU Fann, elle a porté sur 180 dossiers. Les données ont été recueillies à l'aide d'une grille d'évaluation comprenant quatre items principaux :

- . les variables sociodémographiques : âge, situation matrimoniale, niveau de scolarisation, profession ;
- . les tableaux cliniques ;
- . les caractéristiques de la puerpéralité : parité, mode d'accouchement, état de l'enfant à la naissance, délai de survenue des troubles
- . les antécédents personnels et familiaux.

Tous les dossiers de patientes hospitalisées ou suivies en ambulatoire ont été recensés à partir des registres d'enregistrement des patients. Ont ainsi été retenus tous les dossiers où le diagnostic de troubles psychiques liés à la puerpéralité a été porté, de même que les dossiers présentant les informations nécessaires permettant de remplir la grille d'évaluation. Notre échantillonnage a été amputé de 20 dossiers dont 15 contenant des informations insuffisantes et cinq qui n'ont pas été retrouvés dans les archives. Les données ont été recueillies, traitées et analysées avec les logiciels Word, Excel, SPSS19.

Résultats

Au cours de cette étude 180 dossiers avaient été colligés. L'âge moyen était de 27ans avec des extrêmes allant de 15 à 48 ans. On avait noté des pics similaires à 49% dans les tranches d'âge de 20-25ans et 25-30 ans. Sur le plan matrimonial les femmes mariées représentaient 154 cas (soit 86%) et celles célibataires 7cas (soit 4%). En ce qui concerne le niveau de scolarisation, 30% des patientes n'étaient pas scolarisées et dans 35,6% des dossiers cette information n'était pas mentionnée. Notre échantillon était dominé par les femmes au foyer qui représentaient 94% de la population d'étude. Selon le nombre de pare on notait une prédominance des primipares avec 62 cas soit 34% des patientes. Suivant le mode d'accouchement, 174 patientes soit 96,6% avaient accouché par voie basse, une patiente avait consulté à six mois de grossesse, trois patientes avaient été césariées et deux patientes avaient fait un avortement. La majorité des enfants était vivants soit 96%, on relevait deux mort-nés, deux bébés décédés et deux avortements. Pour les troubles observés, on avait noté un pic de survenue avant le septième jour du post-partum suivi d'un autre dans l'intervalle du huitième au quinzième jour. Du point de vue des antécédents personnels, 38 patientes avaient eu un suivi en psychiatrie dont 33 cas de récurrences pour des troubles psychiques de la puerpéralité. Nous avons retrouvé des antécédents familiaux chez 41 patientes soit 22,8%. Parmi les formes cliniques retrouvées, la psychose délirante aiguë était prédominante avec 69% des cas, suivie de la dépression avec 21% des cas.

Discussion

• Les aspects sociodémographiques

L'âge : la moyenne d'âge de nos patientes est à 27ans avec des pics similaires dans les tranches d'âge de [20-25ans] et [25-30ans]. Ce résultat est en adéquation avec celui de Tabo et al. (12) où la moyenne d'âge est estimée à 27,4 ans. Par contre d'autres études réalisées au Sénégal trouvent une précocité de survenue des troubles entre [15-20ans] (4, 5, 10, 13). En Tanzanie, Ndosu et Mtawali (9) ont trouvé une moyenne d'âge de 23,9 ans. L'âge tardif d'apparition des troubles pourrait s'expliquer par le fait que les femmes se marient de plus en plus tardivement, à l'approche ou après la trentaine. Ce constat pourrait être corrélé à celui de Lemperière et al (8) qui affirment que la primiparité à plus de 30ans et les antécédents d'avortements spontanés ou provoqués font partie des facteurs de risque des troubles psychiques de la gravidopuerpéralité.

La Situation matrimoniale : notre population d'étude est dominée par les femmes mariées (86%). Ce résultat rejoint celui d'autres études (5, 10, 13). Cette prédominance de femmes mariées pourrait être rattachée au

contexte socio-culturel et religieux du Sénégal qui ne légitime la naissance d'un enfant que dans les liens du mariage. Être femme célibataire est très difficilement accepté par notre société. Les femmes qui en sont victimes, sont souvent soumises à une pression familiale voire une exclusion. Elles sont vues comme un opprobre qui vient ternir l'histoire de toute une famille. Par contre les réalités culturelles sont différentes d'un pays à un autre et d'une ethnie à une autre. Tabo et al.(12) dans leur étude, retrouvent 61,1% de femmes célibataires. Le concubinage est un mode de vie accepté dans certains pays d'Afrique et la conception d'un enfant issu de cette union est jugée naturelle et constitue une preuve de fertilité de la femme.

Le niveau d'étude scolaire : environ 30% des patientes n'ont jamais été scolarisées, et, seules 3,3% des femmes ont atteint le niveau universitaire. Ceci laisse penser que peu de femmes avaient des connaissances claires sur les réactions physiologiques pouvant accompagner la grossesse mais aussi des notions sur l'anatomie de leur appareil de reproduction. Le facteur scolarisation pourrait être un élément favorisant pour un bon suivi médical de la grossesse et permettrait à la femme de renforcer sa capacité d'insight et d'avoir une autre lecture par rapport à toutes les représentations socioculturelles qui entourent la grossesse et le post-partum. Compte tenu du nombre élevé de patientes dont le niveau de scolarisation n'a pas été précisé dans notre étude, il serait prétentieux de tirer des conclusions hâtives à partir des données partielles relevées.

La profession : la majorité de nos femmes était des femmes au foyer (94%). Ce résultat se rapproche de celui de Thiam et al.(13) (98%). Ndosi et al.(37), lors d'une étude effectuée en Tanzanie, trouvent que 81,4% des patientes étaient sans profession. Ces résultats peuvent être corrélés aux niveaux de scolarisation des femmes qui font qu'elles ont du mal à trouver une insertion professionnelle. Ainsi, les femmes au foyer seraient-elles plus susceptibles de présenter des troubles psychiques ? Dans notre contexte d'étude, la femme au foyer est souvent appelée à s'occuper des tâches ménagères, de ses enfants et de son mari ainsi que des autres membres de la famille, s'il s'agit d'une famille élargie. Ainsi, on pourrait deviner toute la charge de travail qui pèse sur elle surtout s'il s'agit d'une famille nucléaire. Chez une femme fragile, ces éléments peuvent concourir à la genèse de désordres psychiques de la gravido-puerpéralité.

• Les aspects liés à la puerpéralité

La parité : les primipares dominent notre échantillon d'étude. Ce résultat est corrélé avec ceux de Guéna et al. (21), Guéye (22), Ouedraogo (39) et Thiam (13). Tabo et al. (12), Ndosi et al. (9) trouvent une prédominance des paucipares avec respectivement 68% et 40,5%. Ces résultats tendent à confirmer que la primiparité semble

être un facteur de risque de survenue de troubles psychiques. Pour Thiam et al (13), les primipares ne sont ni physiquement, ni psychologiquement préparées à la maternité lors de leur premier accouchement, et le risque de survenue des troubles décroît à mesure que les parés augmentent. Cette dernière remarque a été relevée dans notre étude.

Le mode d'accouchement : l'accouchement normal par voie basse était le mode prédominant. Ce même résultat a été confirmé par Thiam et al. (13) et Gueye (5). Ces résultats sont contradictoires avec ceux décrits dans la littérature, où il est établi que les troubles psychiques surviennent le plus souvent chez les femmes césariées (34). Les autres facteurs à prendre en compte sont l'existence d'infrastructures sanitaires adéquates, de personnel soignant qualifié, et la qualité des soins délivrés. Dans notre contexte, ces différents facteurs sont souvent défaillants surtout en zone rurale rendant les consultations prénatales difficiles et les conditions d'accouchement laborieuses, pouvant s'accompagner d'un stress psychologique.

L'état de l'enfant : près de 96,1% des enfants étaient vivants. Ceci est contraire aux résultats de Guéye (5) qui avait trouvé un nombre élevé de cas de décès de l'enfant ou d'un avortement. Ces résultats divergents pourraient être expliqués par l'amélioration de la qualité des soins avec un meilleur suivi prénatal et une meilleure assistance des parturientes lors de l'accouchement avec comme conséquence, la baisse de la mortalité infantile.

Le délai d'installation des troubles : la majorité des patientes ont présenté leurs troubles durant la première quinzaine suivant l'accouchement, soit 42,2% de notre population d'étude. La décompensation durant la grossesse ne concernait que 3,3% de notre échantillon. Ce résultat concorde avec celui de Guéye (5) qui retrouvait la plus grande fréquence des troubles dans les jours suivant l'accouchement et leur relative rareté durant la grossesse. D'autres études (7,8) avaient également rapporté des résultats similaires accordant ainsi à la grossesse une fonction protectrice par rapport à la survenue des troubles psychiques. Le pic de la fréquence de psychose puerpérale se situait au 10^e jour.

Dans notre étude, la survenue des troubles s'observait le plus souvent avant le septième jour, donc avant le jour du baptême selon la religion musulmane. Cette précision est importante car dans notre contexte d'étude, les cérémonies de baptême ont une importance particulière, surtout s'il s'agit du premier enfant. Elles sont souvent source de stress et de conflit au sein du couple ou des familles. Elles constituent une occasion particulière pour l'épouse de couvrir sa belle-famille de cadeaux pour gagner davantage leur estime. Ainsi, l'organisation de la cérémonie peut être vécue de façon angoissante par la parturiente

qui craint un éventuel échec surtout en cas de précarité socio-économique.

Aussi, les croyances locales voudraient qu'à cette période la nouvelle parturiente respecte un certain nombre de règles pour sa sécurité et celle de son enfant. En cas de transgression de ces règles, elle est habitée par la hantise de la survenue d'un malheur et devient fragile sur le plan psychologique, donc facilement sujette à des troubles psychiques de la gravidopuerpéralité. Par ailleurs les bouleversements physiologiques notamment les changements hormonaux peuvent favoriser une décompensation psychique (6).

Dans notre étude, le risque de survenue des troubles psychiques était faible au-delà de six mois. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'au-delà des trois premiers mois, la parturiente est moins soumise au stress, à la fatigue, se remet progressivement de ses émotions et tisse une relation affective particulière avec son enfant.

Antécédents personnels et familiaux : dans notre étude, nous retrouvions que 18,1% de nos patientes ont des antécédents personnels de psychose puerpérale et 28,8% avaient des antécédents familiaux de troubles psychiatriques. Ces résultats se rapprochent de ceux de Thiam et al. qui notaient 21,2% d'antécédents person-



Scène de rue à Dakar. Photographie du Pr Thiam (novembre 2015).

nels de troubles et 11,5% d'antécédents familiaux. Ceci apporte la confirmation que les antécédents familiaux ou personnels constituent un facteur de risque de survenue de la maladie. Selon Gorwood et Kessler (3), de nombreuses données indirectes plaident en faveur d'un rôle significatif des facteurs génétiques dans la variabilité interindividuelle de la vulnérabilité à ce trouble. Des études de génétique moléculaire ont même évoqué le rôle direct d'un allèle de vulnérabilité (gène codant pour le transporteur de la sérotonine). Sur la base des données sur les antécédents familiaux, « la psychose puerpérale » peut être considérée comme un modèle heuristique du concept de vulnérabilité génétique.

• Formes cliniques

Sur le plan clinique, la psychose délirante aiguë est la plus fréquente (69%), suivie de la dépression (21%). Des auteurs africains (5, 12,14) ont retrouvé aussi cette prédominance des psychoses délirantes aiguës devant la dépression. Pour Collomb (2), en Afrique la psychose délirante permet une évacuation rapide de l'angoisse, l'expression des conflits intra personnels et interpersonnels, lutte contre la solitude, évite la séparation, la rupture. Elle est un dialogue voulu par le malade et reçu par le groupe. L'angoisse se transforme en une peur organisée qui dès lors peut être manipulée. Elle devient persécution par des individus ou des esprits à la réalité desquels le groupe adhère autant que le malade. Par cette transformation, la guérison devient possible et l'individu est réintégré dans le groupe.

Ainsi, on pourrait dire que la société africaine tolère le délire et d'une certaine manière le prend en son compte ; contrairement à la société occidentale, où le « fou » n'a

pas sa place dans la société des hommes, le délire n'est pas autorisé, le malade est seul avec sa maladie, dont il est responsable. Dès lors on a l'impression de comprendre le mode de décompensation par l'intériorisation des conflits en Occident. En effet, selon Poinso et al. (11), les dépressions du post-partum sont plus fréquentes en Occident. Au moins 10% des femmes sont concernées entre la fin du premier mois de vie de l'enfant et la fin de la première année. Ce chiffre est proche de la prévalence de la dépression dans la population générale, mais avec un pic de fréquence entre six semaines et deux mois après l'accouchement. Selon Casas (1), la plupart des femmes ne reconnaissent pas le caractère maladif, dépressif de leurs symptômes. Elles en éprouvent un sentiment de honte, d'échec. Elles vont rester silencieuses car elles craignent d'être jugées incompetentes face à leur fonction maternelle, de décevoir leur conjoint et redoutent le label de « maladie mentale ».

Conclusion

Les troubles psychiques de la gravidopuerpéralité sont des affections assez couramment rencontrées en pratique psychiatrique. Ceci laisse entrevoir que la maternité ne constitue pas à chaque fois un événement heureux pour les femmes. Elle peut s'accompagner de stress, de préoccupations anxieuses qui dépassent parfois les moyens de régulation habituels de l'individu, avec comme conséquence un effondrement de la femme dans des affections psychiatriques mineurs ou majeurs. Ainsi, la prise en charge de la maternité devrait être globale incluant la psyché et le soma. Les consultations prénatales devraient être des espaces où les femmes pourraient verbaliser leurs angoisses, leurs inquiétudes, par rapport à la grossesse et à l'accouchement ultérieur.

Bibliographie

1. Casas Odile. Les troubles psychiques au cours de la puerpéralité. *L'information psychiatrique*, 2004 ; 80[8] :627-633.
2. Collomb H. Bouffées délirantes en psychiatrie africaine. *Psychopath. Afric* 1965 ; 167-239.
3. Gorwood P, et Kessler V. La psychose puerpérale : un modèle du concept de vulnérabilité génétique ? *Devenir*, 2002 ; 14[1] : 17-26.
4. Guéna R, Preneuf Ch, Reboul C. Aspects psychopathologiques de la grossesse au Sénégal. *Psychopath. Afric* 1970 ; 6[2] :111-146.
5. Guéye M. Les psychoses puerpérales en milieu sénégalais à propos de 92 observations. Thèse de médecine n°27, Dakar, 1976,118p.
6. Harris B, Lovett L, Smith J, Read G, Walker R, Newcombe R. Cardiff puerperal mood and hormone study. III. Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum, and its hormonal correlates across the peripartum period. *British Journal of Psychiatry* 1996 ; 168:739-744.
7. Job N, Schrek L. Décompensation psychotique de la grossesse et du post-partum. *Réalités en Gynécologie Obstétrique*, 2010 ; 145 : cahier 1, 4p.
8. Lempérière T, Rouillon B, Lépine J P. Troubles psychiques liés à la puerpéralité. *Encycl. Méd. Chir*. 1984 [Paris, France]. Psychiatrie, 37660 A10, 7- 1984,12p
9. Noah K Ndosi and M.W. Mtshali. The nature of puerperal psychosis at Muhimbili national hospital: Its physical co-morbidity associated main obstetric and social factors. *African Journal of Reproductive Health*, 2002; 6[1]: 41-49.
10. Ouédraogo A. Approche étiopathogénique des psychoses puerpérales au Sénégal. Mémoire CES de psychiatrie, Dakar, 1987 ; n° 31,110 p.
11. Poinso E, et al. Dépressions du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. *La psychiatrie de l'enfant*, 2001 ; 44[2] : 379-413.
12. Tabo A, Kette C G, Gottot M, Nghaler R, Soudouma E, Sepou A. Troubles psychiatriques et psychopathiques de la gravidopuerpéralité à Bangui, Centre Afrique. *Clin Mother Child Health* 2009 ; 6[2] :1107-1111.
13. Thiam M H, Karfo K, Dikaroung M J, Sylla O, Gueye M. Prévalences et formes cliniques des troubles psychiques de la puerpéralité au C.H.U de Dakar. *Dakar Médical*, 2000 ; 45[2] :158-161.
14. Thiam M H, Karfo K, Sylla A, Dassa S K, Sy A, Ba et al. Aspects cliniques et psychopathologiques de la dépression du post-partum : rapport d'une série de onze cas sénégalais. *Perspectives Psy*, 2008 ; 47[2] : 119-125.



Momar Camara



Ndeye Dialé Ndiaye Ndongo



Lamine Fall



Aida Sylla



Mamadou Habib Thiam

Le confiage à l'épreuve du temps

Auteurs : Momar Camara¹, Ndeye Dialé Ndiaye Ndongo², Lamine Fall³, Aida Sylla⁴, Mamadou Habib Thiam⁵

Correspondant : Dr Mamadou Habib Thiam, Professeur Titulaire, Chef de Service de Psychiatrie et de psychologie médicale, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, B.P. 5406, Dakar-Fann, Dakar (Sénégal), Courriel : mamadouhabibthiam@gmail.com

Résumé : Le confiage est une expérience potentiellement traumatique. Longtemps utilisé comme moyen de régulation sociale à cause de la manière dont il assurait la distribution des enfants dans la communauté, le confiage a vu ses cadres s'effriter à cause des profondes mutations socioculturelles et de la crise économique africaine. Ainsi le but primaire du confiage d'antan centré autour de l'éducation de l'enfant, s'est mué en d'autres motivations d'ordres économiques et sociales. L'enfant se trouve dès lors au centre d'intérêts qui le dépassent. Ce manque de compréhension accompagne souvent ce processus et tend à le rendre plus difficile à vivre. La réception de personnes d'âge varié, mais qui partage un passé de confiage durant leur enfance, nous a permis de recueillir des situations psychopathologiques diverses qui découlent très probablement de ce passé suscité. Le confiage demeure un fait marquant de leur vie, elles reconnaissent toutes avoir vécu des moments difficiles. Pour certaines, cette situation leur a permis de renforcer leur personnalité pour être capables de faire face à n'importe quelle situation de la vie. D'autres sont dans une position de victime qui s'éternise.

Mots clés : Confiage, traumatisme, mutations socio-économique, psychopathologie, Dakar.

Summary : Fosterage is a potentially traumatic experience. Long used as a means of social control due to the way in which it allowed the distribution of children in the community, fostering saw its borders crumble because of profound changes sociocultural and African economic crisis. Thus the primary goal of fostering yesterday centered around the education of the child, turned into other motivations economic and social orders. The child is therefore at the center of interest which exceeds. This lack of understanding often accompanies this process and tends to make it more difficult to live. The reception of persons of different ages, but shares a history of foster care during childhood has allowed us to collect various psychopathological cases probably related to this experience. Fosterage remains a significant event of their lives, they all recognize that they have gone through difficult times. For some, this has enabled them to enhance their personality to be able to face any situation in life. Others are in a position of victim drags.

Keywords : Fostering, trauma, socio-economic changes, psychopathology, Dakar.

1. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

2. Maître-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

3. Psychiatre assistant-chef de clinique, Université Cheikh Anta Diop de Dakar

4. Maître de Conférences Agrégé, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

5. Professeur, Chef de Service, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal. Courriel : mamadouhabibthiam@gmail.com

Introduction

Le confiage est une pratique très répandue en Afrique de l'Ouest. Il assure une bonne circulation des enfants dans la communauté (Antoine, 1995 ; Ainsworth, 1997 ; Oppong, 1999 ; Pilon, 2006). Il a été bien étudié par les anthropologues qui ont longtemps vanté le mérite d'une telle pratique. Cependant ces dernières décennies, certaines voix se sont dressées à propos des inconvénients d'une telle pratique (Vandermesh, 2002). Les conséquences dues au changement de contexte socio-économique auraient déteint sur la pratique du confiage (Le Guérinel, 1969). En outre, ce thème demeure absent de la littérature psychopathologique (Porcelli, 2011).

Quelques rares auteurs l'ont évoquée tels que Ainsworth en Ouganda (1997), Porcelli au Mali (2011). Le fait constant dans cette pratique très diverse dans son contenu allant d'un don provisoire avec ou sans possibilité de rendre visite à ses parents jusqu'au renoncement définitif instaure la notion de séparation parentale (Bledsoe, 1990 ; Castle, 1995 ; Goody, 1982 ; Jonkers, 1997 ; Lallemant, 1988, 1993 ; Madhavan, 2004 ; Rabain, 1979).

Partant d'un suivi en ambulatoire de personnes reçues dans un hôpital psychiatrique, nous avons tenté de faire le lien entre le tableau psychopathologique de ces patients et leur histoire de vie où la notion de confiage a été un événement marquant.

Il a pu ainsi être dégagé une situation de traumatisme qui selon les cas a abouti à une grande transformation dans la vie de l'individu. Ainsi on a pu constater des personnes qui ont développé le sens du don de soi afin de vivre pour les autres et d'avoir la capacité de s'oublier. Ces qualités sont peut-être derrière la valorisation de l'acte de confier un enfant qui peut signifier un gage de réussite sociale. Cependant hormis ces quelques qualités qui font de la personne une vitrine sociale exposée comme symbole de réussite, se cachent diverses problématiques sûrement liées à une souffrance intérieure non communicable.

L'émoussement des affects et l'abandon à la tâche, un joom et du dem ba dièkh (traduction littérale : courage, témérité), comme pour dire qu'il faut être débarrassé de tout lien affectif pour pouvoir réussir. L'intérêt de notre position est d'être d'un côté qui n'est pas forcément accessible à tous, endroit qui se destine à être un lieu de pitance silencieuse, hors de portée de l'œil avisé de la société. Notre parole va ainsi servir à violer cet endroit sacré afin de mettre en lumière la possibilité de lien entre une pratique qui garde toujours une place importante dans la représentation culturelle et la réalité propre de l'individu. La mise à jour va permettre de poser le débat afin d'orienter cette pratique dans une possibilité où l'enfant sera au centre des préoccupations relationnelles, mis à part les autres préoccupations d'ordres stratégiques ou

matérielles.

Les cas étudiés sont exclusivement féminins. La fréquence du sexe féminin dans le confiage a été rapportée par beaucoup d'auteurs (Rabain, 1979 ; Mahieu, 1990 ; Jonkers, 1997 ; Tinel & Guichaoua, 2002 ; Pilon, 2005), qui le lient probablement à une main d'œuvre domestique dans les familles d'accueil. Enfin le besoin de parler du confiage chez les consultants nous a permis d'établir un lien avec des entités psychopathologiques semblables. La relation a été difficile à maintenir, compréhensible, car on est au nœud de la problématique du lien. Les suivis ont été chaotiques avec des rendez-vous souvent inopinés. Ce qui nous laisse des perspectives futures de prise en charge centrées sur le travail autour du lien.

Observations

Le cas Sophie

Sophie, âgée de 27 ans, a été longtemps suivie pour des troubles thymiques et stabilisée depuis 8 ans. Elle est venue nous voir pour une demande assez imprécise : « j'ai des maux de tête qui m'obligent à mettre le foulard quand je sors. » Cette suggestion lui est souvent prodiguée, à elle et à ses sœurs. Elle pense aussi que cela pourrait être lié aux rab (traduction littérale : esprits invisibles qui cheminent avec les humains), probablement hérités de sa famille maternelle. Sophie et ses sœurs ont perdu leur mère très tôt ; leur aînée, de même mère, a été confiée après un divorce. Par conséquent elles ne se sont retrouvées que récemment.

Sophie et sa sœur ont été confiées à son homonyme pendant une brève période puis récupérées par leur père dans le domicile qu'il partage avec la coépouse de sa défunte mère. En effet, il craignait l'apparition de difficultés d'adaptation au sein d'une famille qui n'était composée que d'adultes. Elles ont dès lors vécu dans de bonnes conditions, assez pour rendre jaloux leurs demi-frères : « Tu préfères ces orphelines », quand ils s'adressaient à leur mère. Sophie a révélé une maturité précoce, occasionnant des situations où elle veillait sur sa tutrice : « elle était trop dépendante, du coup je me chargeais de gérer son argent dans le but de mieux la canaliser. » Cette maturité et cette forte capacité de contenance lui ont permis de trop mater sa petite sœur de caractère plus fragile.

En 2001 Sophie perd en l'espace de quelques mois son père et sa tutrice. Ce sera le début d'une longue période de difficultés où elle est à la merci de ses demi-frères pressés de régler les comptes. Pour ne rien arranger, Sophie tombe enceinte hors mariage, ce qui a conduit à son expulsion de la maison. Après une courte période d'errance, elle est recueillie par la sœur de sa tutrice, dont le soutien se poursuit jusqu'à présent.

Sophie garde toujours des liens particuliers avec sa mère : « la visite de sa tombe m'ouvre toujours des perspectives dans la vie. » Une de ses dernières visites coïncide avec la veille de son mariage. Malgré plusieurs sollicitations, elle s'est liée avec un ami d'enfance, une personne dont elle est sûre d'avoir conquis le respect.

Commentaires

On a affaire avec une fratrie entière qui a fait l'expérience d'un confiage, en l'occurrence Sophie et ses deux sœurs. Notre patiente et sa sœur cadette ont fait l'objet d'un premier confiage qui semblait être difficile pour elles, du moins si l'on en croit leur père qui avait alors décidé de les récupérer. Leur confiage a été bref. Cependant il y a eu une séparation tragique lors du décès de leur mère. Cette dernière avait divorcé de leur père. Plusieurs traumatismes ont ainsi été vécus par ces enfants, à la faveur de multiples séparations. Une peur de tisser un lien solide peut ainsi se comprendre, d'autant plus que ces séparations ont toujours été suivies de périodes difficiles.

Le corps sous le foulard dénote un besoin de contenance qu'éprouve Sophie. Malgré qu'elle ait perdu très tôt le lien avec sa maman, le rab assure ce rôle, lui qui est resté fidèle. Le rab est un génie ou un esprit. Il erre mais trouve chez les individus un réceptacle capable de l'accueillir et de le fixer. Le lien physique de parenté n'existe plus, la famille maternelle n'est pas fréquentée de même que celle paternelle. Le rab permet de rétablir ce lien et de la connecter à ses parents décédés. Notamment celle de l'image symbolique de sa mère. Le rab, entité invisible, s'est souvent allié dans sa forme domestiquée à l'ancêtre de la famille (Zemplini, 1966). Les maux de tête font partie de la symptomatologie d'une possession par un rab (Zemplini, 1966).

La perte simultanée de ses protecteurs (père et tutrice) permet aux conflits de se faire jour. Sophie est profondément perturbée, et voit s'installer une escalade de situations chaotiques et le glas constitué par la survenue de sa grossesse. Cette situation de profonde insécurité la rapproche de sa défunte mère qui hérite du rôle d'ange gardien. Elle seule est capable de lui venir en aide et de la guider.

Le cas Mously

Mously, 60 ans, reçue pour une épigastralgie transfixiante, est référée par un collègue gériatre. Elle est diabétique et présente une insomnie à type de réveil précoce, des palpitations, une rumination anxieuse et une douleur morale. La souffrance est quelque chose de familier chez elle. Elle cheminerait avec depuis sa tendre enfance et ce n'est pas ce qui peut l'inquiéter davantage.

Elle a été confiée à sa bàjjan (traduction littérale : tante paternelle) qui n'avait pas d'enfants. Mously rapporte qu'elle y a subi plusieurs brimades. Elle est troisième d'une fratrie composée de deux filles et d'un garçon. Il a fallu quelques années avant que ses parents ne se rendent compte de cette maltraitance et ne la reprennent pour la confier ensuite, à la sœur à sa mère. Elle nous dit y avoir subi les pires traitements, avec entre autres des privations alimentaires dont elle garde encore des séquelles : « je vivais d'eau, mon corps en est bien rempli et jusqu'à présent... » Mously finit par accuser sa mère qui selon elle, aurait failli à son devoir de protection.

Par ailleurs elle ne regrette pas ce passé difficile, car : « Les vaches qui sont dans les prairies sont mieux engraisées que les vaches domestiques. Ces premières étant sous la coupe de Dieu qui les nourrit et veille sur elles. Sa protection étant la meilleure possible. »

Mously se plaint entre autres de douleurs généralisées de tout le corps et d'arthroses. Sur le plan familial, ses enfants lui mènent la vie difficile, elle est obligée d'être aux aguets tout le temps, les relations familiales semblent très conflictuelles. Cependant une attitude détachée nous a longtemps fait croire qu'elle vivait avec des personnes étrangères.



Statuette sénégalaise. Photographie du Pr Thiam.

Commentaires

Mously a du mal à trouver des explications quant à la séparation dont elle a été victime. Elle vient en troisième position, cela a-t-elle fait d'elle un enfant de trop ? Quand le destin lui a donné raison sur la maltraitance du premier confiage, il aurait été logique que ses parents la récupèrent, mais il n'en est rien, elle est de nouveau confiée à l'autre partie, celle maternelle, là où les sévices sont devenus plus pénibles. Sa mère est alors coupable à ses yeux, coupable de n'avoir pas su la protéger. Dans la société Wolof, la mère est responsable de son enfant ; si un enfant tourne mal c'est toujours vu comme le résultat du laxisme de sa maman qui n'a pas su lui donner une éducation adéquate (Diop, 1985). La profonde solitude de Mously a fait d'elle une fille de Dieu, seul capable de lui offrir ce que les humains ont été incapables de lui offrir. On peut dès lors imaginer que la sérénité qu'elle devrait trouver auprès de ses parents a fait défaut et qu'elle a été obligée de compter sur ses propres ressources pour se sécuriser. Ainsi, le corps rempli d'eau est aussi une forme de contenance qui lui permet de se sentir exister.

Le cas Fatou

Fatou a 40 ans. Suivie depuis plusieurs années dans une autre structure psychiatrique, elle vient de changer afin de bénéficier des avantages de notre structure qui lui offrait une meilleure proximité. Fatou a été confiée à la coépouse de sa mère qui n'avait jusque-là qu'une fille, loin de ses nombreux frères et sœurs. À l'âge de six ans, cette dame l'a confiée, à son tour à une tante paternelle pour qu'elle bénéficie d'un bon encadrement scolaire. C'est chez cette personne qu'elle a subi des maltraitances. Le père de famille était violent et s'en prenait souvent à la dame et à ses enfants.

Se sentant isolée, Fatou s'est accrochée très tôt à ses études, qu'elle prenait comme seule échappatoire, ce qui fit toujours d'elle la première de sa classe. Elle est ainsi le seul membre de sa famille à avoir fréquenté l'école ; ce qui lui vaut une grande admiration. En plus d'être instruite, elle développe une maturité précoce, ce qui lui vaut le surnom de « vieille de la maison ». Étant originaire d'un pays frontalier du Sénégal, Fatou est venue à Dakar dans des circonstances particulières. En effet, elle a pris la place de sa sœur décédée au cours d'un voyage qu'elle effectuait pour présenter sa fille à la famille. Le choix porté sur Fatou a été mûrement réfléchi ; la famille tenait à offrir une nouvelle femme au mari éploré.

L'adaptation en terre sénégalaise fut très difficile d'autant qu'elle vivait dans la grande famille ; son mari n'avait pas les moyens de s'autonomiser. Leur situation économique fragile leur offrait une position précaire au sein de la famille. Fatou a fait une dépression en 2000. Elle a réussi à trouver un appartement en travaillant très dur (cumul de postes et accumulation d'heures supplémen-

taires). Son mari qui évolue dans le secteur informel a décidé de prendre sa retraite à l'âge de 55 ans et refuse toute reconversion. En plus de ces charges, Fatou entretient sa grande famille et paye les études d'un de ses enfants en Europe. Par ailleurs, elle avoue ne retourner au pays que par obligation, sans trop de lien émotionnel fort avec les siens. À ce jour elle est toujours sous antidépresseurs qu'elle prend par automédication. Après une absence d'une année de suivi, elle était revenue pour une demande de sevrage aux anxiolytiques.

Commentaires

On observe tour à tour deux motifs différents de confiage : une mère qui a beaucoup d'enfants et qui vient en aide à sa coépouse et un autre pour assurer une bonne éducation scolaire (Rabain, 1979). Fatou a très vite saisi l'opportunité de réussir ses études pour avoir une porte de sortie sûre, seul billet de sortie possible pour elle. Cette attitude lui a permis de supporter les nombreuses maltraitances subies. Sa maturité lui a valu le surnom de « vieille de la maison ». « L'enfant qui connaît plus que son âge » entraîne un saut de génération (Rabain, 1979) qui lui fait changer de classe. Cette distinction suscite à la fois admiration et crainte, car l'enfant devient un danger pour ses pairs et pour les autres, car il a le savoir des ancêtres. Cette ambivalence l'a poursuivi quand il a fallu trouver une remplaçante à sa défunte sœur. La séparation avait le double visage du rejet et de la mission, de l'exil et de la conquête.

Sur un autre plan, les nombreuses « trahisons » dont elle a été victime (ses parents et tuteurs qui ont failli à leur devoir de la garder) ont poussé Fatou à choisir un conjoint « incompétent » dans le but de s'autonomiser et d'être la propre responsable de sa destinée. De même, la dépendance aux psychotropes est une autre forme de lien stable qu'elle a su se tisser. Les objets inanimés sont beaucoup plus faciles à manier, car les projections offrent plus de sécurité dans la relation ; la relation est unidirectionnelle.

Le cas Awa

Awa, 61 ans, vient de prendre sa retraite. Elle satisfait à une demande de consultation émise plusieurs mois auparavant. Elle se plaint d'une insomnie mal supportée. Elle vit actuellement avec sa fille de 18 ans, son aînée se trouvant en France. Elle vient de terminer la construction de sa maison située dans la banlieue dakaroise et s'y est installée. Cette situation venait de la soulager d'un compagnonnage toujours difficile avec les siens. Cependant, Awa traverse une période difficile avec sa fille qui projette de se marier avec un jeune du quartier. Elle désapprouve ce projet en raison des maigres revenus du prétendant qui selon elle, est incapable de supporter l'entretien d'une épouse ; cela risquerait d'être une nouvelle charge pour elle. Elle admet cependant bien résister à la souffrance, car y étant bien habitué, ceci depuis son jeune âge. En

effet, elle a fait l'objet d'un confiage auprès de sa bàjjan qui n'avait pas d'enfant. Elle y a subi des maltraitances. Son retour à la maison familiale a eu lieu à l'âge de dix-huit ans. Elle a eu des difficultés d'adaptation chez elle. Un an plus tard, elle a contracté une grossesse, qui lui a valu une expulsion temporaire de la demeure.

Dans ses antécédents personnels, on retrouve une hypertension artérielle. L'entretien a été long, la séparation difficile. Le contenu était très chargé émotionnellement et elle était en larmes la majeure partie de temps. Il a été aussi unique jusqu'à ce moment. Elle sort par ailleurs satisfaite de notre entretien : « Le fait de trouver une oreille attentive m'a beaucoup aidée. »

Commentaires

Elle garde la trace d'une longue période de confiage suivi d'un retour à la maison. L'héritage de son vécu traumatisant chez sa bàjjan rend difficile le retour à une vie « normale ». La tourmente à laquelle elle était habituée allait refaire surface avec la grossesse qui lui a valu l'expulsion de la maison. N'était-ce pas une vie hors de la maison qui constituait jusque-là la normale ? Les difficultés relationnelles persistent jusqu'à présent avec sa famille. Malgré son emploi de secrétaire, elle a réussi à construire sa maison ce qui dénote d'une force de caractère et d'une capacité à mener à bout un projet difficile.

Awa vit des relations difficiles avec sa fille qui a dix-huit ans et songe à se marier. Awa juge ce projet insensé car risquant d'hypothéquer son avenir. Il convient de rappeler que c'est à dix-huit ans qu'Awa a contracté sa première grossesse ; elle pourrait craindre une répétition chez sa fille. Ses ennuis de santé récurrents constituent ce lien avec son corps qui soulage et atteint ses limites ; et le rapport contenant qu'offre une médecine qui par son statut, accueille la souffrance des individus, physiques comme psychiques.

Récapitulatif

On aboutit ainsi à des formes psychopathologiques diverses, allant d'une situation traumatique avérée à une situation de résilience où la personne développe une endurance à la souffrance. Cependant dans toutes les situations on observe plus ou moins des symptômes corporels traduisant une évolution en sourdine d'un trait traumatique.

Le corps du confié

Le corps a souvent interpellé nos consultants ; des simples maux de tête aux affections avérées : (hypertension artérielle, migraines, diabète...). Dans les situations de trauma, on observe une lutte entre l'esprit et le corps, le premier occupé à enfouir au plus profond les souffrances insurmontables tandis que le second par effrac-

tion ne perd pas l'occasion de les le lui rappeler, de façon violente souvent (Mugner, 2006). Ceci surtout lorsque la vigilance baisse et que le corps s'octroie une plus grande marge de manœuvre.

Selon Porte et Dumet (2008), les troubles somatiques résulteraient de situations de perte et de séparation. La perte de l'objet, celui de l'amour, pilier du développement émotionnel de l'enfant, entraîne une faille narcissique, aboutissant à une désorganisation subjective et à des troubles psychosomatiques. « Se sentant abandonné, le sujet s'abandonnerait, ou plutôt, son corps l'abandonnerait à son tour. »

Pour Carels (1987), c'est un ensemble de l'histoire du sujet dont la métabolisation par les voies psychiques et/ou psychopathologiques, langagières et/ou sublimatoires, peut alors emprunter d'autres voies pour tenter d'advenir, voire se frayer un chemin vers l'élaboration psychique. Marie Rose Moro (2004) nous rapporte des cas d'adolescents dont cette souffrance peut s'exprimer sur plusieurs formes telles que des troubles du comportement social, des troubles psychotiques et névrotiques. Elle rapporte la notion de traumatophilie comme étant une recherche volontaire de traumatismes. La personne serait dans un processus de répétition des traumatismes sous toutes leurs formes comme pour trouver dans le trauma une sensation de vie.

Cette situation évolue indépendamment de l'ambiance familiale. Elle expose souvent la personne à des réactions violentes de la part de son entourage, responsable d'une confirmation de l'idée qu'elle s'est faite d'elle. Le cercle vicieux se crée ainsi avec une forte tendance à la chronicisation. Le corps comme un relai, participe à cette chronicisation en offrant une alternative quand le signifiant extérieur est absent. Il devient lui-même un signifiant intérieur qui donne un sens au trauma.

M.C et E. Ortigues (1966) rapportent ce lien particulier avec le corps comme une difficulté d'affronter l'insistance surmoïque que représente le père. Cette image difficilement attaquable fait rediriger la frustration vers l'intérieur de la personne et se transforme en symptômes corporels. Il s'agit des pulsions agressives non projetées. Souvent, nos sujets se retrouvent dans une posture où il leur est impossible de donner un sens à leur situation : pourquoi moi ? Pourquoi on a décidé de me confier... sont autant de questions qu'ils se sont posées.

La résilience dans le confiage

Toujours est-il que la limite des cadres du confiage est difficile à établir. Le principe en est que le but peut être, hormis les situations de nécessité, de « fabriquer » un enfant modèle. Cet enfant que l'on confie à l'étranger, en guise d'investissement, pour en faire un « sauveur »,

une fois grand. Ce processus est similaire à l'enfant nî ku bon décrit par Zempleni (1965), de par leur génie, leur solitude et leur vie émotionnelle.

L'enfant nî ku bon est ambivalent ; il présente des troubles relationnels massifs qui contrastent avec une grande aptitude à pouvoir réussir dans la vie. En effet, en plus de sa précocité et de sa science, il possède l'expérience des personnes âgées, ce qui fait de lui une personne crainte et admirée. Il peine par ailleurs à trouver sa place dans cette société à cause de sa solitude, ses performances l'ayant isolé, car il constitue une menace pour ses classes d'âge et pour les adultes (Zempleni 1965). Il peut par contre repartir à tout moment, car il connaît la mort.

Ba (2003) utilise le terme *yaarluma* qu'elle désigne comme quelqu'un qui souffre ou qui a souffert. Elle met ainsi en exergue un rôle d'initiation à la vie, avec des personnes qui ne sont pas les parents de l'enfant car l'affection qu'ils lui portent serait un obstacle à son éducation.

Le concept du confiage, lié à la séparation précoce des liens parentaux est un phénomène potentiellement traumatique. Ce qui explique peut-être les précautions qui l'entouraient, notamment un cadre clair dans la société qui se constituait des garde-fous quant à sa bonne pratique. La faiblesse de ce cadre ne fait qu'accentuer sa probabilité « traumatogène ». Le dépassement de ce processus peut occasionner une grande résilience, qui est non pas une insensibilité aux souffrances, mais plutôt la faculté à évoluer avec le moindre mal (Delage, 2004).

La résilience accroît la résistance au stress, donc la capacité de contenance de la personne qui rassure son entourage. Les besoins des autres passent avant les siens. Un dépassement de soi nécessaire pour assurer la survie du groupe. Ce processus de maîtrise émotionnelle est une composante importante de l'éducation de la personne africaine, comme l'illustrent M. C. et E. Ortigues (1993) : « Ces mères ne pleurent pas, dès le jeune âge l'éducation enseigne à tout individu de ne jamais se plaindre, d'être toujours aimable et souriant. » Cette acquisition n'est malheureusement que l'arbre qui cache la forêt avec une maturité atteinte précocement, qui est valorisante pour la famille, mais qui isole davantage cet enfant qui valide ce statut de superenfant, capable d'impressionner par sa capacité de dépassement émotionnel. Thérèse Agossou (1995) parle de « souffrance maturante », caractérisée par le passage brutal d'une situation d'enfance à un être mature.

L'intérêt des autres est toujours mis en avant avec une grande capacité à s'oublier et à porter. C'est la recherche effrénée du *waaw goor* et du *waaw coumba* (des remarques de félicitation pour les hommes et les femmes). Une autre manière également de montrer que les parents ont eu tort de se séparer d'elle. Une réponse dont la demande ne sera jamais formulée par crainte de consolider ce rejet très douloureux. Cette quête de neutralisation du moi au profit du groupe permet de le rassurer et d'assu-

rer sa pérennité. Ce sont les vestiges de l'organisation groupale de la société où l'individu se prive et se sacrifie au profit des autres. Coupé de cette entité l'être africain n'existe pas et est voué à la solitude, la déchéance et la mort (Collomb ; 1970).

Il se pose alors la question de la limite, du jusqu'où peut aller cette proportion de souffrance individuelle compatible avec une vie normale ? Le confiage a une longue histoire dans notre société. Il garde cependant une fonction importante de régulation sociale (Savané, 1994). La maîtrise émotionnelle semble s'acquérir dans ce processus, mais à côté, coexiste une instabilité pulsionnelle qui peut rendre la personne encline à une souffrance silencieuse difficile à partager et qui la rend solitaire dans sa peine. Un des concepts clés de ce passage semble être une alliance de « secours » représentée par la création d'un lien signifiant une alliance avec Dieu ou un esprit invisible tel que le Rab. Ce shunt de besoins de sécurité parents-dépendants se fait par un clivage thérapeutique qui offre à l'enfant la force de faire face aux injustices de la vie et de trouver un équilibre à partir d'une base chaotique. L'intérêt de ce processus réside en l'existence d'un espoir très fort capable d'annihiler toute velléité destructrice.

Conclusion

Le confiage est une situation potentiellement traumatique. Même s'il a longtemps gardé une valeur certaine dans la distribution des biens humains dans la société, il a aussi des côtés sombres qui laissent la personne dans un vécu difficilement communicable. Cette non-communication peut occasionner une faille qui apparaît évidente ou secondaire à travers des signes d'appel à l'aide qui font valeur de catastrophe pour l'entourage, peu ou pas habitué à ce type de communication.

Dans les situations les plus favorables, la personne devient une ressource importante pour les autres, mais garde à minima des séquelles de ce confiage occasionnant des comportements défensifs et des troubles psychopathologiques mineurs. Un certain détachement émotionnel aussi peut colorer leur affect dans la relation avec les autres.

Le confiage a ainsi cette valeur d'extraire la personne de son groupe familial afin de la voir ultérieurement revenir avec des valeurs différentes (Le Guérinel, 1969), mais chargée de ressources sur lesquelles cette même famille peut s'appuyer. La grande royale n'avait-elle pas confié le jeune Samba Diallo dans ses termes : « va apprendre chez eux l'art de vaincre sans avoir raison » (Kane, 1961). Le lien a été difficile à maintenir au cours du temps. Ce qui peut très probablement être lié à ce comportement défensif suscité. Renforcer les éléments de résilience tout en travaillant à l'acquisition d'une confiance permettant l'établissement d'un lien durable, permettrait d'atténuer ces conséquences psychopathologiques de ces « vic-times » du confiage.



La porte du millénaire à Dakar. Photographie du Pr Thiam.

Bibliographie

- Agoussou T. & al. (1995). Famille et maltraitance des enfants au Bénin. In O. Sylla, M. Gueye, R. Collignon (éds.) *Les mauvais traitements des mineurs (réalités, caractéristiques, enjeux, réponses)*, (pp 35-50). Séminaire international ISPCAN, AFIREM (Dakar 18-23 avril 1994).
- Ainsworth M. (1990). Economic aspects of child fostering in Côte-d'Ivoire, Living standard measurement study, *Working Paper* no 92. Washington D.C., World Bank.
- Ainsworth M. (1997). Les structures familiales à l'épreuve de l'individualisation. In M. Pilon, T. Locoh, E. Vignilkin, P. Vimard (Eds.), *Ménages et familles en Afrique. Approche des dynamiques contemporaines* (279-300). Paris, Ceped.
- Antoine P. & al. (1995). *Les familles dakaroises face à la crise*. Dakar : IFAN-ORS TOM-Ceped.
- Ba M. K. (2003). *La pratique du confiage des enfants dans les familles dakaroises*. Mémoire de DEA de sociologie : UCAD, Faculté de Sciences Humaines, Dakar.
- Bledsoe C. (1990). No success without struggle: Social mobility and hardship for foster children in Sierra Leone. *Man*, 25, 70-88.
- Carels N. (1987). Les liens entre corps, agir et préconscient. *Revue Française de Psychanalyse*, 51 (2), 665-80.
- Castle S. (1995). *The mother's friend will make her child dance : Child fostering and adult fertility decisions among the Malian Fulani*. Paper presented at the annual meetings of the Population Association of America, April 6-8, San Francisco, CA.
- Collomb H. & Valentin S. (1970). La famille africaine (Afrique noire). In J. Anthony & C. Koupernik (éd.) *L'enfant dans la famille* (325-49). Paris : Masson.
- Delage M. (2004). Résilience dans la famille et tuteurs de résilience. Qu'en fait le systémicien? *Thérapie Familiale*, 25 (3), 339-47.
- Diop A. B. (1985). *La famille wolof : tradition et changement*. Paris, Karthala.
- Dumer N. & Porte P. (2008). Quand l'ombre de l'objet perdu est tombé sur le corps du sujet... deuil, somatisation et incorporation. *Cahiers de psychologie clinique*, 1 (30), 129-45.
- Goody E. (1982). *Parenthood and social reproduction. Fostering and Occupational Roles in West Africa*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Jonckers D. (1997). Les enfants confiés. In Pilon M, Locoh T, Vignilkin E, Vimard P (Eds.) *Ménages et familles en Afrique. Approche des dynamiques contemporaines* (193-208), Paris, Ceped.
- Kane C.H. (1961). *L'aventure ambiguë*. Paris, Julliard.
- Le Guerin N. et al. (1969). La conception de l'autorité et son évolution dans les relations parents-enfants à Dakar. *Psychopathologie africaine*, V, 1, 11-73.
- Lallemant S. (1988). Un bien qui circule beaucoup. *Autrement* (Abandon et Adoption) 96, 128-34.
- Lallemant S. (1993). *La circulation des enfants en société traditionnelle, prêt, don, échange*. Paris, L'Harmattan.
- Madhavan S. (2004). Fostering patterns in the age of AIDS: Continuity and change. *Soc Sci Med*, 58, 1443-54.
- Mahieu F. R. (1990). Les fondements de la crise économique en Afrique : entre la pression communautaire et le marché international. Paris, L'Harmattan.
- Moro M. R. (2004). *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*. Paris, Hachette Littératures.
- Mugnier J. P. (2006). Quand la douleur du corps protège l'esprit de la souffrance. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 36, 47-57.
- Oppong C. (1999). Les systèmes familiaux et la crise économique. In A. Adepodju (éd.) *La famille africaine. Politiques démographiques et développement* (pp 221-54). Paris, Karthala.
- Ortigue M. C. & E. (1966). *Oedipe africain*. Dakar, Plon.
- Ortigue M. C. & E. (1993). Pourquoi ces mères indifférentes? Ou comment faire la part du culturel? *Psychopathologie africaine*, XXV, 1, 5-31.
- Pilon M. (2005). *Confiage des enfants et scolarisation en Afrique de l'ouest : de l'intérêt des sources de données démographiques*. Conférence internationale de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population, Tours, France ; ISSP Séance n°751 : Scolarisation et Changements Démographiques, 25, Tours (FRA), 2005/08/20-23 : 17 p.
- Pilon M. & Vignilkin K. (2006). *Ménages et familles en Afrique subsaharienne*. Paris, Edition des archives contemporaines/AUF, Savoies francophones.
- Porcelli P. (2011). Forstaging et résilience : discours collectifs et trajectoires individuelles de mobilité des enfants en milieu Bambara. *Journal des Africanistes*, 81-1, 119-144.
- Porcelli P. (2011). Le forstaging : entre enjeux psychologiques et culturels. *L'Annuaire, Clinique, Cultures et Société*, 12, 3 : 278-88.
- Rabain J. (1979) *L'enfant du lignage : du serfage à la classe d'âge chez les wolof du Sénégal*. Paris, Payot.
- Savane L. (1994). Le confiage des enfants à Pikine. In Y. Charbit & S. Ndiaye eds, *La population du Sénégal* (pp 127-142). Paris, DPS CERPAA.
- Tinel F. & Guichaoua Y. (2002). Les jeunes : une génération à la croisée des cultures. In G. P. Tapinos, P. Hugon & P. Vimard (dir.), *La Côte d'Ivoire à l'aube du XXI^e siècle. Défis démographiques et développement durable* (pp 435-470). Paris, Karthala.
- Vandermeersch C. (2002). Les enfants confiés âgés de moins de 6 ans au Sénégal en 1992-1993. *Population*, 4-5 : 661-88.
- Zempleni A. (1965). L'enfant nit ku bon. Un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolof et Lehou du Sénégal. *Psychopathologie africaine*, 1, 3, 329-441.
- Zempleni A. (1966). La dimension thérapeutique du culte des Rab, Ndiop, Tiuru et Samp, rites de possession chez les Lehou et les Wolof. *Psychopathologie africaine*, 2, 3 : 295-439.



Momar Camara



Ndeye Dialé Ndiaye Ndongo



Lamine Fall



Mamadou Habib Thiam

Pour une psychiatrie « sénégalaise » : Exemple d'une prise en charge impliquant les modèles psychopathologiques de la maladie mentale au Sénégal

Auteurs : Momar Camara¹, Mamadou Lamine Diouf², Ndeye Dialé Ndiaye Ndongo³, Lamine Fall⁴, Mamadou Habib Thiam⁵

Correspondant : Dr Mamadou Habib Thiam, Professeur Titulaire, Chef de Service de Psychiatrie et de psychologie médicale, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, B.P. 5406, Dakar-Fann, Dakar (Sénégal), Courriel : mamadouhabithiam@gmail.com

Résumé : Dans ce cas clinique, nous mettons en exergue l'importance qu'est de s'accorder avec le patient en parlant son langage afin d'installer une bonne qualité relationnelle, garante d'une cure réussie. Nous sommes des psychiatres sénégalais formés à travers les outils classiques de psychiatrie classique qui ne laisse que très peu de place à notre culture. Les patients que nous recevons nous déroutent toujours quand ils nous apportent un matériel clinique quasi exclusivement composé d'objets culturels. Cette confusion est souvent à l'origine d'un imbroglio qui fait que le patient termine toujours son parcours chez le thérapeute traditionnel qui a le mandat de « guérisseur ». Notre histoire avec Fatoumata s'est faite dans divers endroits et dans le temps. Nous avons ainsi scindé notre matériel en deux temps pour montrer la différence entre la première phase où on ne s'est appesanti que sur la psychiatrie classique et un second où on s'est laissé entraîner sur le terrain techniquement inconnu qu'est la psychiatrie traditionnelle. La différence a été frappante avec l'obtention d'une qualité relationnelle remarquable responsable d'une rémission tout aussi rapide de son symptôme. En conclusion nous pensons que donner plus de place aux représentations culturelles du patient est une perspective à renouer pour que la psychiatrie africaine soit plus proche de sa population et pour que le psychiatre africain même soit mieux à l'aise dans sa pratique où il est souvent obligé de se dissocier pour mieux exercer.

Mots clés : Psychiatrie Traditionnelle, Psychiatrie Classique, Sorcellerie Anthropophage, Bouffée Délirante, Relation Médecin, Malade, Culture.

Summary : In this case report we highlight how it is important to build a good quality relationship with the patient by speaking the same language than he does, with the goal of a successful cure. We are Senegalese psychiatrists & are trained through the traditional tools of classical psychiatry which leaves very little room for our traditional culture. We may be confused when patients bring clinical material with only cultural objects. This confusion is often the cause of an imbroglio which leads the patient to the traditional therapist. Our clinical story with Fatoumata took place in different times & different places. We shared our clinical material in two pieces to overshoot the difference between the first phase where we were in classical psychiatry and a second phase where we were in an unknown territory with traditional psychiatry. The difference was remarkable with a good relational quality of relationship & quick remission of symptoms. In conclusion we think that giving more space to the patient's cultural representations is a way to rethink how helping the African psychiatry to be closer of its patients, & is also a way of helping African in his practice.

Keywords : Traditional Psychiatry, Classic Psychiatry, Delusion moment, Anthropophagic witchcraft, Relationship between Doctor & Patient, Culture.

1. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

2. Chef de Clinique-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

3. Maître-Assistant, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

4. Maître de Conférences Agrégé, Clinique Psychiatrie Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal.

5. Professeur, Chef de Service, Clinique Psychiatrique Moussa Diop, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal. Courriel : mamadouhabithiam@gmail.com

Introduction

L'histoire de la maladie mentale au Sénégal a été marquée par l'avènement de l'école de Dakar sous la direction du Pr Henry Collomb et de son équipe de psychiatre, psychologues, psychanalystes, anthropologues. Collomb s'est vite rendu compte des limites d'une psychiatrie purement occidentale dans la prise en charge des malades mentaux africains. Son intérêt sur la psychiatrie locale qu'il dénomme psychiatrie traditionnelle lui a permis de se rendre compte de sa spécificité. En effet, l'approche thérapeutique se dirigeait vers la communauté plus que vers le malade. Il a ainsi intégré beaucoup d'outils empruntés à la psychiatrie traditionnelle dans la prise en charge des malades mentaux. Il a instauré l'hospitalisation avec un membre de la famille pour ne pas couper complètement le lien familial du malade. Il a mis sur place le « penc » qui consiste en une réunion de groupe où prenait part le malade et sa famille, ainsi que les membres de l'équipe soignante : psychiatres, psychologues, infirmiers... ; inspiré de l'arbre à palabre où se déroulaient les événements importants de la vie communautaire.

Avec le temps, les valeurs culturelles se sont fortement dégradées entraînant une fragilité du système de soins traditionnel qui a beaucoup perdu de sa crédibilité. Aussi des pratiques telles que le « penc », sont inconnues des jeunes générations. Par ailleurs malgré cette fragilité, on constate toujours une persistance de ces représentations culturelles surtout dans des moments où la médecine moderne n'arrive pas à répondre à toutes les demandes. Il arrive ainsi que des malades mentaux chroniques aillent de structure en structure, et que par ironie du sort, ils se retrouvent parfois nez à nez avec un psychiatre qui les avait accueillis dans une autre structure. Parallèlement ils consultent aussi les thérapeutes traditionnels, lorsque la maladie tarde à guérir.

La cohabitation entre ces deux systèmes de soin n'en est pas pour le moins facile. En effet elle ne se fait jamais directement, toujours à travers les malades et leur famille. Ces personnes ont fini par régler leur demande en fonction de leur besoin. Ainsi la médecine moderne aurait pour mandat de calmer la maladie et le rôle de guérison serait dévolu au psychiatre traditionnel.

Les répercussions de cette mobilité de l'itinéraire thérapeutique sont difficiles à quantifier, mais ont une influence sur la prise en charge de la maladie mentale par le psychiatre. Très certainement, il semble que ce dernier soit le grand perdant de ce triangle relationnel. Il dispose d'une faible marge, car son échec semble moins toléré par rapport à l'autre système chez qui l'échec n'existerait pas et ne serait à la limite pas imputable au praticien.

Par ailleurs, l'approche culturelle est plus accessible au patient, car les symptômes sont souvent du genre : « je

suis victime d'une attaque perpétrée par un esprit », « j'ai un amant djinn »... Ces motifs de consultation ne trouvent souvent aucun écho dans la psychiatrie moderne. « Vous avez guéri la maladie, mais que faites-vous du rab ? » (10), se demandait ainsi un malade devant la rémission de son tableau clinique.

Inspiré d'un cas similaire, notre équipe vous propose ici l'expérience du suivi de Fatoumata dont la solution a été d'adopter une position de relai ; où le psychiatre a quitté sa place conventionnelle pour s'immiscer dans la chaîne naturelle de suivi adoptée par le thérapeute traditionnel, ce qui a fourni comme résultat une résorption rapide de la symptomatologie récurrente dont l'épisode durait normalement plusieurs mois.

Cas clinique

Notre rencontre avec Fatoumata remonte à trois ans. Elle venait d'une structure psychiatrique voisine : l'Hôpital psychiatrique de Thiaroye, avec une ordonnance d'alprazolam prescrite pour une insomnie. À côté de cela, elle se plaignait d'une fatigabilité, d'un manque d'appétit, d'accès d'angoisse, d'une symptomatologie douloureuse généralisée, mais surtout localisée au niveau de la tête et de l'abdomen. L'examen révèle une petite impression d'histrionisme. L'hypothèse diagnostique fut celle d'une hystérie compliquée de dépression. Elle est mise sous paroxétine.

Le prochain rendez-vous, elle nous vient avec la même plainte c'est-à-dire l'insomnie, qui semble à peine être une gêne pour elle qui est habillée de manière très colorée, à la limite extravagante. A la maison elle est très active, elle se charge de tous les travaux domestiques, sans rien laisser aux autres, à l'occurrence ses sœurs. Elle est dès lors mise sous valproate de sodium, pensant à une inversion de l'humeur, avec arrêt de l'antidépresseur. Les douleurs et l'angoisse ayant au passage disparu. Au prochain rendez-vous, toujours espacé d'un mois et demi, une inappétence s'ajoute à la symptomatologie. L'halopéridol est alors ajouté au traitement en raison de 5 mg le soir.

Un mois plus tard, une légère inhibition psychomotrice est rapportée avec un retard à l'endormissement et une inappétence. Une mauvaise observance thérapeutique est avouée : en effet, sur avis de sa mère qui est sage-femme, elle ne prend que l'almémazine. On lui conseille dès lors de continuer sur ce médicament et de la revoir dans deux mois. Par ailleurs Fatoumata nous revient en moins d'un mois sur un tableau aggravé fait d'une insomnie totale, d'une inhibition psychomotrice, d'une douleur morale et d'une rumination anxieuse. Un trouble bipolaire est alors objectivé avec mise sous imipramine (50 mg) et valproate de sodium (200 mg) et alprazolam (0,5 mg). Le rendez-vous est donné un mois plus tard.

Vingt jours plus tard, elle rapporte un tableau d'insomnie d'endormissement et de réveil précoce, l'inhibition psychomotrice persistant toujours. Tous les médicaments sont arrêtés en faveur de l'almémazine avec un rendez-vous d'un mois. Elle nous revient quatre mois plus tard, le sommeil s'est normalisé, elle mange par ailleurs peu, et présente quelques vertiges. Mais elle trouve le temps de nous confier qu'elle a hérité des pouvoirs mystiques de sa famille maternelle. L'almémazine est poursuivie et rendez-vous donné pour deux mois.

Six mois se sont écoulés avant qu'on la revoie avec une insomnie d'endormissement qui a repris depuis quinze jours, survenant sur une grossesse de cinq mois. A noter qu'elle s'est mariée entre-temps. Elle présente aussi des vomissements gravidiques, une fatigabilité et des palpitations. Elle a rejoint le domicile conjugal, mais passe la journée chez sa mère, les deux concessions n'étant distantes que d'une centaine de mètres.

Il s'en est suivi une longue période de deux ans, avant que Fatoumata ne reprenne un rendez-vous. Elle se présente au bureau, en compagnie de son fils de deux ans presque, qui tète encore le sein. Il semble très attaché à sa mère de sorte qu'elle ne puisse se déplacer sans lui. Les mêmes plaintes reviennent, à savoir une insomnie totale, isolée cette fois-ci. En marge elle se plaint de maux de dents, et signale que ça arrive souvent aux « boroom bopp » : personnes qui savent quelque chose. Pour se consoler de sa peur d'aller voir un dentiste qui risque de l'enlever. Un nouvel intérêt se réveille dès lors en nous. Le désir d'en savoir plus l'étonne d'abord, puis elle trouve la motivation pour revenir sur les origines de sa maladie. Elle nous renseigne sur la différence d'appartenance, c'est-à-dire le « bokou lèen khèet », entre sa famille et son entourage : « un chameau dans un troupeau de chèvres », telle l'avait dit une de ses grand-mère maternelle, comme pour lui dire que dans le monde des esprits, ils se trouvaient au mauvais endroit, entouré d'esprits malfaisants.

En effet, Fatoumata a développé un tableau de BDA il y a quelques années, elle se rappelle à peine la période exacte. Ce tableau s'était principalement manifesté par un délire stéréotypé : une dame, nommée Absa, demeurant à la maison d'en face, lui apparaît avec des grimaces sous un ton menaçant. Ce tableau est accompagné d'une forte angoisse et a duré 4 mois. Sa mère aurait dépensé 600 000 F CFA, allant d'un thérapeute traditionnel à un autre. Absa a été persécutée, menacée par la famille de Fatoumata de façon régulière durant toute la durée de cet épisode. Absa avait rejoint le quartier quelques années auparavant, au décours d'un mariage. Sa fille aînée qui est décédée était une amie très proche de Fatoumata et selon les rumeurs, Absa l'aurait sacrifiée pour satisfaire

à une dette⁶¹. Selon Fatoumata, la mère d'Absa est une rivale non déclarée de sa mère. En effet, en plus de son métier de sage-femme, la mère de Fatoumata évolue dans le domaine du commerce et du transport, ce qui lui a offert une certaine aisance financière. Ainsi la maman d'Absa la regardait toujours d'un œil suspect, teinté de dépit.

La veille de sa maladie, Fatoumata s'était habillée, pour la cérémonie de mariage d'une amie. Les dames du quartier l'avaient couverte de compliments, tellement elle était belle et bien maquillée. De retour de cette cérémonie, elle s'est affalée dans son lit, et a commencé à délirer.

Le diagnostic d'une attaque par un sorcier anthropophage s'est dès lors posé avec Absa comme coupable. La phase aiguë passée, les insomnies sont restées. Elles sont liées à la sorcellerie et se présentent comme la conséquence d'une attaque qui n'a pas abouti, contrées par les pouvoirs mystiques de Fatoumata. Elle s'est alors muée en maladie chronique. Fatoumata nous fait part de sa relation de complicité avec sa maman qui est issue d'une lignée de chérif⁶². Des gens viennent souvent la voir pour chercher des bénédictions. Fatoumata aurait ainsi bénéficié de cette transmission divine.

Tout en nous contant son histoire, Fatoumata se justifie elle-même de l'authenticité de son récit, « ce que je vous raconte est réel tonton, ces phénomènes existent ». Nous la rassurons et la redonnons confiance de par notre envie de comprendre son histoire. Un rendez-vous d'une semaine a été donné pour entamer une thérapie de l'insomnie. On s'est convenu qu'elle vienne avec son mari qui se chargerait de garder son enfant.

La semaine suivante, Fatoumata nous vient avec son mari et son fils. A notre grande surprise, au moment de débiter, Fatoumata nous révèle qu'elle va beaucoup mieux et que le sommeil s'est normalisé. Elle nous raconte que juste après notre dernière entrevue, elle s'est rendue chez un de ses oncles qui est en même temps marabout et qui lui avait diagnostiqué un tableau de « seytane » et réclamé deux canards en guise d'offrande. Il lui a prescrit trois bains et trois séances de « thiouraye » (traduction littérale : encens) et c'est le jour même où elle a entamé sa cure que le tableau s'est normalisé. Notre étonnement a été manifesté devant une séance qui n'aurait duré qu'une dizaine de minutes. Nous lui proposons dès lors une suspension de la cure et un rendez-vous au besoin tout en lui signalant que nous ne lui étions d'aucune utilité à ce moment précis. Et il nous semble que ce n'est que par respect qu'elle a honoré son rendez-vous, vu la normalisation de son sommeil.

61 Ce moyen d'échange est souvent en vigueur chez les sorciers anthropophages. Il peut arriver que l'un d'entre eux contracte une dette en mettant en gage son enfant qui revient au créancier en cas de non remboursement.

71 Marabouts qui ont un lien avec l'arbre généalogique sur prophète musulman.

Discussion

L'histoire de Fatoumata peut se scinder en deux parties. Une partie où elle a à faire avec une approche thérapeutique qui ne tient pas compte des croyances culturelles ; avec une tendance à tout rapporter à une de psychopathologie structurale de type occidental. Une autre partie où l'on a à faire avec une pratique ouverte qui a pris le soin de bien accueillir et de travailler sans exclusion aucune, avec le matériel clinique que lui apporte le patient. Les cliniciens ont accepté avec humilité de faire partie d'un maillon d'une chaîne de thérapie où ils ne détiennent pas tout le pouvoir en acceptant d'en déléguer une partie à un système de soin traditionnel. Dits en ces mots, ces arguments ne peuvent pas convaincre tout le monde sur la pertinence de ce choix. Mais rapporté à un contexte bien précis, il va apporter la preuve de la force d'une manière de faire qui n'est pas toujours intégrée par le système de soins actuel.

La première partie de la cure a permis de mettre en évidence la rencontre de deux systèmes de représentation qui se sont frottés sans jamais se rencontrer. La partie soignante qui accepte une partie du matériel déposé par la partie consultante pour bâtir des hypothèses en conformité avec son système de travail habituel. Et la partie consultante qui n'adhère pas aux solutions de la partie soignante, mais qui, par loyauté, continue tout de même à s'adresser à lui. Le résultat de ce manque d'accord s'est manifesté d'un côté par un diagnostic changeant, prémisses d'un traitement aussi varié que hasardeux. Dans l'autre camp, cela s'est traduit par des rendez-vous non réguliers et une observance mauvaise.

Collomb (3) a senti la nécessité qu'est de soigner le malade en utilisant ses propres systèmes de croyances. Ce qui va ainsi aboutir une bonne qualité relationnelle ressentie par les deux parties, aboutissant à l'établissement d'un climat de sécurité propice à une bonne évolution du suivi. L'absence de ce cadre sécuritaire s'est manifestée dans notre suivi par des frustrations responsables d'une « agressivité voilée »¹ dirigée vers le malade, malgré la bonne volonté manifestée par notre équipe d'aboutir à un résultat thérapeutique satisfaisant. De même que de l'énonciation de ce type de phrase : « Mais ils ne savent rien, il faut tous leur apprendre, détruire leurs superstitions... » rapportée par Collomb (3).

La seconde partie de la rencontre prend une direction tout à fait autre. En effet, l'écoute attentive et intéressée a permis de construire un tableau non pas avec une architecture psychiatrique occidentale classique, mais plutôt non dirigé. Cette entité s'est érigée à deux, entre

la patiente et l'équipe, qui ont co-construit un tableau dont la lecture offre une situation clinique qui est plutôt bien connue de l'histoire de la psychiatrie africaine, la sorcellerie-anthropophage. La psychiatrie traditionnelle classe les maladies mentales selon un critère étiologique (3, 6), ici représentée par l'attaque d'Absa. Cette attaque est rapide et peut tuer en quelques heures (6). Le sujet attaqué par le sorcier présente selon Diop (6) des crises d'angoisse aiguë, telle Fatoumata l'a racontée. Toujours selon Diop (6), elle peut donner d'autres tableaux psychiatriques d'allure aiguë ou chronique attribués au sorcier qui travaille en étroite collaboration avec les « seytané » (traduction littérale : adeptes de Satan) auxquels ils peuvent confier le « fit » (traduction littérale : force vitale) de leur victime. Fatoumata a manifesté ce tableau sous forme d'une bouffée délirante très angoissante, ou Absa lui apparaît par des grimaces durant toute la nuit, à l'image de la description faite par Diop (6).

Pour Collomb, cette attaque mortelle peut aussi ouvrir la voie à une maladie mentale ou psychosomatique quand la mort ne peut survenir (1). Cette tendance évolutive est partagée par Fatoumata qui pense aux pouvoirs qu'elle a hérités de sa lignée maternelle qui était des marabouts réputés, qui lui a donné la force de ne pas mourir de cette attaque. Rabain (13) nous rapporte la qualité qu'acquiert ces types d'enfants nommés « Borom Boop » qui ont la particularité de bénéficier des pouvoirs et de l'expérience des grands-parents revenants, qui se réincarnent chez cet enfant, lui conférant un savoir qui dépasse son âge et même parfois ceux de ses parents, de même qu'un saut de classe d'âge. Il devient ainsi spécial par son statut et occupe une place privilégiée dans la structure familiale, il est à la fois admiré et craint. Il connaît ce que les autres ignorent et est capable d'influer sur le cours de l'histoire familiale de par sa relation particulière avec la mort, sa propre mort ou celle d'un autre membre de la famille.

C'est également l'une des rares situations sociales où l'inégalité est permise de façon implicite et que les armes habituelles qui s'opposent à cette démarcation deviennent inefficaces et se retournent même contre leurs manieurs, en l'occurrence la mauvaise langue et le mauvais œil. De ce fait, la protection habituelle leur est affranchie, ils sont protégés par les ancêtres. L'insomnie devient dès lors secondaire, car ne pouvant la manger, ils ont voulu lui laisser cette « marque ». Mais ne serait-elle pas plutôt une autre manifestation du mal-être que traverse Fatoumata devenant alors indemne de toute réaction de mystique qui soit ? Ainsi ce second tableau nous a paru, bien que plus bref, très riche de par sa ma-

8/ Nous voulons signaler par là le caractère inconscient de cette agressivité.

nière de faire ce lien impossible entre les deux systèmes et de le matérialiser par une qualité de contact jamais établie jusque-là. Ainsi, notre analyse psychopathologique va se baser volontairement sur ce second volet de la cure.

Selon Zempleni (14), l'agressivité est à la base de la psychiatrie traditionnelle. Freud (8) nomme cette agressivité comme impossible à s'extérioriser dans le milieu familial et est obligé de se faire hors de ce cercle. Faye (7) parle d'une libération de la parole comme pour renouer avec la voie naturelle d'extériorisation d'une contrainte qui avait fini de conquérir le corps de sa patiente. Cette famille d'ethnie Diakhanké, originaire du nord du Sénégal, retrouve à Dakar une multitude d'ethnies, majoritairement wolof. Cette nouvelle implantation n'a pas été très bien vue par la famille d'origine : « Un chameau au milieu d'un troupeau de chèvres ». Elle qui avait constaté une fragilisation de son mandat de protectrice des transmissions de par cet éloignement géographique qui affaiblissait les valeurs originelles.

La réussite sociale de sa maman est aussi une forme d'exposition quant à la démarcation qui peut constituer une forme d'altérité qui expose à l'attaque mystique d'un tiers souvent jaloux (2). Fatoumata de par sa fonction particulière, réceptacle des pouvoirs de la puissante lignée maternelle, a cette fonction implicite de gardienne de valeurs familiales et secondairement de ses membres. D'où cette complicité avec sa maman qui date de très longtemps. La mère Absa est en conflit voilé avec sa mère, elle la jalouse et la regarde de manière envieuse tout le temps ; n'est-ce pas ce même regard dont elle est victime dans la phase aiguë de sa maladie ? Un autre motif cette fois – ci plus personnelle, est la vengeance sa camarade « mangée » par sa propre mère qui selon Collomb (3), représente le sorcier exemplaire. Ce qui a fait d'Absa la coupable idéale et dont la « destruction » réglerait à plus d'un niveau plusieurs problèmes. Et cette attaque a eu pour prétexte de révéler au grand jour ce conflit latent. Ainsi des mots ont pu se dire, des agressions se sont matérialisées, l'ingratitude s'est nommée. Les victimes ont pu réclamer justice ; les voisins se sont déplacés pour prier au chevet Fatoumata, sur demande sa maman. Ainsi tel Collomb (4) caractérisait la bouffée délirante comme ayant une véritable fonction et même un but dans la mesure où les diverses cultures la tolèrent et la favorisent.

D'un point de vue psychopathologique on peut avancer que Fatoumata a réussi à faire mieux que sa maman, elle a réussi à tomber malade, à créer une crise qui a permis une clarification sociale, ce que sa mère n'a jamais pu faire jusque-là. Son problème avec son entourage ingrat, non reconnaissant et jaloux, envieux qui la regarde, lui

parlent en sourdine sans pour autant qu'elle ne trouve l'occasion de régler ses comptes. Elle devient dès lors un bouc émissaire pour sa maman qui a dépensé beaucoup d'argent pour elle, beaucoup plus que pour les autres. Le sentiment de honte qui résulte de l'idée d'avoir fait mieux que maman peut dès lors s'imaginer. Cette honte la paralyse et la laisse à la merci de sa maman qui réussit à déplacer ses difficultés dans la maladie de Fatoumata. Elle permet à maman d'être « super », car Fatoumata est toujours admirative pour elle. Cette maman qui est entourée des difficultés au niveau horizontal et transversal. Le niveau horizontal représente le conflit avec les ascendants, le niveau horizontal est le conflit avec le voisinage et « l'absence » paternel. Elle devient dès lors isolée et a réellement besoin de sa fille pour faire face.

Cette dépendance mère à sa fille ou situation de bouc émissaire devient ainsi le noyau dur de la pathologie de Fatoumata et s'alimente de divers prétextes environnementaux, fournissant ainsi de fausses pistes mobilisatrices de toute l'énergie familiale. Dans ce registre, Il aura fallu des circonstances particulières et un état d'esprit tout aussi particulier pour que Fatoumata soit atteint par la maladie. Aidée en cela par les représentations culturelles existantes, notamment le mauvais œil et la mauvaise langue. Les organes de sens qui en même temps servent de moyens pour nuire à l'autre. En ce sens que l'œil devient la chose qui pénètre et la langue celle qui nomme. Mais pour être efficaces, ces « arment » ont besoin de circonstances favorissantes pour agir, ce moment a été chez Fatoumata le moment de se rendre au mariage de son amie.

Ce fut à un moment culminant de son estime de soi, sa beauté ; moment de consécration où elle était sensée savourer et profiter des dons que la nature lui a offerts. Moment où également elle se rend au mariage d'une amie, moment de gaité et de forte émotion positive. Cette agrégation de superlatifs heureux l'a paradoxalement rendu très vulnérable. Comme pour rappeler aussi le danger que constitue la démarcation dans une société groupale. Pour le pronostic, Fatoumata a besoin de voir et d'être témoin de la fragilité de maman qui peut-être par son héritage et son histoire personnelle se refuse de paraître ainsi malgré les raisons évidentes de l'être. Le dénouement passera sûrement à travers un récit commun mère-enfant où les vraies clarifications méritent d'être faites. Cette séance fut salvatrice, pour le moment, car ayant eu le mérite de tenir un discours émotionnel cohérent qui a permis à Fatoumata, comme le disait Ortigues (12), de refaire l'organisation de sa maladie sous nos yeux, elle a été même un mouvement de guérison.

Conclusion

Le cas de Fatoumata est bien révélateur d'une difficulté que notre système de soin éprouve, pris dans un étau composé de l'approche occidentale dont nous sommes issues (de par la formation) et de l'approche traditionnelle à laquelle nous sommes imprégnés profondément (de par l'éducation) sans pour autant pouvoir faire le lien dans notre pratique. Cette dissociation profonde, que l'on s'impose personnellement pour être en mesure de suivre nos patients, semble être très pénible pour nous cliniciens. Surtout quand le patient nous interpelle sur la question des influences traditionnelles sur sa maladie. Cet embarras a forcément son poids quant à l'issue de la prise en charge. Elle nous a contraints à rester superficiels dans notre approche de la maladie comme si un voile épais se dressait devant nous en permanence. Cette préoccupation a été évoquée par Babakar Diop (9) en ces termes : « Rencontrer l'autre

(malade) est également lourd de conséquences pour le psychiatre africain formé à l'école française. Il commet une transgression en pénétrant dans le domaine de la maladie mentale réservée traditionnellement au guérisseur investi de la fonction de guérir. »

Ainsi, se faire une place dans ce système féodal ne pourra être possible sans réelle collaboration avec le thérapeute traditionnel, ou du moins de sa science ; ce qui passera nécessairement par une prise en charge conjointe où le psychiatre trouvera une nouvelle place, différente du mandat qu'il détient présentement. Il devra accepter qu'un autre système participe à la cure, de sorte à être plus proche de la personne en demande de soin. Tout au plus, l'analyse du matériel clinique par le biais du système de croyances permet une compréhension mutuelle, où le clinicien est fortement impliqué et où le thérapeute traditionnel occupe une place reconnue, permettant une meilleure issue de la pathologie (11).



La faculté de médecine de Dakar. Photographie du Pr Thiam.

Bibliographie

1. Collomb H. (1975) Agressivité et mort socio-somatique. Third Congress of the International College of Psychosomatic Medicine, Rome, September 15-19, 1975.
2. Collomb H. (1972) Psychothérapies non verbales traditionnelles en Afrique. *Actualités psychiatriques*, 3 : 27 - 34.
3. Collomb H. (1976) *Psychiatrie africaine*. Conférence illustrée de diapositives, Paris, 07 Avril.
4. Collomb H. (1965) Bouffées Délirantes en psychiatrie africaine, *Psychopathologie Africaine*, vol. I, n° 2 : 167 - 239.
5. Collomb H. et Moreigne J - P. (1968) Le bon et le mauvais malade, *Bulletin et Mémoire de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Dakar*, t. XVI : 132-135.
6. DIOP M. et H. Collomb (1965) A propos d'un cas d'impuissance. *Psychopathologie Africaine*, vol I, n° 1 : 240 - 253.
7. Faye P. L. [et al.] (2011) Souffrance psychique féminine et crises de possession dans l'expérience de la polygamie d'une sénégalaise. *L'information psychiatrique*, vol. 87, n° 8 : 663 - 667.
8. Freud S. (1968) *Le Moi et le ça*. Paris : Éditions Payot, 280 p.
9. Gueye M. (1998) Serigne Mbaye Bahallur Diop (1933-1998) ou l'art d'accomplir sa destinée. *Psychopathologie Africaine*, vol XXIX, n° 1, 1998-1999 : 3 - 6.
10. Martino P. et F. K. Ndiaye (1969) Les psychothérapies traditionnelles au Sénégal. *Rev. Hyg. et Méd. Soc.*, t. 17, n° 7 : 571 - 584.
11. Nathan Thobie (2001) *Nous ne sommes pas seuls au monde*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 311 p.
12. Ortigue M. C., P. Martino et H. Collomb (1967) L'utilisation des données culturelles dans un cas de bouffée délirante. *Psychopathologie Africaine*, vol. III, n° 1 : 121 - 147.
13. Rahain J. L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge. Puyot Paris : 1979, 237 p.
14. Zempleni A (1964) « Significations et valeurs de la persécution dans les cultures Africaines », *C.R. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, LXIIe session, Marseille, 7-12 Sept., I : 333 - 343.

Les congrès et colloques de Psy Cause



Le château de Rocheballe

XVII^{ème} colloque interrégional de Psy Cause en France

En partenariat avec l'ARAT

**Le samedi 9 avril 2016 au château de
Rocheballe**

Les processus de création

Argument : les processus de création se mettent à l'œuvre tant au niveau du travail de l'artiste, au niveau du soin, que dans les mécanismes psychopathologiques tels que le délire. Cette approche, plus globale que la thématique de l'art-thérapie, permet de mieux appréhender les enjeux du soin lié au processus artistique : la production par le patient d'une œuvre d'art est-elle médiatrice d'une psychothérapie ou bien objet d'une exposition qui fera lien social ? Entre médiation et suppléance, entre psychothérapie individuelle et psychothérapie institutionnelle, les pratiques soignantes peuvent s'opposer voire se compléter.

Programme scientifique (non définitif)

- 8h30 : Accueil
- 9h00 : Ouverture de la Journée : Dr Jean Paul Bossuat (Président de Psy Cause, Avignon) et Mr Jean Louis Aguilar (Président de l'ARAT, Béziers)

Présidence de la matinée : Jean Louis Griguer (Président Psy Cause des colloques de Rocheballe, Valence)

- 9h15 : Dr Hugues Scharbach (Nantes) : l'art-thérapie
- 10h00 : Pr Gérard Pirlot (Toulouse) : Art et création (Rimbaud)
- 10h45 : Pause
- 11h15 : Mme Bénédicte Carrière (Montpellier) : Clown et thérapie (ARAT)
- 12h00 : Déjeuner

Présidence de l'après-midi : Jean Louis Aguilar

- 14h00 : Dr Jean Louis Griguer (Valence) : Art et existence à travers l'œuvre du philosophe Henry Maldiney
- 14h45 : Dr Granier (Toulouse) : l'art-thérapie
- 15h30 : Mme Geneviève Dindart (Béziers) : Le processus de création, mis en actes (ARAT)
- 16h15 : Pause
- 16h45 : Mme Nathalie Mechin (Hautes-Alpes) : expression/création
- 17h30 : Conclusions de Mr Jean Louis Aguilar et du Dr Jean Louis Griguer

Inscription

Les inscriptions se font auprès de la trésorière de Psy Cause : Chantal Roose, 12 rue du Sancy, 30133 Les Angles (France) ; adresse courriel : psyc ause.info@gmail.com.

Inscription individuelle : 105 €

Inscription institutionnelle ANFH : 120 €

Inscription des étudiants : 65 €

Inscription pour les abonnés à la revue Psy Cause : 60 €

Un abonnement à la revue papier est offert aux inscrits à tarif plein et un abonnement au PDF numérique est offert aux étudiants.

Le prix du déjeuner est inclus dans le prix de l'inscription.

Partenariat : ce colloque Rocheballe III est réalisé par Psy Cause France en partenariat avec l'ARAT (Association de Recherche en Art et Thérapie) dont Mr Jean Louis Aguilar est le président et fondateur, et dont le siège social est à Béziers. Les liens entre les deux associations sont importants et formalisés au sein de Psy Cause puisque Mr Jean Louis Aguilar y est chargé de mission pour l'art-thérapie et que Mme Guénaelle Reynes, membre du CA de l'ARAT, y est chargée de mission pour la psychothérapie institutionnelle.

Instructions aux auteurs

Toute proposition d'article devra être formulée et envoyée au Dr J.-P. Bossuat, à son adresse email : jpbossuat@numericable.fr.

Le comité de rédaction est seul juge de l'acceptation ou non d'une communication.

Contenu de l'article

L'article doit être obligatoirement constitué des rubriques suivantes :

- **Titre de l'article**
- **Photographie de l'auteur** (photo d'identité)
- **Nom de l'auteur** (prénom suivi du nom), qualité, adresse
- **Résumé** : 100 à 150 mots en langues française puis anglaise, exposant succinctement l'objet de l'article. Suivent les mots clés en Français et en Anglais.

Corps de l'article

L'article peut être constitué de une ou plusieurs parties selon les besoins de l'exposé. Les photographies, graphiques, dessins sont désignés sous le terme générique de « Figures ». Elles seront numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte (dans lequel doit exister un appel de figure). Les légendes des figures sont séparées du reste de l'article.

Bibliographie :

Pour un livre, les mentions suivantes doivent apparaître : Auteur (nom, prénom), titre (en italique), tome (si nécessaire), ville, maison d'édition, n° d'édition (si ce n'est pas la première), année, nombre de pages, pages de référence.

Pour un article, dans une revue : Auteur (nom, prénom), titre de l'article entre « », le nom de la revue (en italique), le n° de volume, l'année, le n° des première et dernière pages de l'article.

Instructions techniques

• Texte

Le texte doit être fourni en version informatique (fichier .doc ou .rtf) et envoyé par mail.

• Photographies et figures

Les photographies ou figures doivent être d'une précision et d'une qualité suffisante pour permettre l'édition. Elles doivent être fournies en version informatique et envoyées par mail, chacune faisant l'objet d'un fichier séparé (format tif, eps ou jpg).

• Tableaux

Comme pour le texte, les tableaux seront fournis en version informatique (fichier doc, xls...) et envoyés par mail.

Abonnement

Abonnement pour un an à la revue *Psy Cause* : 50 € à partir du n° (sauf n° épuisés).

3 numéros quadrimestriels

Le bulletin d'abonnement rempli ainsi que son règlement à l'ordre de *Psy Cause* sont à envoyer à :

Chantal Roose, trésorière de *PsyCause*

12 rue du Sancy

30133 Les Angles (France)

Nom et prénom

Adresse professionnelle

Code postal..... Ville.....

L'équipe de Psy Cause

II Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon et Zarzis)

II Directeur adjoint

Thierry Lavergne (Aix-en-Provence)

II Rédacteurs en chef

Marie-José Pahin (Marseille)

Péguy Ndonko (Yaoundé)

Le comité de coordination rédactionnelle est constitué des directeurs et des rédacteurs en chef.

Le comité de lecture est composé du directeur et des rédacteurs en chef, ainsi que de François Daniel Alberola, de Samuel Mampunza, de Gérard Pirlot, de Raymond Tempier et de Jean-Marie Y Yéo Ténéna.

II Administrateur trésorier

Chantal Roose (Avignon)

II Secrétaires de Rédaction

Afrique subsaharienne :

Y Jean-Marie Yéo Ténéna (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Algérie :

Meryem Tadjouli (Tlemcen, Algérie)

Amérique du Nord :

François Borgeat (Montréal, Québec, Canada)

Adjoint à l'Amérique du Nord :

Jean-Paul Olivier (Belfort, France)

Europe :

Yves Chmielewski (Avignon, France)

II Comité de Rédaction Francophone

Jean Louis Aguilar (Béziers, France)

Charles Akondé (Cotonou, Bénin)

François Daniel Alberola (Phnom Penh, Cambodge)

Samia Attia Galand (Gatineau, Québec, Canada)

Valérie Aubin (Monaco)

Geneviève Ayach (Paris, France)

Béchar Ben Hadj Ali (Sousse, Tunisie)

Isabelle Benoiton (Victoria, Seychelles)

Réda Bénosmane (Tlemcen, Algérie)

Elena Bessa (Montréal, Québec, Canada)

Andrew Blewett (Exeter, Angleterre)

Jérôme Bobo (Uzès, France)

Rachel Bocher (Nantes, France)

Jean-François Bouix (Montpellier, France)

Gada Breich (Beyrouth, Liban)

Jan Cimicky (Prague, Tchéquie)

Sadek El Idrissi (Marrakech, Maroc)

Faten Ellouze (Tunis, Tunisie)

Jean-Yves Feberey (Nice, France)

Émilie Fiozzi-Kapdonou (Cotonou, Bénin)

Thierry Fouque (Nîmes, France)

Martine Fournier (Marseille, France)

Ivan Galuszka (Bila voda, Tchéquie)

Jean-Louis Griguer (Valence, France)

Momar Gueye (Dakar, Sénégal)

Jean-Pierre Olivier Kamga Olen (Yaoundé, Cameroun)

Mamady Mory Keita (Conakry, Guinée)

Drissa Koné (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Kapouné Karfo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Baba Koumaré (Bamako, Mali)

Jean Dominique Lecclia (Montréal, Québec, Canada)

Pierre Lechner (Vancouver, Colombie britannique, Canada)

Catherine Lesourd (Martinique)

Ola Lindgren (Karlstad, Suède)

Myriam Livolant (Luzes, France)

Sinziana Veronica Loiso (Fains Veil, France)

Daniella Malulu (Victoria, Seychelles)

Samuel Mampunza (Kinshasa, RD Congo)

Gilbert Mananga (Kinshasa, RD Congo)

Naasson Munyandamutsa (Kigali, Rwanda)

Corentin Nascimento (Chaumont, France)

Valère Nkelzok (Douala, Cameroun)

Marc Oeynhausien (Avignon, France)

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)

Paul Macaire Ossou-Nguier (Brazzaville, Congo)

Arouna Ouedraogo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Yves Petit (Papeete, Polynésie)

Bertrand Piret (Strasbourg, France)

Gérard Pirlot (Toulouse, France)

Patricia Princet (Fains, France)

Adeline Raharivelo (Antananarivo, Madagascar)

Bertille Rajaonarison (Antananarivo, Madagascar)

Jean Marie Rebeyrol (Bordeaux, France)

Saliou Salifou (Lomé, Togo)

Anne Sarrasat (Nice, France)

Sophie Sauzade (Île de la Réunion)

Kiyoshi Shirashi (Fukukoa, Japon)

Dominique Schneider (Strasbourg, France)

Orhman Sentissi (Genève, Suisse)

Kokou Messanh Agbémélé Snédjé (Lomé, Togo)

Ka Sunbaunat (Phnom Penh, Cambodge)

Mohamed Tadjouli (Tlemcen, Algérie)

André Tibo (Bangui, Centrafrique)

Petr Taraba (Opava, Tchéquie)

Raymond Tempier (Ottawa, Ontario, Canada)

Mamadou Habib Thiam (Dakar, Sénégal)

Chak Thida (Phnom Penh, Cambodge)

Michel Toussou (Lomé, Togo)

Amélie Trupin-Mesquita (Lisbonne, Portugal)

Josée Van Eijk (Nimègue, Pays Bas)

Raymond Videlaire (Papeete, Polynésie)

II Correspondants

Hassen Atti (Nabeul, Tunisie)

Jean-Marc Boulon (St-Rémy-de-Provence, France)

Françoise Deramond (Toulouse, France)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Vladimir Esaulov (Moscou, Russie)

Baba Fall (Valence, France)

Michaël Fedorovitch Denisov (Saint Petersburg, Russie)

Prosper Gandaho (Parakou, Bénin)

Fakhreddine Haffani (Tunis, Tunisie)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Hosni Ouahchi (Avignon, France)

Ahmed Ould Hamadi (Nouakchott, Mauritanie)

Béatrice Ségalas (Antony, France)

Eugeny Snedkov (Saint Petersburg, Russie)

Adrien Tempier (Londres, Angleterre)

Sergeï Yakovlevitch Svistunov (Saint Petersburg, Russie)

Youri Zharkov (Moscou, Russie)

II Membres d'honneur

Michèle Bareil-Guerin (Limoux, France)

Michel Bayle (Aix en Provence, France)

Moïse Benadiba (Marseille, France)

Daniel Bley (Arles, France)

Hervé Bokobza (Montpellier, France)

Thierry Botrai (Martigues, France)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier, France)

Stéphane Bourcet (Toulon, France)

Patrick Boyer (Uzès, France)

Boris Cyrulnik (Toulon, France)

Laurence Feller (Uzès, France)

Huguette Ferré (Martigues, France)

Jane Mac Adam Freud (Londres, Angleterre)

Alain Gavaudan (Marseille, France)

Jean-Luc Merge (Martigues, France)

Carole Mitaine (Antibes, France)

Dominique Pringuet (Nice, France)

Maria Eugenia Sokolsky (Buenos Aires, Argentine)

Jean pierre Staebler (Avignon, France)

Nicole Vernazza (Arles, France)

Les processus de création

XVII^e COLLOQUE INTERRÉGIONAL DE PSYCAUSE EN FRANCE
En partenariat avec l'ARAT



Ceuvre picturale réalisée par un patient de l'atelier d'art-thérapie du service de psychiatrie du CHNHU de Fann Dakar, adressée par le Pr Thiam

Le samedi 9 avril 2016

Colloque organisé, en partenariat avec l'ARAT (Association de Recherche en Art et Thérapie), par la section française de Psy Cause International ainsi que par la revue Psy Cause. Il est présidé par le Dr Jean Louis Griguer, psychiatre chef de pôle au Centre Hospitalier Le Valmont à Valence et référent Psy Cause des colloques « Rochegude » (contact : jean-louis.griguer@orange.fr),

en partenariat avec
Mr Jean Louis Aguilar, art-thérapeute au Centre Hospitalier de Béziers, président de l'ARAT et référent Psy Cause de l'art-thérapie (contact : asso.arat@gmail.com).

Les inscriptions se font auprès de la trésorière Mme Chantal Roose (contact : psyc ause.info@gmail.com).

Le programme actualisé et les tarifs sont à lire sur le site : <http://www.psyc ause.info> et peuvent vous être adressés à votre demande avec un bulletin d'inscription.